

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**SATISFACCION LABORAL
DE FUNCIONARIOS DE SALUD PRIMARIA
DE LA COMUNA DE SAN RAMON**

**ALUMNAS:
JEANNETTE CARMONA NAVARRETE
PATRICIA TRONCOSO SALINAS**

**PROFESORA GUIA:
SUSANA VALLEJOS SILVA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

**SANTIAGO - CHILE
2006**

INDICE

INDICE	2
INTRODUCCIÓN	6
MARCO METODOLOGICO	12
1. Planteamiento del Problema.....	12
2. Objetivo General.....	14
3. Objetivos Específicos.....	14
4. Hipótesis.....	14
ESTRUCTURA METODOLÓGICA	15
1. Tipo de Investigación.....	15
2. Nivel de la Investigación.....	15
3. Unidad de Análisis.....	16
4. Universo de la Investigación.	16
5. Técnica de Muestreo:	17
6. Tipo de Instrumento, modo de aplicación y Recolección de la información.	19
7. Análisis de los Resultados.	21
8. Variable.....	21
I PARTE: MARCO TEÓRICO	22
CAPÍTULO I: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	23
1.1 Antecedentes de la Reforma del Sector Salud en América Latina.....	28
- Objetivos de la Reforma Sectorial.....	28
- Factores extrínsecos (macrodeterminantes).....	29
- Factores Intrínsecos (microdeterminantes).....	29
1.2 Modelos de Salud.....	31
1.2.1 Modelo Biomédico.....	31
1.2.2 Modelo Biopsicosocial.....	33
1.2.3 Desde el Modelo Biopsicosocial a la Medicina Familiar.....	36
1.2.4 Modelo de Atención en Salud Familiar: La Experiencia en Chile.....	38
CAPÍTULO II: TEORÍA ORGANIZACIONAL	40
2.1 Satisfacción Laboral.....	43
2.2 Sistemas de Recompensas Justas.....	48
2.3 Satisfacción con el Salario.....	48
2.4 Satisfacción con el Sistema de Promociones y Ascensos.....	49
2.5 Condiciones Favorables de Trabajo.....	49
2.6 Cultura Organizacional.....	50
2.6.1 Satisfacción con la Supervisión.....	50

2.6.2 Colegas que Brinden Apoyo.....	51
2.6.3 Compatibilidad entre la Personalidad y el Puesto.....	51
2.6.4 Consecuencias de la Insatisfacción Laboral.....	52
2.7 Trabajadores de la Salud y Reforma del Sector Salud.....	53
2.8 Clima Laboral.....	54
II PARTE: MARCO REFERENCIAL.....	56
CAPÍTULO III: ANTECEDENTES GENERALES DE LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA.....	57
3.1 Concepto de Salud:.....	57
3.2 Concepto de Salud Pública.. ..	58
3.3 Algunos Antecedentes Históricos en la Salud Pública.....	58
3.4 Período de Gob. de la Concertación 1990 en Adelante.....	63
3.5 Sistema Nacional de Servicios De Salud (SNSS).....	65
3.6 Organización Asistencial Del SNSS.....	66
3.7 Recursos Asistenciales Del SNSS.....	67
3.8 Sistemas Previsionales de Salud.....	68
3.8.1 Fondo Nacional de Salud (FONASA.....	68
3.8.2 Sistemas Previsionales Privados.....	68
3.9 La Administración Municipal de la Salud.....	69
3.9.1 La Gestión de Administración Municipal de Salud.....	70
3.9.2 Financiamiento de la Administración Municipal.....	70
3.9.3 Financiamiento Global de la Salud.....	71
3.9.4 Los Ingresos del Sector Público de Salud.....	72
3.9.5 El Gasto Público en Salud.....	72
3.10 La Reforma del Sistema de Salud.....	72
3.10.1 Situación Epidemiológica.....	74
3.10.2 Primeros Antecedentes de la Reforma de Salud.....	75
3.10.3 La Puesta en Marcha de la Reforma de Salud.....	78
CAPÍTULO IV: PROCESO DE CAMBIO DE MODELO DE SALUD.....	80
4.1 El Modelo Biopsicosocial.....	81
4.2 Cambio de Consultorio a Centro de Salud.....	82
4.3 Implementación de los Centros de Salud Familiar.....	85
4.4 Metas de este Proceso.....	88
4.5 Cambios Considerados en la Reforma de Salud: Participación Comunitaria.....	90
a. En la toma de decisiones clínicas.....	90
b. En la definición de problemas y control social.....	90
c. En el espacio local e intersectorialidad.....	90
d. En la red de salud.....	91
e. En el equipo de salud.....	91

CAPÍTULO V: MUNICIPALIZACION DE LA SALUD: EL CASO DE SAN RAMÓN.....	94
5.1 Algunos Antecedentes Sociales de la Comuna.....	94
5.2 Sistema de Salud Municipal.....	97
5.2.1 Público a los cuales dirige sus servicios.....	97
5.2.2 La Atención Primaria en San Ramón.....	98
5.2.3 Servicios que se entregan por Centro de Salud en la Comuna de San Ramón.....	99
5.2.4 Avances en la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar en la comuna.....	101
5.2.5 Implementación del Modelo en el Centro de Salud San Ramón.....	102
III PARTE: ANALISIS DE LOS DATOS.....	107
CAPÍTULO VI: NIVELES DE SATISFACCION EN FUNCIONARIOS/AS.....	108
6. Caracterización Población de Estudio.....	109
6.1 Categoría Laboral.....	109
6.2 Sexo de los Participantes.....	110
6.3 Edad.....	111
6.4 Nivel Educativo.....	112
6.5 Situación Contractual.....	113
6.6 Jornada Laboral.....	116
6.7 Categoría Jerárquica.....	117
6.8 Antigüedad en Tramos.....	118
CAPÍTULO VII: NIVELES DE SATISFACCIÓN EN FUNCIONARIOS/AS.....	121
7.1 Condiciones Físicas del Lugar de Trabajo.....	121
7.2 Acerca de la Libertad para elegir el propio Método de Trabajo.....	122
7.3 En relación con los Compañeros de Trabajo.....	123
7.4 Reconocimiento obtenido por el Trabajo realizado.....	124
7.5 En relación al Superior Inmediato.....	125
7.6 En relación a la Responsabilidad asignada con el cambio del nuevo Modelo de Atención.....	126
7.7 Salario.....	127
7.8 Posibilidad de Utilizar las Propias Capacidades.....	129
7.9 Relación entre Dirección y Trabajadores en el Centro de Salud.....	131
7.10 Posibilidades de Ascenso.....	132
7.11 Atención Prestada a las Sugerencias que Realizas.....	134
7.12 Horario de Trabajo.....	135
7.13 Variedad de Tareas que Realizas.....	136
7.14 Estabilidad Laboral.....	137
7.15 Sistema de Evaluación y Nota Obtenida en la Última Evaluación.....	139
7.16 Nivel de Conocimiento Acerca de la Reforma de Salud.....	141
7.17 Cambios producidos por la Reforma de Salud y con el cambio de Consultorio a Centro de Salud.....	143

CAPÍTULO VIII: GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS DIRECTIVOS.....	146
Tópico 1: Conocimientos a nivel individual.....	148
Tópico 2: Capacitación y conocimientos del personal a cargo.....	152
Tópico 3: Aciertos del Modelo y de la Reforma.....	155
Tópico 4: Dificultades del Modelo	160
Tópico 5: Dificultades de la Reforma.....	165
Tópico 6: Clima Laboral.....	168
Tópico 7: Opiniones y Sugerencias.....	174
CONCLUSIONES.....	177
HAYAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	188
APORTES DEL TRABAJO SOCIAL.....	190
BIBLIOGRAFÍA.....	194
ANEXOS.....	198
ANEXO N°1 : Encuesta Satisfacción Laboral.....	199
ANEXO N°2 : Pauta Entrevista a Informantes Claves.....	202
ANEXO N°3: Plano de la comuna de San Ramón.....	203
ANEXO N°4: Plano de la comuna de San Ramón por Unidades Vecinales.	204
ANEXO N°5: Cuadro Resumen de Carrera Funcionaria 2006.....	205
ANEXO N°6: Tabla de Contingencia según Nivel Educativo.....	206
ANEXO N°7: Tablas de Contingencia según Categoría Funcionaria.....	213
ANEXO N°8: Tablas de Contingencia según Relación Contractual.....	220
ANEXO N°9: Operacionalización de Variables.....	227
ANEXO N°10: Tabla Estimación Numero de Beneficiarios del Seguro Público de Salud 1990-2003.....	228

INTRODUCCION

En el nivel primario de salud se está produciendo un cambio en el modelo de atención basado en el paradigma de salud familiar; este proceso ha obligado a las personas que trabajan en esta área, como auxiliares, administrativos, técnicos y profesionales, a modificar la manera de proceder que se ha tenido hasta hoy en estos servicios, sin embargo se trata de funcionarios/as acostumbrados por años, al ejercicio de sus actividades desde un modelo de atención biomédico cuyo énfasis está centrado en la enfermedad. Como ya decíamos, son estas mismas personas las que ahora deberán constituirse como equipos de salud sectorizados, y comenzar a entender y aplicar todos los aspectos ideológicos y estructurales de esta nueva propuesta, que consiste básicamente en abordar la problemática de salud de una persona desde una perspectiva integral, es decir, familiar y comunitaria.

El cambio más significativo es que el modelo integral de salud está referido al conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Este Modelo de Atención busca una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades con un énfasis en la multicausalidad de los problemas, con acento en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, que es anticipatorio al daño, por tanto a la enfermedad. Para que este modelo funcione, se requiere un equipo de salud multidisciplinario, idealmente con liderazgo horizontal, preocupado o a cargo de una población determinada en un territorio acotado. El modelo de Salud Familiar, busca acompañar a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos por los que cada persona transcurre durante cualquier momento de su vida, con consejería, educación y estrategias de promoción de la salud, detectando oportunamente el

daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica.

Este nuevo paradigma se construye sobre el anterior modelo de atención aplicado en Chile, con énfasis en la salud del niño y la madre y en el control de las enfermedades transmisibles. Sin duda que dicho modelo ha sido exitoso en décadas pasadas, pero ya no refleja la realidad epidemiológica actual de nuestra sociedad debido sobre todo, al cambio en la conformación de la población y a los estilos de vida contemporáneos. La mayor expectativa de vida, entre otras razones, ha generado que las enfermedades que nos afectan ya no sean las mismas que hace dos o tres décadas atrás. Otro factor a considerar en el cambio epidemiológico, son los logros alcanzados por ejemplo en la baja significativa en cuanto a la mortalidad infantil y la desnutrición que afectaba principalmente a los recién nacidos y niños, hoy por el contrario encontramos, en toda la población y en importante proporción entre los niños, a la obesidad y la diabetes como problemas de salud mucho más recurrentes.

En síntesis, podemos decir que actualmente, el predominio de las enfermedades propias de la edad adulta y la vejez y de los problemas de salud mental, como las adicciones, la depresión y el estrés, asociados a los estilos de “vida moderna” y el alto grado de urbanización de las ciudades, requieren de otras estrategias de intervención en salud. Estas nuevas estrategias incorporan la participación de los individuos e incentivan la responsabilidad individual en el cuidado de la salud. El cambio de paradigma implica superar el modelo biomédico, tradicionalmente aplicado por los profesionales de la salud chilenos, hacia otro de carácter biopsicosocial, que enfatiza los derechos y deberes de las personas en el logro del mejor estado de salud a través de una mejor calidad de vida.

Bajo esta perspectiva, Chile está desarrollando un proceso de Reforma de la Salud que ha definido cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010, que son: (www.modernización.gob.cl)

- a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.
- c) Disminuir las desigualdades en salud.
- d) Prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

El énfasis fundamental en el planteamiento de estos objetivos es la protección de la salud, teniendo en cuenta que los problemas de salud de los chilenos desde la perspectiva del modelo biopsicosocial responden a factores asociados no sólo a su condición biológica, sino también a las condiciones económicas y sociales en las que el individuo se desenvuelve. Esto quiere decir que su abordaje implica necesariamente ver los problemas más allá de la ausencia de enfermedad, significa tener una mirada global de lo que ocurre en la sociedad, comunidad y familia en que vivimos, lo que hace imprescindible un enfoque intersectorial y por tanto, integral del sujeto demandante.

Si queremos entender mejor esta concepción, diremos por ejemplo que si miramos la salud de los individuos desde las condiciones de trabajo y empleo (desde los horarios hasta el ambiente laboral), veremos que son determinantes a la hora de evaluar las condiciones y calidad de vida laboral de la población trabajadora en general. Los estilos de vida saludables (ejercicio físico, alimentación, horas de sueño, etc.) son muchas veces imposibles de llevar a la práctica, sobre todo si consideramos la gran extensión de las jornadas laborales y de los tiempos de traslado desde el hogar al lugar de trabajo que en general se dan en la Región Metropolitana de nuestro país, y en el caso de las mujeres trabajadoras específicamente, además se suma a esto, el rol de dueñas de casa que nuestra sociedad les asigna, que su jornada de trabajo suele ser el doble que la de los hombres trabajadores. En este sentido, podemos anotar que en los Centros de Salud de la comuna de San Ramón que son los que abordamos en esta investigación, las mujeres representan el 84% de la fuerza laboral (Fuente: Investigación Directa).

Como ya decíamos, la implementación de la Reforma implica un cambio de Modelo de Atención, en todas las comunas del país. En la comuna de San Ramón, que es en este caso la que nos ocupa, el proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud, se inició el año 2004. Si bien en sus comienzos se caracterizó por el entusiasmo propio de todo nuevo desafío, ya en la primera etapa de esta dinámica surgieron los primeros indicios de obstáculos y fallas en su aplicación, que aunque se han ido resolviendo sobre la marcha, no han sido acompañados hasta ahora de un espacio de discusión técnica ni de evaluación del proceso, donde cada uno de los actores involucrados pueda compartir sus experiencias, analizar posibles dificultades o fortalezas del mismo, expresar sus dudas y verter sus opiniones para aunar criterios y establecer dentro de los equipos de trabajo mecanismos de solución y respuesta adecuados a los requerimientos y dificultades que implica la implementación del Nuevo Modelo de Atención.

Entre otras carencias, la ausencia de espacios de conversación, contención y apoyo para el personal que trabaja en estos Centros de Salud ha incidido negativamente en el clima laboral de los mismos, afectando, en nuestra opinión, directamente el cumplimiento de los objetivos de la Reforma. Debido a ésto resulta importante evaluar cómo está siendo vivido este proceso por los diferentes agentes que conforman el equipo de salud, tema que, como trabajadoras sociales, desde un punto de vista teórico y práctico, nos interesa, para que la Reforma de Salud pueda ser implementada de la mejor manera posible.

Cabe mencionar que sólo en la Región Metropolitana existen 54 comunas, ellas cuentan con características propias que las diferencian entre sí, por lo tanto la instauración del nuevo Modelo de Atención y de la Reforma, requerirán de condiciones y procesos distintos para adaptarse y adecuarse a cada uno de estos diferentes centros y sus diversas realidades. Es decir, que cada consultorio o centro de salud, al ser único, en sus cualidades y defectos, debilidades y fortalezas, podrá cumplir con las metas propuestas desde el nivel ministerial, en un tiempo y contexto particular que debiera poder ser claramente identificable. Creemos que en el caso específico de San Ramón, dichas metas pueden resultar difíciles o, casi imposibles de cumplir, si las carencias de infraestructura, de instrumental o de capacitación del

personal, por nombrar sólo algunos de los aspectos incidentes, se mantienen. Todos estos factores repercutirán, en algún sentido, en las relaciones interpersonales de los trabajadores de la salud y por lo tanto en el clima laboral que se genere en cada uno de los centros de salud de la comuna.

Por otro lado podemos decir que la pertinencia de la presente investigación está avalada en primer lugar por la relevancia que alcanza la Atención Primaria en la salud, en virtud de la cantidad de la población atendida, y por otro lado, por la carencia en la comuna de San Ramón de estudios o investigaciones en este ámbito, que busquen entender el origen de los conflictos laborales en el área de salud, y sus posibles repercusiones tanto en el equipo, como en los beneficiarios de la Atención Primaria. Creemos que esta investigación junto con explorar las distintas manifestaciones del problema y describir sus causas podrá aportar elementos para la discusión y búsqueda de soluciones que apunten a mejorar la implementación de la Reforma de la Salud y del nuevo Modelo de Atención.

En consecuencia, esta investigación ha tenido muy buena acogida por parte de la Dirección de Salud de la comuna, que ha manifestado un apoyo declarado y ha prestado su colaboración para que se realice de la mejor manera posible, sin duda, y como ya mencionamos, esperamos que los resultados que deriven del presente estudio, contribuyan a impulsar acciones tendientes a mejorar el clima laboral, de tal manera que la implementación del nuevo Modelo de Atención y la Reforma de la Salud se lleven a cabo de la mejor manera posible en los Centros de Salud de la comuna de San Ramón.

La presente investigación se estructuró de la siguiente forma: en su primera parte encontraremos el Marco Teórico que describe la Atención Primaria de Salud, punto de partida para abarcar el tema que nos convoca, abordaremos principalmente como surge la Reforma de Salud y los Modelos de Salud en una correlación histórica, hasta llegar al modelo de Atención en Salud Familiar. Para entender cómo éstos modelos se implementan en la realidad, revisaremos la Teoría Organizacional, así como, aquella teoría que dice relación con los distintos ámbitos de la satisfacción laboral, pasando temas como la cultura organizacional, y clima laboral.

En la segunda parte, correspondiente al Marco Referencial, nos abocaremos a dar a conocer el concepto de salud, de salud pública, y por otra parte, daremos una mirada histórica del sistema de salud chileno hasta nuestros días. Veremos como se articula este sistema, los recursos con que cuenta, tanto públicos como privados. Daremos un breve vistazo a la Municipalización de la Salud, su gestión y financiamiento para llegar a la última Reforma del sistema de Salud y su puesta en marcha, profundizando todo esto en la comuna de San Ramón. También veremos los distintos modelos de salud implementados hasta ahora en nuestro país.

El análisis de los datos se presenta en la tercera parte de este estudio, siendo abordado desde la perspectiva cuantitativa en relación a las opiniones recogidas de los funcionarios/as de la salud de San Ramón y desde lo cualitativo, en relación a las opiniones de directivos/as que participaron del estudio.

En la parte final, se presentan las conclusiones, los aportes del trabajo social y los hallazgos encontrados en el transcurso de la investigación y que confiamos serán un aporte para futuras investigaciones.

MARCO METODOLOGICO

1. Planteamiento del Problema

Sabemos a través de diversos estudios y también por experiencia propia, que no existe el clima laboral ideal, que siempre se producen roces y conflictos en su seno, pero si a ello agregamos la incertidumbre que conlleva un cambio tan radical como el que se ha estado viviendo con la implementación de la Reforma de la Salud, podemos suponer que éste (clima laboral) se ha visto aún más convulsionado. Nuestro supuesto, es que el clima laboral en los centros de salud de esta comuna se ha conflictuado en el marco de estos cambios y, si a ésto, se suman las carencias propias del sistema de salud actual, podemos hipotetizar que los problemas, roces o conflictos han tendido a agudizarse.

Creemos que para poner en marcha esta Reforma de la Salud, que como ya decíamos, es un cambio paradigmático muy importante, se requiere que las y los trabajadores, conozcan, entiendan y hagan suya esta nueva mirada respecto de la salud. Sin embargo, el hecho cierto es que las condiciones particulares de cada uno de los centros de salud donde se está implementando la Reforma, no son las requeridas para llevar a cabo en forma óptima esta dinámica. Estas, entre otras razones, fueron las que originaron las movilizaciones de trabajadores durante el mes de septiembre del año 2005.

Partimos de la base que, si bien en el sector salud siempre han existido factores que inciden en la generación de importantes niveles de estrés o de malestar en las/los trabajadores, la implementación de la Reforma de la Salud constituye, por la profundidad de su significado, un nuevo y más potente elemento que viene a exacerbar los niveles de tensión laboral, incidiendo además y por esto mismo, en el cumplimiento de los objetivos de la misma.

En la Atención Primaria de salud, según antecedentes publicados por FONASA, se aglutina el 62% de las consultas de la población (Ministerio de Planificación, 1999) y se espera un alto nivel de resolución de las problemáticas de salud que ahí se reciben. Al tratarse de una atención directa, cara a cara con el usuario, se espera que el trato hacia éste sea amable y acorde con el énfasis que en este sentido la Reforma de la Salud propone, es decir, que el usuario sea tratado como un sujeto de derecho y no como un objeto de atención. Desde esta perspectiva, es vital mejorar el clima laboral al interior de los Centros de Salud, porque creemos que en la medida en que los trabajadores se sientan satisfechos en sus puestos de trabajo, ésto se verá reflejado en una mejor atención y en un mayor cumplimiento de las metas y objetivos que el quehacer en salud exige en el contexto actual.

Como ya hemos señalado, en la comuna de San Ramón, y puntualmente en el Departamento de Personal Municipal, no existen estudios o análisis específicos respecto al tema del deterioro del clima laboral con relación al cambio de Modelo de Atención y a la Reforma de Salud. Por lo tanto, pensamos que el análisis de éstos aspectos contribuirá a constatar la existencia y a entender el origen de esta problemática a la que se ven enfrentados las y los funcionarios de salud, y aunque no podemos proponer, al menos por ahora, formas definitivas de resolver estos problemas, pensamos que esta investigación podría motivar a intervenir en ellos de manera más activa, pues de mantenerse esta situación podrían agudizarse las nocivas consecuencias en la salud mental y física del personal redundando en una, cada vez, peor atención al usuario. Entendemos además, que si bien varios de éstos problemas son de origen histórico y no reciente, se han visto agravados con los cambios puestos en marcha.

En una primera aproximación a la realidad de los Centros de Atención Primaria, que aborda este estudio, se ha podido recoger entre los trabajadores de dichos centros, su postura frente al problema, manifestándonos que en los últimos años la sensación de inseguridad con respecto a la mantención de la fuente laboral, el deterioro originado en las relaciones humanas y el desencanto con las jefaturas, han ido en aumento.

Además de esto, en las encuestas de satisfacción aplicadas en el último período, a la población usuaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, sobre la Atención Primaria de los Centros de Salud, se ha constatado su descontento en relación a la atención que reciben de parte del personal de salud. En este sentido, pensamos que la mala atención recibida puede ser el resultado directo de un clima laboral deficitario, que se traduce en descontento y falta de motivación que redundan en una mala atención al usuario.

2. Objetivos de la Investigación

2.1 Objetivo General

Establecer el grado de satisfacción que las y los trabajadores de los Centros de Salud San Ramón, La Bandera y Salud Mental, tienen con el cambio de Modelo de Atención y la implementación de la Reforma de Salud en la Comuna de San Ramón.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la percepción que tienen los directivos de los Centros de Salud investigados, acerca de su función en el proceso de cambio de Modelo de Salud y de la implementación de la Reforma de Salud.
2. Determinar el nivel de satisfacción de las y los trabajadores de los Centros de Salud, en relación a los aspectos que conlleva el cambio de Modelo de Atención y la Reforma de la Salud.
3. Comparar la percepción que poseen los directivos respecto del clima organizacional que se está dando a la luz de estos cambios, con el grado de satisfacción laboral que manifiestan las y los funcionarios de estos centros.

3. Hipótesis

"La puesta en marcha de la Reforma de Salud, así como, la implementación del Modelo de Salud con Enfoque Familiar, sin una adecuada socialización de lo que ello significa, han contribuido a deteriorar el clima laboral en los Centros de Salud de Atención Primaria de la comuna de San Ramón"

ESTRUCTURA METODOLOGICA

1. Tipo de Investigación:

Se trata de un estudio de carácter descriptivo cuanti-cualitativo, donde lo cuantitativo se expresa con la información recolectada a través de un cuestionario que permitirá medir el nivel de satisfacción laboral de los trabajadores/as de la salud en San Ramón. Junto con la caracterización de los sujetos que respondieron dicho cuestionario se recabarán datos gruesos con respecto a los objetivos planteados y es de carácter cualitativo porque se profundiza en el tema de clima laboral a través, de una entrevista que fue dirigida a directivos de centros de salud, quienes actuaron en calidad de informantes claves. Las respuestas obtenidas por este medio fueron contrastadas con los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios, de tal manera de triangular la información y tener mayor certeza de los juicios que se vertieron en esta investigación.

2. Nivel de la Investigación:

La presente es una investigación de tipo evaluativa, debido a que, tras la revisión bibliográfica, constatáramos que no existen estudios acerca del nivel de satisfacción laboral en funcionarios de salud relacionados con la etapa a la que nos hemos abocado, es decir, la correspondiente a la implementación de la Reforma de Salud. Por otro lado, en lo referente a Atención Primaria sólo se encontraron estudios de satisfacción desde el punto de vista del usuario, pero no existen estudios relacionados acerca de la satisfacción laboral del funcionario/a del Sistema de Salud Público. Más aún, cuando analizamos este tema en referencia a la Reforma de Salud y el cambio de Modelo de Atención, no encontramos investigaciones que incluyan esta variable como eje central de estudio.

3. Unidad de análisis:

La unidad de análisis la compone cada funcionario y funcionaria y los directivos de los Centros de Atención Primaria de la comuna de San Ramón, y el Programa de Salud Mental de la misma comuna.

4. Universo de la investigación:

El universo de la investigación está compuesto por 283 personas, que corresponden a todos los funcionarios y funcionarias de la comuna de San Ramón, estos son: "Centro de Salud San Ramón" ubicado en calle Alhué N°8552; "Centro de Salud La Bandera", ubicado en calle Vicuña Mackenna N°1758; y finalmente el "Programa de Salud Mental", que funciona en Calle Rinconada N°8460, y en Avda. La Bandera N°9696. La población en estudio se encuentra estratificada en cinco subgrupos que corresponden a categorías funcionarias y que se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro N °1
Categoría Funcionaria y Profesión u Oficio

Categoría	Incluye	N°
A	Médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos	28
B	Matronas, enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, asistentes sociales, y otros profesionales universitarios.	41
D	Técnicos paramédicos, técnicos farmacéuticos contadores.	66
E	Secretarias, recepcionistas, encargados de bodegas	65
F	Personal de aseo, guardias, choferes, rondines, servicios generales.	83
	TOTALES	283

Fuente: Investigación Directa.

Tabla N°2
Distribución de Personal de Salud de San Ramón,
Según Categoría Funcionaria y tipo
de Contrato a Diciembre 2005

Categoría Funcionaria	Centro Salud La Bandera		Centro Salud San Ramón		Centro de Salud Mental		Total
	Planta	contrata	Planta	Contrata	Planta	Contrata	
A	05	12	03	6	02	00	28
B	09	08	11	7	04	02	41
D	25	12	16	13	00	00	66
E	24	12	14	11	02	02	65
F	22	34	07	15	01	04	83
Total	85	78	51	52	09	08	283

Fuente: Investigación Directa.

En la Tabla N°2, se muestra la distribución del Universo, según Categoría Funcionaria y tipo de contrato, desagregado por centro de salud.

5. Técnica de muestreo:

a) Muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios:

La población objeto de estudio, (283 funcionarios/as) se encuentra agrupada en tres conglomerados: Centro de Salud San Ramón, Centro de Salud La Bandera y Centro de Salud Mental. Estas instituciones fueron incluidas en su totalidad en el estudio. Además, dentro de cada conglomerado existe una estratificación de acuerdo a la categoría funcionaria y tipo de contrato (ver Cuadros N°1 y Tabla N°2).

Cabe precisar que esta investigación originalmente se propuso trabajar con la totalidad del universo de sujetos presentes en cada Centro de Salud. Para ello se distribuyó una encuesta de autoaplicación al conjunto de funcionarios/as. Este procedimiento fue conversado y aprobado por los/as directivos/as quienes recibieron 283 cuestionarios a los dos centros de salud y al Programa de Salud Mental. Al cabo de dos semanas se retiraron, el resultado fue de 123 cuestionarios respondidos, los que corresponden al 43.5% del universo. La distribución por categoría funcionaria presenta en la Tabla N°3.

Tabla N ° 3:
Porcentaje de Cuestionarios respondidos según Categoría Funcionaria

Categoría Funcionaria	Número de funcionarios por categoría	Nº de funcionarios que contestaron el cuestionario por categoría	Porcentaje de cuestionarios respondidos en relación a su categoría
A	28	8	28.6%
B	41	22	53.6%
D	66	20	30.3%
E	65	30	46.1%
F	83	19	22.9%
No contesta	00	24	19.5%
Total	283	123	43.5%

Fuente: Investigación Directa, Información a Diciembre 2005.

Según apreciamos en la Tabla N°3, la composición y distribución por categoría funcionaria, representa una muestra heterogénea de las distintas categorías funcionarias existentes. El 19.5% de la muestra no contestó a qué categoría pertenece.

En los siguientes capítulos se podrán apreciar con más detalles la composición de la muestra según sexo, edad, estudios y antigüedad entre otros antecedentes.

b) Muestra Intencionada, no probabilística:

Corresponde a un muestreo no aleatorio por conveniencia, donde aplicamos una entrevista semiestructurada a seis informantes claves, que nos permitió ahondar en algunos aspectos indicadores de la satisfacción laboral que resultasen relevantes y complementarios con los resultados del primer instrumento (cuestionario) aplicado como ya dijimos, al 43,5 del universo de funcionarios/as de los Centros de Salud ya mencionados.

Estos informantes clave corresponden a dos directivos de Centros de Salud, un jefe de sector, un jefe de programa, el Jefe de Departamento de Salud Municipal y por último a la Jefa de Personal del Departamento de Salud. Elegimos a éstos informantes, debido a que ellos han sido partícipes en forma directa de la implementación tanto de la Reforma de la Salud como del cambio de Modelo de Atención, por lo que, desde su experiencia y grado de responsabilidad en estos dos procesos, sus respuestas resultan relevantes para esta investigación.

6. Tipo de Instrumentos, modo de aplicación y recolección de la información:

Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron dos:

6.1 Encuesta: se optó por un cuestionario auto administrado con un formato y lenguaje claro para facilitar su aplicación y que garantizara el anonimato de quienes lo respondieron. Este instrumento, es la amalgama de un cuestionario de satisfacción laboral que contiene los datos descriptivos de los sujetos que responden dicho cuestionario y de una encuesta denominada “Escala de Satisfacción Laboral”. El cuestionario aplicado estuvo compuesto por veinte preguntas cerradas relacionadas con aspectos tales como: condiciones físicas en que se realiza el trabajo, relaciones con los pares, etc. Las alternativas de respuesta van desde “Muy satisfecho”, hasta llegar a la opción de “Muy insatisfecho”, con un total de siete alternativas excluyentes entre sí. (Ver Anexo N°1)

Se adjuntó un Memorándum firmado por el Jefe del Departamento de Salud Municipal, donde se informaba a los funcionarios respecto del contenido del instrumento, y los objetivos de ésta investigación. Se destacó que la información sería de carácter confidencial, por lo tanto sus respuestas serían tratadas con rigurosidad científica, para así garantizar que no existirían consecuencias o represalias en el ámbito laboral. Además se precisó que la respuesta al cuestionario era voluntaria.

6.2 Entrevista semiestructurada: La Entrevista semiestructurada (Ver Anexo N°2) buscó, a través de, preguntas abiertas establecer un diálogo con los entrevistados considerados informantes claves. Quienes concedieron estas entrevistas fueron:

1. Jefe del Departamento de Salud Municipal.
2. Jefa de Personal de Salud.
3. Directora (S) Centro de Salud San Ramón.
4. (Ex) Jefe de Salud Mental.
5. Jefe Sector, Centro de Salud La Bandera.
6. Jefe de Gestión de Salud.

Se abordó en la entrevistas seis grandes áreas de interés para la investigación, las que fueron registradas a través de grabación de audio digital. En ellas nos interesa indagar acerca de la percepción que tienen los entrevistados respecto de los siguientes tópicos:

- Nivel de conocimientos acerca de la Reforma de Salud y del Modelo de Atención;
- Calidad de las capacitaciones respecto de la Reforma de Salud y del Modelo de Atención;
- Principales aciertos y dificultades de la puesta en marcha de ambos procesos;
- Clima Laboral del Centro de Salud.
- Comparación del clima laboral, antes y después de la implementación de la Reforma de Salud y el Modelo de Atención Familiar.
- Opiniones y Sugerencias del entrevistado;

Cabe destacar que la percepción que nos interesa conocer esta intencionada en dos sentidos, indagar desde el cargo que desempeñan y su apreciación acerca de las repercusiones de estos cambios con respecto a los trabajadores a su cargo.

7. Análisis de los resultados:

La información que surgió de la aplicación del Cuestionario de Satisfacción Laboral, fue analizada a través del programa estadístico SPSS, a través del cual describimos y cruzamos la información obtenida. Esta información es presentada, a través de Tablas de Contingencia, que muestran si existe asociación entre las variables o si por el contrario se pueden considerar independientes.

Los resultados de la Entrevista semiestructurada fueron interpretados mediante el método de "Análisis de Contenido". Las entrevistas, fueron transcritas en su totalidad, de ellas se destacaron las ideas fuerza de los discursos de los entrevistados, a través de las cuales se construyeron los ejes temáticos considerados en el análisis.

8. Variable:

La investigación se desarrolla en base a una variable central que es el Clima organizacional, en relación a las y los funcionarios de cada centro de salud y en relación a la percepción de las y los directivos de los mismos (Ver Operacionalización de la Variable en Anexo No.9).

I PARTE
MARCO TEORICO

Capítulo I

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para iniciar la mirada teórica de la presente investigación es imposible no remitirnos a la Atención Primaria de Salud, puerta de entrada o acceso preferente de la población en Chile para la resolución de sus problemas de salud, además de que es en este nivel de atención donde encontramos a las y los funcionarios los cuales queremos investigar en relación a su satisfacción laboral.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 se adoptó como meta mundial para el entonces lejano año 2000, el concepto de “salud para todos”. Con casi 2.000 millones de personas en la más profunda pobreza, se hacía así un llamado a la justicia social, con la intención de que todo ser humano pudiera aspirar a un grado de salud coherente con una vida social y económicamente productiva. Ese fin se procuraría por medio de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, cuya ejecución en muchos países se demoró hasta los años ochenta. (Miotto, 1998)

La Declaración precisa que:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Ibíd.:291).

Esta estrategia surgió originalmente del análisis de lo que estaba sucediendo en el mundo en el sector de la salud en los años setenta y ha sido el móvil de múltiples cambios. Las iniciativas de Atención Primaria han dado paso a un cambio ideológico, desde la atención de salud centrada en la curación a la atención preventiva; de la atención hospitalaria a la atención comunitaria; de la atención urbana a la rural; de los factores determinantes dentro del sector de la salud a los factores determinantes fuera del sector; de la responsabilidad única del gobierno por la salud de la población a la responsabilidad de las personas por su propia salud; de los servicios centralizados de salud a los descentralizados y del poder político centralizado al poder descentralizado. Los resultados de la estrategia han variado de un lugar a otro. Su éxito depende de los principios de accesibilidad, regionalización y jerarquización en cuanto al cuidado de la salud y de la formación de agentes sanitarios para vincular el sistema de atención oficial de la salud con el de la comunidad. (Ibíd.:291).

La estrategia de Atención Primaria de Salud, también significó un avance para superar los modelos médicos que prevalecían y que aún están presentes en el mundo subdesarrollado, y se presentaba como una oportunidad para rectificar viejos vicios de la asistencia sanitaria. Ciertamente los enfoques previos enfatizaban una atención secundaria dirigida hacia la enfermedad, que privilegiaba servicios curativos caros, basados en una infraestructura hospitalaria localizada en el medio urbano; en tanto que la Atención Primaria de Salud enfatizaba los servicios preventivos, de costo razonable para la comunidad y con una infraestructura basada en pequeños centros de atención en la que tienen un papel relevante los agentes comunitarios de salud. Los servicios básicos propuestos por la estrategia de Atención Primaria son los siguientes: (Santacruz, 2002).

1. Educación sanitaria y promoción para la salud
2. Suministro de agua de consumo humano
3. Nutrición
4. Atención materno infantil, incluida planificación familiar
5. Inmunizaciones
6. Salud mental

7. Prevención y control de enfermedades endémicas locales
8. Tratamiento de emergencias y traumatismos comunes

La estrategia de Atención Primaria de Salud, plantea como indispensable, la provisión de este "paquete de servicios básicos" para toda la población, que no debiera ser negociable y por otra parte, debiera recibir todo el apoyo político y financiero de todos los gobiernos. No es un paquete de servicios para pobres o para gente del medio rural, por el contrario, es un grupo de servicios que se juzga como necesario para que todos los pueblos del mundo logren un nivel adecuado de salud y por tanto, debe servir de punto de partida para la reorganización de los sistemas de servicios de salud, para la búsqueda de la acción intersectorial en salud, para la cooperación técnica internacional y para orientar los créditos que reciben los países del fondo monetario internacional, en suma, debe ser también el eje de todos los procesos de reforma sectorial. Ciertamente queda a la discrecionalidad de los países precisar el contenido de las dos últimas intervenciones, es decir, precisar cuáles son las enfermedades endémicas que merecen ser incluidas, así como las emergencias y traumatismos que son comunes en cada sociedad.

Es claro que sin apoyo político, sin participación intersectorial y sin participación comunitaria, el logro de estos servicios de Atención Primaria de salud sencillamente es una utopía. El éxito de la estrategia requiere como condición necesaria una política nacional bien definida y el desarrollo, de acuerdo a las características socioeconómicas de cada país, de los siguientes componentes estratégicos, (Ibíd.):

1. Extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente
2. Desarrollo de la articulación intersectorial
3. Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas
4. Disponibilidad de insumos y equipos críticos
5. Formación y utilización de recursos humanos
6. Financiamiento del sector
7. Cooperación internacional

Debe quedar claro que para aplicar la estrategia de Atención Primaria de Salud, no basta con planificar la provisión de las ocho intervenciones definidas como básicas o prioritarias, sino también es necesario que el plan de acción incluya el desarrollo de los siete componentes estratégicos antes mencionados. El desarrollo de estos siete componentes estratégicos se considera indispensable y por tanto es una condición sine qua non para la provisión de los servicios de Atención Primaria de Salud.

Si bien la estrategia de Atención Primaria es importante, no se debe perder de vista que, en tanto estrategia, sólo es un medio para conseguir el objetivo de lograr niveles básicos de salud para cualquier habitante del mundo, especialmente para aquellos que viven en países de menor desarrollo, independientemente de su ideología, clase social y lugar de residencia. La puesta en marcha de esta estrategia, es una oportunidad para que los gobiernos apliquen mecanismos innovadores, para que sus ciudadanos logren realmente el derecho a la salud y un grado de salud aceptable, lo que significa garantizarles alimentos para una nutrición adecuada, agua tratada para el consumo, medidas de saneamiento básico, oportunidades de educación y un sistema sanitario que provea servicios básicos para todos. (Ibíd.)

Después de 1978 y del compromiso de "Salud para todos en el año 2000", se han efectuado evaluaciones periódicas de esta estrategia. Estas evaluaciones sirvieron para que en 1996, en la Asamblea Mundial de la Salud, se renovara el interés por la Atención Primaria de Salud y se adoptara un nuevo compromiso político, bajo el lema de "Salud para todos en el siglo XXI". Ya han pasado 28 años desde Alma-Ata, y la Organización Mundial de la Salud esta empeñada en hacer una revisión de las estrategias operativas seguidas en los cinco continentes para implementar la Atención Primaria de salud y ha puesto en marcha un intensivo programa de trabajo.

En aquellos países donde se han puesto en marcha los principios de la Atención Primaria de salud, se han logrado mejoras evidentes del grado de salud de la población, pese a las condiciones económicas y políticas adversas que han limitado sus efectos. Estos principios pueden resumirse como sigue:

Principio de equidad. La asignación de recursos para atender la salud se debe realizar con equidad, lo que significa que se deben distribuir con base en las necesidades específicas de cada grupo de población y en la medición de su riesgo relativo. Tal situación sólo es factible si se aplican racionalmente los principios de la planificación sanitaria, se cuenta con un análisis permanente de la situación de salud y se desarrolla un sistema de información sanitaria.

Principio de universalidad. Sin excepción, toda la población debe tener acceso permanente a servicios que fomenten su salud y le prevengan el riesgo de enfermarse, así como a los servicios curativos más apropiados para combatir las enfermedades y accidentes de mayor prevalencia. La aplicación de este principio constituye un verdadero reto para los sistemas de salud, ya que implica definir una cartera de servicios básicos, determinar un mecanismo de aseguramiento, establecer un financiamiento sostenible y organizar la provisión de servicios, los cuales deben fundamentarse en la evidencia científica y utilizar la tecnología apropiada. Evidentemente, esto involucra a todos los niveles de organización de los servicios de salud, desde el primero hasta el tercer nivel de atención, de modo tal, que no se debe circunscribir la Atención Primaria de Salud al primer nivel de atención sino por el contrario, la Atención Primaria de Salud es una estrategia incluyente que involucra a todos los niveles de atención.

Principio de multisectorialidad. Este criterio reconoce tácitamente la influencia que tienen en la salud y la enfermedad la educación, la nutrición, el saneamiento básico y otras condiciones ambientales como la contaminación, la condición jurídica y social de la mujer, y el desarrollo socioeconómico en general.

Principio de participación comunitaria. Implica que se debe fomentar la participación de la comunidad en las actividades de salud, no sólo porque esa participación permite alcanzar resultados a menor costo, sino también porque influye en la autorresponsabilidad y la sostenibilidad de las acciones sanitarias. Dicha participación social y comunitaria, es congruente con la premisa de que la salud es un producto social construido colectivamente.

Principio de fomento de la salud. Implícitamente, la Atención Primaria de salud significa fomentar la salud de las personas. Ello requiere de una actitud pro-activa, anticipatoria de la enfermedad, fomentando hábitos y estilos de vida saludables e identificando los riesgos a nivel personal, familiar y comunitario. La Atención Primaria debe ser diferenciada claramente de la Atención Secundaria, ya que ésta se enfoca a la atención del individuo enfermo, en tanto que la primera se enfoca a la atención del individuo sano. Tener clara esta diferencia, ayuda a promover cambios actitudinales en el personal de salud y a progresar desde una conducta expectante, en donde se espera a que el individuo enferme para actuar, hacia una conducta anticipatoria, en donde se anticipa a la enfermedad y se actúa para prolongar la salud del individuo, ya sea identificando riesgos para eliminarlos o atenuarlos o promoviendo estilos de vida sanos, en una actitud francamente promocional. Todos estos principios implican en Chile una verdadera revolución conceptual en el mundo de la salud pública.

1.1 ANTECEDENTES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

A continuación conoceremos antecedentes relevantes de cómo se ha dado el proceso en América Latina desde Alma-Ata, de tal manera de comprender el contexto en que se han implementado estas reformas del sector salud, las que se vienen desarrollando desde hace ya una década en la región. Estas experiencias buscan los siguientes tres objetivos: (Santa Cruz, 2002).

Objetivos de la Reforma Sectorial

1. Asegurar un conjunto de prestaciones de salud a toda la población.
2. Mejorar la equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud.
3. Mejorar el impacto del gasto sanitario en la salud de la población.

En el trasfondo de los procesos de reforma sectorial, existe un conjunto de factores extrínsecos e intrínsecos al sector salud, que han actuado como macro y micro determinantes para darles origen:

Factores extrínsecos (macrodeterminantes)

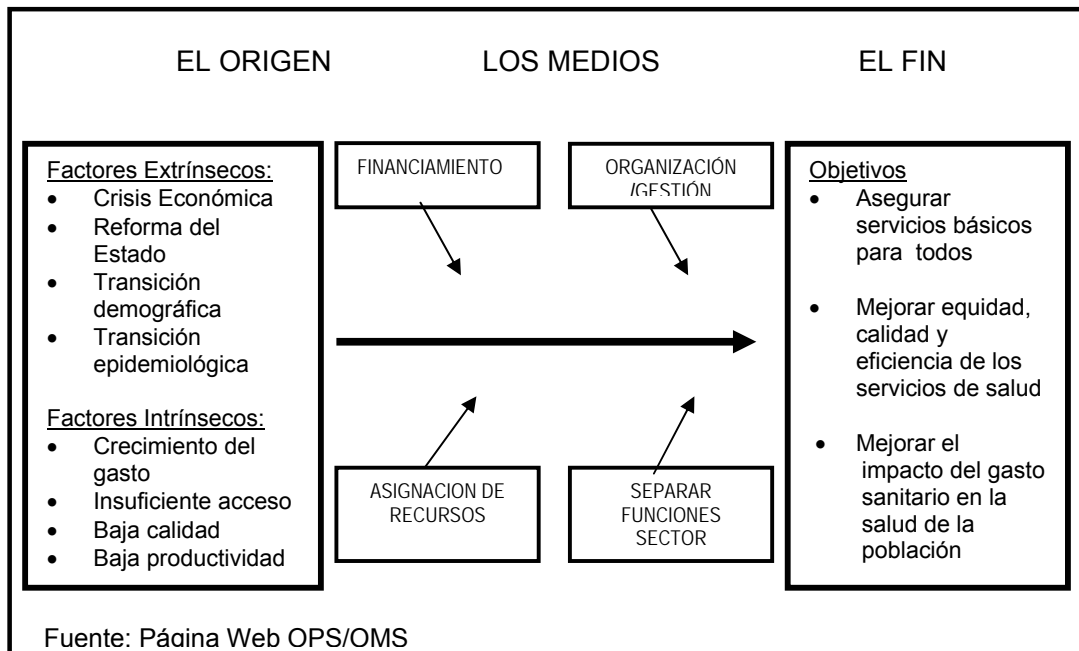
- Crisis financiera, menor crecimiento económico, pago de deuda externa.
- Reforma del Estado y ajuste estructural.
- Impacto del ajuste económico en el gasto social.
- Transición demográfica, aumento de mayores de 60 años.
- Transición epidemiológica. Aumento de enfermedades crónicas.

Factores Intrínsecos (microdeterminantes).

- Servicios de salud con acceso, calidad y equidad, insuficientes.
- Baja productividad y cobertura (consultas/habitante y atención prenatal)
- Aumento creciente del gasto en salud / PIB (1988 = 0.8; 1999= 1.9; 2005= 2.8 (<http://www.colegiomedico.cl>))
- Aumento creciente del gasto anual hospitalario
- Escasa inversión en primer nivel de atención
- Duplicidad de funciones intrasectoriales.
- Insuficiente desempeño de funciones esenciales de salud pública.

Para lograr los objetivos de la Reforma sectorial mencionados, los procesos de reforma han concentrado su esfuerzo en mejorar la organización y gestión de los servicios, identificar nuevos mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos financiamiento y provisión de servicios. (Ibíd.). Para un mejor entendimiento de lo anterior el Cuadro N°4, nos muestra gráficamente el proceso de reforma sectorial.

Cuadro N°4
El Proceso de Reforma Sectorial



La práctica de 10 años de reformas del sector salud en América Latina, demuestra que los procesos de reforma antes señalados, se han enfocado principalmente a producir cambios estructurales, financieros y de organización, para mejorar la prestación de servicios individuales y de atención a la enfermedad de las personas, pero en contraste, la Salud Pública y la Atención Primaria de Salud, no han recibido el mismo apoyo político, por lo que algunos procesos indispensables para lograr la salud colectiva, tales como el desarrollo de tecnologías apropiadas, la participación comunitaria, la aplicación del enfoque de riesgo, la vigilancia de la salud, el desarrollo de recursos humanos y la investigación en salud pública, se han manejado como prioridades de segunda categoría y no han logrado su incorporación plena en los procesos de reforma del sector salud. (Ibíd.)

1.2 MODELOS DE SALUD

En general, el concepto "modelo" es una abstracción de la realidad, que reúne aquellas características más dominantes y, por lo tanto compartidas, de un tema determinado, sistema, labor, etc. En el caso de esta investigación, como queremos abordar la satisfacción laboral de los funcionarios/as de salud, consideramos pertinente comprender, cuál es el Modelo de Salud en que estos trabajadores/as se desempeñan. Cabe precisar que aún con el proceso de la Reforma en marcha, en la cultura institucional todavía, predomina el Modelo Biomédico, "el cual fue impuesto por consenso, se convierte en una característica estructuralmente dominante, que justifica el calificativo de hegemónico, adoptado voluntariamente por quienes aplican sus normas y procedimientos.

La base del análisis de los paradigmas o modelos para Kuhn es que una ciencia madura cuando establece un paradigma. Sin embargo, es bastante difícil definir la naturaleza exacta del paradigma o cuándo se produce un cambio de paradigmas. Ciertamente que un paradigma es una presunción importante que comparte una comunidad científica, pero ello no quiere decir que sea indefinido o inviolable, por el contrario, tal como el progreso, el cambio es un elemento esencial de la ciencia. Así, los grandes progresos científicos se relacionan con desplazamientos paradigmáticos. De este modo, la ciencia se entiende básicamente como la resolución de problemas, la realidad misma hace necesario establecer la existencia de acuerdos sobre las preguntas que se pueden efectuar, dando pie de este manera a las transiciones de un paradigma a otro.

Para efectos de esta investigación examinaremos las características del modelo biomédico, y luego las diversas propuestas de ampliación y mejoramiento del mismo que deriva en el modelo biopsicosocial. De esta manera estaremos en condiciones de precisar las características del nuevo modelo de Salud Familiar, en tanto se establece como una exigencia para los funcionarios/as, de tal modo que nos ayude a apreciar cómo su implementación podría incidir en la satisfacción laboral de las y los funcionarios de la salud primaria en la comuna de San Ramón.

1.2.1 MODELO BIOMÉDICO

El modelo biomédico se constituyó en la sociedad occidental, en la forma de entender, los fenómenos salud y enfermedad. Se fundamenta en el paradigma cartesiano, desarrollado para la investigación del mundo físico, cuyos principios básicos tomamos del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica (Peñaloza, et. al; 2001) y son los siguientes;

- Los fenómenos complejos se pueden conocer por el método analítico, fraccionándolos hasta sus componentes mínimos y estudiando éstos por separado. La suma de cada uno de estos resultados, corresponde al fenómeno completo.
- Sólo son válidos los fenómenos repetibles por varios observadores.
- Existe una clara separación entre el observador y el objeto observado.
- Las relaciones de causalidad son simples y lineales.
- Se puede formular leyes de causalidad, efecto y magnitud, lo que permite una predicción "perfecta".

Lo esencial de este modelo biomédico es el conocimiento de la enfermedad, tal como la definía Taylor hacia 1979 y citado posteriormente en un artículo por Meeroff, M. (s/f:2) "Evidencia, objetiva, independiente del testimonio del enfermo, aunque éste sea habitualmente una condición para obtener la evidencia". Así definido su objetivo, trata de conocerlo en sus más íntimos detalles, con rigor matemático. Emplea para ello la más variada tecnología, que se renueva, amplía y enriquece con astronómica rapidez.

Los adelantos logrados, explican cambios trascendentes en cuanto a investigación y atención médica. La primera tiene a su disposición la ingeniería genética con la biotecnología, mientras la segunda ha abierto la etapa de la especialización y subespecialización, con necesidad de formación de equipos interdisciplinarios, más aún transdisciplinarios para diagnósticos detallados y precisos. Mientras tanto, en cirugía se llega a los trasplantes, pasando por la cirugía endoscópica, la microcirugía con base patogénica, con restauración funcional que reemplaza casi totalmente a la cirugía "extirpadora" que llegaba hasta la eliminación del órgano

dañado, y que reinaba hasta hace poco tiempo. En suma, esta es una medicina de órganos, organicista, somaticista, morfoloquista, esencialmente reduccionista. Esta perspectiva se aprecia en la actualidad como insuficiente para explicar el fenómeno salud-enfermedad en toda su complejidad.

Si bien este Modelo Biomédico, ha predominado ampliamente durante gran parte de la historia de la medicina occidental, podemos observar que al menos en teoría, e intención se está produciendo un cambio de paradigma. Debido a los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales de nuestra sociedad, situándose en la forma de entender y abordar la salud se trata de una nueva mirada, que ya no sólo contempla al individuo y su enfermedad como hechos aislados, sino que incorpora aspectos psicológicos y sociales que pudiesen influir en el fenómeno de salud y enfermedad y que se materializa en el Modelo Biopsicosocial que a continuación revisamos.

En el Modelo Biomédico, sólo se hace mención al rol del médico y no se explícita el rol del resto del equipo, se subentiende que cada rol está determinado por las características propias de cada profesión. En el caso del trabajo social, la intervención se limita a realizar acciones fundamentalmente asistenciales como la entrevista individual y de familia, visita domiciliaria, elaboración de informes sociales, coordinación (con los otros especialistas integrantes del equipo para el abordaje de un caso determinado), derivación y seguimiento de un caso, entre otros.

1.2.2 MODELO BIOPSICOSOCIAL

En este enfoque, la salud y la enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona, ni ésta de su medio ambiente. Se entiende que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, actúan sinérgicamente. La teoría general de sistemas ha dado el sustento teórico al modelo biopsicosocial, que consiste en los fundamentos teóricos de la medicina familiar que intenta aplicarse en los Centros de Salud Familiar.

En 1968, Von Bertalanffy propuso la Teoría General de Sistemas (Ceitlin, 1998), cuyo origen es la biología. Establece que la naturaleza está ordenada en una jerarquía de sistemas vivos e inertes. Los sistemas vivos comprenden desde las moléculas, la célula, los órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biosfera. En la continuidad de los sistemas naturales, cada unidad es, al mismo tiempo, un “todo” y una “parte”. Cada nivel de la jerarquía constituye un sistema dinámico, con características y relaciones distintivas y que requiere criterios de estudio únicos para ese nivel. Esto es, que los métodos y reglas para el estudio de la célula, no son aplicables al estudio de la persona o la familia.

La denominación “sistema”, traduce la existencia de una configuración estable en el tiempo y en el espacio, mantenida por la coordinación de sus partes componentes y por las características del sistema mayor, del cual el primero forma parte. Esta configuración, también, implica la existencia de límites entre los sistemas y flujo de información a través de ellos.

Cada sistema se encuentra en un estado de equilibrio interno (entre sus partes) y externo (con los sistemas que le rodean). Cualquier cambio, dentro o fuera del sistema, repercute hacia arriba y hacia abajo en la jerarquía, provocando cambios en el conjunto. (Ibíd.)

Los principios fundamentales de esta teoría, son: (Ibíd.)

- El observador no es objetivo: éste es, siempre parcial y comprometido.
- La presencia del observador perturba el fenómeno observado de forma no determinable.
- Este cambio en el fenómeno, producto de la presencia del observador, hace que no sea posible distinguir qué aspectos de lo observado corresponden a cada uno.
- La causalidad es múltiple y compleja. Pretender reducir las variables participantes, sólo perturba el fenómeno.
- No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio.
- Debe considerarse, siempre, el contexto.
- La subjetividad del observador es parte del proceso.

G. L. Engel, teórico de la Universidad de Rochester, en 1977, (citado por Ceitlin, 1998), basándose en estos principios, desarrolló el modelo Biopsicosocial, para explicar el binomio salud-enfermedad. Las características principales de su propuesta, son las siguientes:

Se centra en el individuo. Define la salud como un proceso multidimensional, en el que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este contexto, la tarea del médico no consiste sólo en curar la enfermedad, sino que, también, en cuidar la salud, considerando los factores ya señalados. El individuo es considerado como un todo.

Es sistémico. Entiende los fenómenos complejos como un todo imposible de fragmentar. La enfermedad no puede ser separada del individuo que la padece: está dada por alteraciones bioquímicas y por la “vivencia” o dolencia de cada individuo.

El médico no es “objetivo”. Participa del proceso salud-enfermedad, aportando sus conocimientos, creencias y contexto social y profesional.

El médico requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar en su quehacer habitual las variables psicosociales de manera científica. Debe ser un experto entrevistador, a fin de alcanzar la mayor efectividad de su intervención. El médico actúa como facilitador de la curación del paciente. Sin embargo éstas destrezas no derivan simplemente de la “amabilidad” sino además de que:

La relación médico-paciente incluye a la familia. Los tres elementos interactúan recíprocamente: la familia constituye el marco de referencia del individuo. Su inclusión potencia al médico, al apoyar el proceso de curación del primero.

El diagnóstico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales. Su contexto lo constituyen la estructura, las relaciones, el ciclo vital y el patrón de salud-enfermedad de esa familia.

El problema es definido por el paciente. Puede abarcar cualquier aspecto de su vida y, siempre, es acogido.

El tratamiento considera los recursos internos de las familias y de los individuos.

Además considera el efecto terapéutico de la relación médico - paciente – familia.

Estos fundamentos desarrollados por Engel y citado nuevamente por Ceitlin (1998) han servido para cimentar y sustentar el campo de la medicina familiar.

1.2.3 DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL A LA MEDICINA FAMILIAR:

Posteriormente, Mc Whinney (1987), que es uno de los autores más conocidos en el campo de la medicina familiar, definió ya en 1981, los principios de este nuevo paradigma. Ninguno de estos principios es particular ni único de la medicina familiar; y no todos los médicos de familia los incorporan. Si se toman en su conjunto, estos principios conllevan una visión diferente del mundo, un sistema de valores y un enfoque hacia los problemas, que la hacen distinguirse del modelo bajo el cual se había desarrollado la medicina, en el siglo XX.

Los planteamientos en este sentido que implican esta nueva mirada son:

- El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo, o un tipo de enfermedad, o la aplicación de una técnica específica. Este compromiso no está limitado por el tipo de problema de salud, ni por el sexo o edad del paciente. Tampoco está limitado en el tiempo.
- El médico familiar se esfuerza para comprender el contexto personal, familiar y social de la enfermedad:
- El médico de familia ve en cada contacto con sus pacientes, una oportunidad para la prevención y la educación en salud.

- El médico ve en los pacientes a su cargo, una población en riesgo. Puede tener el enfoque clínico individual, sin perder de vista la mirada de conjunto de todos sus pacientes. Esto significa que está preocupado de todos, aunque no todos concurren a su consulta.
- El médico de familia se ve a sí mismo, como parte de una red comunitaria de organizaciones para la atención de salud.

Desde este enfoque idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat con sus pacientes. Esto, prácticamente se ha perdido excepto, en los sectores rurales.

- El médico de familia ve a sus pacientes en las casas, en el hospital o en el centro de salud.
- El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos. Busca establecer una relación terapéutica con sus pacientes y considera la dimensión emocional en la toma de decisiones.
- El médico de familia es un gerente de los recursos, pues es quien debe administrarlos.

A pesar de estar planteados en relación a la acción específica del médico, estos principios son aplicables al quehacer de todo el equipo de salud. Hablamos de una fuerte democratización de la salud, donde todo el equipo es partícipe de las decisiones, así como las personas involucradas (pacientes, familia, comunidad etc.)

En el modelo anterior enunciamos, en parte el rol del trabajo social, pero es en el modelo Biopsicosocial, donde éste comienza a tomar relevancia, donde los roles de educador, facilitador y mediador entre la comunidad y el equipo de salud, son vitales para lograr la implementación del nuevo modelo de salud familiar. Tácitamente se confía en que el trabajador social es el profesional que más conoce a la comunidad en sus aspectos sociales, territoriales, culturales, entre otros, de tal modo que puede, mejor que ningún otro profesional del equipo de salud, ayudarlos a comprender por qué se observan determinadas dinámicas en familias, grupos y comunidades.

1.2.4 MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR: LA EXPERIENCIA EN CHILE.

La Reforma de la Salud establece como eje fundamental el cambio del actual modelo de atención a uno más integral, enfatizando un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Que se dirija más que al paciente o a la enfermedad no como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres pertenecientes a diferentes familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (La Nación, 03/10/05)

Con este propósito, durante el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar, se desarrollaron iniciativas para fortalecer la estrategia de atención primaria como soporte de este modelo integral, que consiste en promover la vida saludable, prevenir la enfermedad y, en caso de que ocurra, enfrentarla tempranamente. Para ésto, el Modelo de Salud Familiar constituye el pilar fundamental. Este modelo se centra en el equipo de salud familiar, y entre sus profesionales cuenta con médico, enfermera y matrona, superando la idea del médico de cabecera, planteado anteriormente por Mc Whinney. (1987)

Oswaldo Salgado Zepeda, Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL expresaba en relación a la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en el año 2005, que “el objetivo de la atención es la familia, entendiendo que la salud y la enfermedad se dan en un contexto fuertemente determinado por esta estructura social. Para el sustento del modelo, es necesario contar con profesionales especializados en salud familiar, así como con infraestructura y tecnologías adecuadas. Hemos avanzado sustancialmente en los últimos años. Un médico de salud familiar es un profesional con un fuerte componente social y comunitario, con destrezas para el trabajo en equipo. Requiere calidad técnica para responder de manera adecuada a la demanda prevalente, que sepa determinar la oportunidad de las derivaciones. Un profesional especialista en personas, comprometido con la salud y no con la enfermedad, que no sólo conoce a su paciente sino a su grupo familiar”. (La Nación, Entrevista op.cit.)

Sobre el rol del resto del equipo de salud y por tanto de las y los funcionarios no está especificado en ninguno de los textos, artículos y autores consultados, suponemos tendrá el mismo sentido detallado por el Subsecretario de Redes. Bajo éstas expectativas es que se dan los cambios de modelos de Consultorios a Centro de Salud Familiar, estudiado en esta investigación.

Capítulo II

TEORIA ORGANIZACIONAL

Es importante puntualizar que la sociedad y el Estado dentro de ella, están orientados a satisfacer distintos fines para funcionar y progresar, para ésto se establecen distintas organizaciones dentro de su seno, que actúan como subsistemas orientados a distintos objetivos específicos. En este sentido la sociedad, tiene muchas áreas de interés que abordar o trabajar y una de ellas es la salud. Dentro de esta área, lo que nos ocupa en esta investigación son las relaciones laborales en un contexto de cambio de Modelo de Atención e implementación de la Reforma de la Salud, y cómo estos procesos inciden en la satisfacción laboral de las y los trabajadores de la salud primaria de la comuna de San Ramón.

Para todos los profesionales e individuos con alguna responsabilidad en el trabajo con personas y recursos de la sociedad, es de vital importancia comprender y preocuparse por el fenómeno organizacional. Al respecto cabe mencionar que:

“El estudio de las organizaciones ha tenido tres vertientes claramente identificables, pero que entrecruzan sus descubrimientos y explicaciones, dado que su objeto de estudio es el mismo. Estas son la sociología cuyo fundador es Max Weber, la administración, cuyos padres son Taylor y Fayol; y la psicología social, cuyo origen se encuentra en el trabajo de Mayo y Lewin, es debido a esta diversidad de fuentes, - aunque los nuevos avances surgen a partir de la crítica e intento de superación de los postulados de la escuela precedente- las Escuelas Clásicas de Relaciones Humanas, y la alternativa sociológica, perviven a pesar de la crítica y la pretendida superación de sus logros”. (Rodríguez; 1991: 29)

El sistema organizacional es racional y estructural, es construido en forma deliberada para lograr objetivos, de la manera más eficiente posible. Para ello, la sociedad debe distribuir los recursos y asignar las tareas “para obtener estos fines, con el mínimo de desgaste de recursos” (Ibíd.: 5)

En nuestra sociedad, el individuo cumple distintos roles, uno es su rol social, otro el de trabajador y otro de los muchos, el de miembro de una familia. Si establecemos una diferenciación entre su rol como parte de la familia y el que desempeña dentro de la estructura organizacional de su trabajo, encontramos grandes diferencias que nos hacen reflexionar. Por ejemplo, dentro de la familia los roles son definidos en forma difusa, mientras que en una organización deben ser absolutamente claros y precisos, la pertenencia a una familia es incondicional, en tanto que la pertenencia a una organización está claramente condicionada por una relación contractual.

Es por eso que en las organizaciones es muy importante definir las finalidades contractuales deliberadamente establecidas, así como adecuar racionalmente los medios a los fines. En la familia las personas son irremplazables y únicas, en tanto en las organizaciones, mientras se cumpla con ciertos requisitos se puede optar a desempeñar un rol determinado. Por último, la motivación de pertenencia a una familia es extremadamente compleja, en tanto que, a una organización nos vincula un contrato, la ejecución de un rol determinado por el cual recibimos un pago en dinero a cambio de un adecuado desempeño.

Finalmente, la familia, es la única instancia en la que el individuo puede funcionar como persona integral, puesto que en todos los otros roles que desempeña cotidianamente, se le pide que actúe en la especificidad que le corresponde a su rol dentro de la organización, dejando fuera su multidimensionalidad, como son sus miedos, frustraciones, sentimientos, etcétera, y que sin embargo pueden actuar como obstaculizadores o facilitadores para su total desempeño.

En función de estas consideraciones, en las instituciones se administran y definen una serie de aspectos de tal manera de asegurar un buen cumplimiento de los objetivos institucionales. En lenguaje de Weber citado por Rodríguez, la administración corresponde a la burocracia que organiza el trabajo de acuerdo a los fines perseguidos. La burocracia, como vemos, sirve para hacer funcionar a la sociedad, sin embargo compartimos la crítica de Weber, en el sentido que despersonaliza al individuo, volviéndolo una minúscula parte de un engranaje mayor. (Ibíd.).

Rodríguez (Ibíd.) continua citando a Weber quien afirma, en este punto que nos encontramos con el proceso burocrático, que es inherente a la estructura organizacional de nuestra sociedad. La burocracia en principio, favorece la consecución de los fines organizacionales, permitiendo dar forma a los procesos políticos, económicos, y tecnológicos, entre otros. A través de ella podemos acceder a un orden preestablecido, y centralizando, movilizándolo los recursos que dispone el Estado y en nuestro caso, la administración pública. Es importante, que exista la burocracia, porque establece un orden tanto dentro de las organizaciones como fuera de ellas. Este orden está referido a la definición de funciones, jerarquías, calificaciones técnicas, conductos de acceso, registros escritos, reglas de funcionamiento y de administración en la toma de decisiones y la ejecución de ellas. En este sentido, encontramos que en la Atención Primaria, y por tanto en los Centros de Salud, ese orden está claramente definido a través del Estatuto de Atención Primaria, que regula entre otras materias el sistema de calificaciones, reglas de funcionamiento y administración en la toma de decisiones.

Dentro de la teoría organizacional, es gravitante también el enfoque de James March y Herbert Simon (Ibíd.) quienes retoman el tema de la racionalidad y los diseños estructurales y sus cambios, por esto son considerados neoclásicos, que a diferencia de la teoría organizacional clásica, tienen un enfoque más académico que normativo. Estudian la forma efectiva por medio de la cual los fines de la organización son llevados a cabo. Estos autores sostienen que las organizaciones, requieren mecanismos de control para comprobar el cumplimiento de las órdenes y del reglamento, el que es ejercido por la jerarquía de autoridad o por instancias de control especializadas. En la Atención Primaria existen todos éstos mecanismos de control.

Introducen además el tema de la resolución de los conflictos laborales, demostrando que, es mejor resolver los conflictos a niveles relativamente bajos para reducir la carga de los ejecutivos de alto nivel encargados de otras tareas de mayor importancia dentro de la organización. Plantean que los desacuerdos deben ser resueltos en forma rápida, en las líneas de comunicación más cortas, donde puedan ser manejados de manera más completa. Reducir los conflictos tempranamente

aminora la probabilidad de que la organización llegue a desviarse de sus propósitos originales. Al mismo tiempo revelan el hecho que, como las organizaciones están constituidas por relaciones humanas, el conflicto es inherente a ellas y se produce por expectativas contradictorias, situaciones de competencia, carencia de recursos, entre otros.

Según Taylor (Ibíd.), el conflicto se deriva, de una ineficiente administración de los recursos, ya que si éstos se administran en forma racional, la productividad aumenta exponencialmente, esto supone que los salarios de los empleados aumentan en la medida en que la productividad aumenta, con lo cual el conflicto no debería producirse, por lo tanto el conflicto es síntoma de un mal funcionamiento de la organización. Si aplicamos este criterio a los Servicios de Salud Pública, se puede decir que los salarios no tienen relación necesariamente con el nivel de exigencia establecido. Estos tiene su correspondencia con la categoría funcionaria (y por tanto las funciones que ello implica) y la antigüedad, de las y los trabajadores. La situación salarial de los trabajadores/as de la salud, es un tema que históricamente ha generado conflictos institucionales. Sin embargo, como ya se dijo anteriormente, los conflictos son inherentes al ser humano y a las organizaciones.

2.1 SATISFACCION LABORAL

Entendemos que la medicina cumple una función social, con obligaciones hacia la población usuaria. Del mismo modo, se desprende que el Estado tiene obligaciones hacia los/as profesionales de la salud, en el sentido de proveer lugares de trabajo adecuados. Por lo tanto, la implementación de la Reforma de Salud y del cambio de Modelo de Atención, requiere no sólo asegurar la atención a la población, sino también deben proporcionar las condiciones físicas, y de infraestructura dignas para que las y los funcionarios de la salud, desarrollen su trabajo en ambientes laborales saludables.

En este sentido el ambiente y las condiciones de trabajo, además de sus satisfactores, a saber: salarios, promociones y ascensos, relaciones con los compañeros de trabajo, con la jefatura y la producción, son considerados piezas fundamentales para el crecimiento y desarrollo de todo trabajador y por supuesto de todos aquellos que laboran en el área de la salud.

Ahora bien, si se considera que el trabajador/a ocupa la mayor parte de su vida adulta en algún empleo y la índole del mismo determina su nivel económico y de modo significativo su seguridad emocional y su felicidad, se puede comprender, entonces, la importancia de la satisfacción laboral. El trabajo es la fuente de ingresos, pero además proporciona un sentido de identidad, indica lo que somos, involucrando el sentido de autoestima y de pertenencia. Además, define en cada uno de los trabajadores/as su comportamiento laboral, el cual genera diferente impacto en cada sujeto, ocasionando expectativas laborales que se traducen en rendimiento y productividad. Por ende, la insatisfacción en el trabajo ocasionado por un inadecuado ambiente genera daños a la salud física y psíquica de las personas. (Parra y Paravic, 2002)

En relación a lo planteado, encontramos al autor Herzberg (citado por Parra y Paravic, *Ibíd.*) quien sugiere que la real satisfacción del hombre con su trabajo proviene del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera, el trabajador pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico. Esto dio pie para que a fines de los sesenta e inicio de los setenta se hiciera rápidamente popular el método de mejoras en el trabajo que consistía en enriquecerlo en sí, y así lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores, y por añadidura, su productividad.

La investigadoras Parra y Paravic (*Ibíd.*), continúan citando a Locke, quien por su parte, plantea que la insatisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador/a quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga lo que hace y que, a menor discrepancia entre lo que el trabajador/a quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción que obtenga en el desarrollo de su trabajo.

El mismo autor, después de revisar una serie de modelos causales y teorías que tenían relación con la satisfacción laboral, concluyó que ésta es el resultado en primer lugar de la apreciación que cada individuo tiene de su trabajo y la claridad de sus funciones; en segundo lugar, del conocimiento e importancia que se atribuye al valor de su trabajo, y en la medida en que éstos valores son congruentes, y le ayudan a satisfacer sus necesidades básicas, físicas o psicológicas, aumentará su satisfacción laboral. Entonces, la podemos definir como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, dicha actitud está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla respecto de su propio trabajo. Las actitudes son determinadas conjuntamente por las características actuales del puesto. Estos aspectos nos permitieron construir los ítems considerados en el cuestionario de satisfacción laboral aplicado, a través de preguntas apuntadas a indagar cuál es el nivel de satisfacción que confiesan con relación a tópicos tales como: las condiciones físicas del trabajo, los compañeros de trabajo, el reconocimiento obtenido por el trabajo bien hecho, con respecto al salario, etc., para esta autoevaluación, es fundamental tener en cuenta las percepciones que tiene el trabajador/a sobre lo que éstas "deberían ser".

Además de la actitud que presenta el trabajador frente a su función, son importantes, como dice Locke (Ibíd.) en el párrafo anterior, las condiciones en que este se desempeña, las relaciones interpersonales, en ámbitos tales como la relación con los pares así como con la jefatura; el sistema de recompensas, compuesto en general por el salario, la estabilidad laboral y las posibilidades de ascenso entre otras variables. Para esta investigación resultó necesario abarcar estos temas, y aquellos que tienen relación con el sistema de calificaciones, para comprender cómo el nuevo Modelo y la Reforma de Salud influyen en el nivel de satisfacción laboral.

Según el mismo autor, además, se pueden establecer dos tipos o niveles de análisis en lo que a satisfacción laboral se refiere: a) satisfacción General: como un indicador promedio de lo que puede sentir el trabajador frente a las distintas facetas de su trabajo y, b) Satisfacción por facetas, en grados mayor o menor de satisfacción frente a aspectos específicos de su trabajo: tales como el

reconocimiento, los beneficios, las condiciones del trabajo, a la supervisión recibida, a los compañeros del trabajo, y a las políticas de la empresa.

Otro aspecto a considerar en la satisfacción laboral es el perfil del trabajador/a según Mónica Márquez Pérez, Doctora en Psicología Organizacional, especialista en recursos humanos en Perú, señala que existen tres clases de características del empleado/a que afectan sus percepciones acerca del "debería ser" (lo que desea un empleado de su puesto) estas son: las necesidades, los valores y los rasgos personales. (Márquez, s/f).

Ahora bien, los tres aspectos de la situación de empleo que afectan a las percepciones del "debería ser" son: las comparaciones sociales con otros empleados, las características de empleos anteriores y los grupos de referencia. En tanto, las diferencias que se producen entre las distintas categorías funcionarias, en cuanto a sus roles y funciones entre otras características que implican, obviamente, diferenciación en cuanto a salarios y condiciones en las que ejercen su labor. Las diferenciaciones extremas pueden incidir de manera negativa, empeorando el clima laboral.

Otros autores sugieren que las características que influyen en la percepción de las condiciones actuales del puesto ejercido son: la retribución obtenida, las condiciones de trabajo, la supervisión, los compañeros de trabajo, el contenido del puesto, la seguridad en el empleo, y las oportunidades de progreso en él. (Parra y Paravic, op.cit) Aspectos que también incorporamos en nuestra investigación a través de las preguntas del cuestionario de satisfacción laboral.

Por otra parte, la satisfacción laboral está relacionada con el clima organizacional de la empresa o institución, entendido como el grupo de propiedades y características que describen el ambiente de trabajo de una organización y que influyen en la conducta o desempeño laboral de sus miembros, distinguiéndola de otras organizaciones. De acuerdo a los hallazgos, investigaciones y conocimientos acumulados Robbins, (1998) considera que, los principales factores que determinan la satisfacción laboral son el reto que implica el trabajo, un sistema de recompensas

justas, condiciones favorables de trabajo, colegas que brinden apoyo y adicionalmente, compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo.

En relación a estos factores, podemos resaltar, según sus estudios, que dentro de las características del puesto se identifica a la importancia de la naturaleza del trabajo mismo, como un aspecto determinante principal de la satisfacción laboral. Continuando con el trabajo aportado por Mónica Márquez quien cita a Hackman y Oldham, los que aplicaron un cuestionario llamado "Encuesta de Diagnóstico en el Puesto" a varios cientos de empleados que trabajaban en 62 puestos diferentes. A través de este instrumento se identificaron las siguientes cinco "dimensiones centrales" en cuanto a este tópico, estas son: (Márquez, *Ibíd.*)

- (a) **Variedad de habilidades:** que es el grado en el cual un puesto requiere de una variedad de diferentes actividades para ejecutar el trabajo, lo que representa el uso de diferentes habilidades y talentos por parte del empleado.
- (b) **Identidad de la tarea:** que es el grado en el cual el puesto requiere ejecutar una tarea o proceso desde el principio hasta el final con un resultado visible.
- (c) **Significación de la tarea:** que es el grado en que el puesto tiene un impacto sobre las vidas o el trabajo de otras personas en la organización inmediata o en el ambiente externo.
- (d) **Autonomía:** que representa el grado en el cual el puesto proporciona libertad, independencia y discreción características sustanciales para el empleado en la programación de su trabajo y la utilización de las herramientas necesarias para ello.
- (e) **Retroalimentación del puesto mismo:** correspondiente al grado en el cual el desempeño de las actividades de trabajo requeridas por el puesto, produce que el empleado obtenga información clara y directa acerca de la efectividad de su actuación.

En la misma dirección, Robbins (*op.cit.*) concluyó, que estas dimensiones bajo el enunciado de "reto del trabajo" están referidas a que los empleados tienden a preferir trabajos que les den oportunidad de usar sus habilidades, que les ofrezcan una variedad de tareas, libertad y retroalimentación respecto de cómo se están

desempeñando, de tal manera que un desafío moderado causa placer y satisfacción. Es por eso, que el enriquecimiento del puesto, a través de la expansión vertical del mismo, puede elevar la satisfacción laboral ya que se incrementa la libertad, la independencia, la variedad de tareas y la retroalimentación de su propia actuación. Estas dimensiones mencionadas por Robbins, resultan de gran importancia a la hora de analizar el clima organizacional de una institución. Todas ellas se relacionan entre si y con el bienestar de los funcionarios/as.

2.2 SISTEMAS DE RECOMPENSAS JUSTAS

En este punto los autores antes citados, se refirieron al sistema de salarios y políticas de ascensos dentro de la organización. Este sistema debe ser percibido como justo por parte de los empleados/as para que se sientan satisfechos con el mismo, no debe permitir ambigüedades y debe estar acorde con sus expectativas. En la percepción de justicia influyen la comparación social, las demandas del trabajo en sí y las habilidades del individuo y los estándares de salario de la comunidad en la que viven. Si queremos referir estos conceptos al Sistema de Salud Pública en Chile, encontramos que la modalidad de salarios y políticas de ascensos son más bien rígidas, y no permiten las posibilidades de movilidad laboral que se dan en la empresa privada. (Ibíd.) Ver Anexo N°5, Cuadro Resumen de Carrera Funcionaria, año 2006, que muestra los Salarios mínimos otorgados por la Ley 19.429, a las y los funcionarios de salud de la Atención Primaria.

2.3 SATISFACCIÓN CON EL SALARIO

Los sueldos o salarios, incentivos y gratificaciones son la compensación que los empleados reciben a cambio de su labor. La administración del departamento de personal, a través de esta actividad vital, garantiza la satisfacción de los empleados, lo que a su vez ayuda a la organización a obtener, mantener y retener una fuerza de trabajo productiva. Varios estudios han demostrado que la compensación inadecuada, es la característica que probablemente causa mayor insatisfacción en los empleados/as.

Las comparaciones sociales corrientes, dentro y fuera de la organización, son los principales factores que permiten al empleado/a establecer lo que "debería ser" con respecto a su salario versus lo que realmente percibe. Es muy importante recalcar que es la percepción de justicia por parte del empleado/a la que favorecerá su percepción de satisfacción. (Ibíd.)

2.4 SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA DE PROMOCIONES Y ASCENSOS

Las promociones o ascensos dan la oportunidad para el crecimiento personal, otorgando una mayor responsabilidad, incrementando el estatus social de la persona. En este rubro, también es importante la percepción de justicia que se tenga con respecto a la política que sigue la organización. Además, tener una percepción de que la política seguida por la institución es clara, justa y libre de ambigüedades favorecerá su nivel de satisfacción.

Los resultados de la falta de satisfacción, pueden afectar la productividad de la organización y producir un deterioro en la calidad del entorno laboral. Puede disminuir el desempeño, incrementar el nivel de quejas, el ausentismo el cambio de empleo.

2.5 CONDICIONES FAVORABLES DE TRABAJO

Hernández, M. (s/f) en su Diagnóstico de Satisfacción Laboral realizado en una empresa textil peruana, señala que a los empleados les interesa su ambiente de trabajo. Se interesan en que su ambiente de trabajo les permita el bienestar personal y les facilite tener un buen desempeño en su quehacer. Además, un ambiente físico cómodo y un adecuado diseño del lugar permitirán un mejor desempeño y favorecerán la satisfacción del empleado.

2.6 CULTURA ORGANIZACIONAL

Este es otro aspecto a considerar en la institución, y corresponde a todo ese sistema de valores y metas que es percibido por el trabajador y expresado a través del clima organizacional. Contribuye a proporcionar condiciones favorables de trabajo, siempre que se considere que las metas organizacionales y las personales no sean opuestas entre sí. En la cultura organizacional influyen otros factores tales como los que trataremos enseguida:

2.6.1 SATISFACCIÓN CON LA SUPERVISIÓN

El comportamiento del jefe es uno de los principales determinantes de la satisfacción. Si bien la relación no es simple, se ha llegado a la conclusión de que los empleados con líderes más tolerantes y considerados están más satisfechos que los que tienen líderes indiferentes, autoritarios u hostiles hacia los subordinados. Cabe resaltar sin embargo que los individuos difieren algo entre sí, en sus preferencias, respecto a la consideración del líder. Es probable que tener un líder que sea considerado y tolerante sea más importante para empleados con baja autoestima o que tengan puestos poco agradables para ellos o frustrantes (Márquez, s/f).

En lo que se refiere a la conducta de orientación a la tarea por parte del líder formal, tampoco hay una única respuesta, por ejemplo cuando los papeles son ambiguos, los trabajadores desean un supervisor o jefe que les aclare los requerimientos de su papel, y cuando por el contrario, las tareas están claramente definidas y se puede actuar completamente sin guía e instrucción frecuente, se preferirá un líder que no ejerza una supervisión estrecha. También cabe resaltar que cuando los trabajadores no están muy motivados y encuentran su trabajo desagradable, prefieren un líder que no los presione para mantener estándares altos de ejecución y/o desempeño. De manera general un jefe comprensivo, que brinde retroalimentación positiva, escuche las opiniones de los empleados y demuestre interés, permitirá una mayor satisfacción.

La satisfacción laboral también está relacionada con el tipo de liderazgo que es ejercido por el superior inmediato, pero también con aquellos supervisores que no se relacionan directamente con los trabajadores/as, pero que sí inciden en la consecución de sus labores, por lo tanto, el líder forma parte de la escala de satisfactores que influyen en la realización de un buen trabajo. La compatibilidad o habilidades necesarias para ejercer un determinado puesto de trabajo, están relacionadas directamente con el rol que debe ser desempeñado, y si no hay definición de perfiles específicos en cuanto a su rol, el sentido común, así como “él deber ser” influirán en su desempeño.

2.6.2 COLEGAS QUE BRINDEN APOYO

La gente obtiene del trabajo mucho más que simplemente dinero o logros tangibles. Para la mayoría de los empleados, el trabajo también cubre la necesidad de interacción social. No es de sorprender, por tanto, que el tener compañeros amigables y que brinden apoyo, lleve a una mayor satisfacción en el trabajo. (Márquez, s/f)

2.6.3 COMPATIBILIDAD ENTRE LA PERSONALIDAD Y EL PUESTO

Holland, (citado por Hernández (s/f)) ha trabajado e investigado en este sentido y los resultados de sus investigaciones, apuntan a la conclusión de que un alto acuerdo entre personalidad y ocupación dan como resultado más satisfacción, ya que las personas poseerían talentos y habilidades adecuados para cumplir con las demandas de sus trabajos, esto implica que el servicio público, y más específicamente la salud pública, debería contar con un perfil apropiado a cada uno de los cargos que requiere en su planta. Este es un tema conflictivo de abordar en la práctica. Las personas que tengan talentos adecuados a las funciones ejercidas, podrán lograr mejor desempeño y ser más exitosas en su trabajo lo que les generará una mayor satisfacción. También influyen el reconocimiento formal, la retroalimentación y los demás factores contingentes.

2.6.4 CONSECUENCIAS DE LA INSATISFACCIÓN LABORAL

La insatisfacción produce una baja en la eficiencia organizacional, puede expresarse además a través de las conductas de expresión, lealtad, negligencia, agresión o retiro. La frustración que siente un empleado insatisfecho puede llevarle a una conducta agresiva, la cual puede manifestarse en sabotaje, maledicencia o agresión directa. Esto se da en la práctica por ejemplo a través de los malos tratos de los funcionarios/as hacia los usuarios. En salud existen registros de estudios realizados los últimos años por el MINSAL en donde abundan las quejas hacia los funcionarios/as. (Hernández, op.cit.).

En enero del año 2001, en la Región Metropolitana, el Ministerio de Salud organizó un total de seis Jornadas Participativas denominadas “La Salud que Queremos para Chile”, contestaron la invitación 258 organizaciones sociales de Santiago (cabe señalar que sólo en la comuna de San Ramón existen registradas más de 2000 organizaciones sociales), entre otras cosas se intentó conocer sus opiniones y percepciones respecto de una serie de temas relacionados a la salud, resultando revelador que en cada uno de los 36 grupos que trabajaron este tema, en forma unánime, se hiciera alusión a la mala atención de los funcionarios/as de salud, considerando además que existe una gestión deficiente, y una infraestructura inadecuada en la mayoría de los consultorios de las comunas de Santiago. (MINSAL, 2001). A la luz de ese resultado, se podría hipotetizar además, que la insatisfacción de los funcionarios/as de los centros de salud de San Ramón, se reflejaría en la mala atención que entregan a los usuarios. También se podría inferir que los bajos salarios, así como las condiciones físicas deficientes y la conducción inadecuada de las jefaturas, entre otros aspectos, podrían estar incidiendo significativamente en la insatisfacción laboral de los funcionarios/as de salud, afectando con ello la atención a los usuarios de los Centros de Salud Familiar.

2.7 TRABAJADORES DE LA SALUD Y REFORMA DEL SECTOR SALUD

La atención de la salud requiere un uso intensivo de mano de obra y la calidad, eficiencia y equidad del servicio dependen directamente de la disposición de los trabajadores/as a abocarse a sus tareas. Aunque la disponibilidad de recursos y las competencias laborales son fundamentales, el desempeño de los trabajadores/as, también depende del nivel de motivación que los mueve a ir a trabajar regularmente, con diligencia, flexibilidad y con disposición a realizar las tareas requeridas. (Franco, et al, 2000)

Incluso en un entorno laboral estable, aquello que resulta motivador para cada trabajador/a fluctúa en el tiempo. En este sentido, la Reforma del sector salud agrega un factor extra de desestabilización al entorno laboral, debido a que implica cambios en las funciones y en las relaciones tanto intra como extra Centro de Salud. La Reforma de Salud es un esfuerzo por mejorar las políticas de salud pública, ello se traduce en nuevos programas, nuevas prácticas, modificación de las prioridades de atención, nuevas normativas, modificaciones en cuanto a la estructura institucional y a los planes de financiamiento. Requiere tantos y tan significativos cambios que obliga a un permanente estado de adaptación de los trabajadores/as hasta que el nuevo modelo se asiente.

Hay que reconocer también que los cambios, en el sector salud no han sido diseñados desde la perspectiva del trabajador/a, sino desde la del usuario, y las nuevas relaciones que se promueven, por ejemplo, entre el equipo de salud y la comunidad, podrían afectar su motivación pues son quienes deben llevar el mayor peso de lo que implica una nueva forma de relacionarse con su trabajo, con los usuarios y con el resto del equipo afectándose por ende, el clima laboral de los Centros de Salud.

2.8 CLIMA LABORAL

El concepto de clima en su dimensión o sentido psicosocial, se puede entender como:

“Conjunto de características objetivas de la organización, perdurables y fácilmente medibles, que distinguen una entidad laboral de otra. Son unos estilos de dirección, unas normas y medio ambiente fisiológico, unas finalidades y unos procesos de contraprestación. Aunque en su medida se hace intervenir la percepción individual, lo fundamental son unos índices de dichas características”. (Escart, s/f:1)

Se entiende también como el *“Conjunto de percepciones globales (constructo personal y psicológico) que el individuo tiene de la organización, reflejo de la interacción entre ambos, donde lo importante es cómo percibe un sujeto su entorno, sin tener en cuenta cómo lo perciben otros, por tanto, corresponde más a una dimensión del individuo que de la organización”. (Seisdedos, s/f: 77).*

Sin embargo, en nuestra opinión, éstas definiciones son demasiado largas y complejas, por eso la autora María Escat Cortés, en www.degerencia.com, que ha trabajado extensamente en el clima laboral propone claramente la siguiente definición:

“Aquellas percepciones de los profesionales sobre los comportamientos organizativos que afectan a su rendimiento en el trabajo”. (Escart, op.cit.)

La autora se está refiriendo concretamente a todos aquellos elementos relacionados con los procesos de gestión, ya sean formales o informales (soportados, por tanto por la cultura de la institución o empresa, en los procedimientos establecidos o en la interpretación y uso que de éstos hagan los líderes de los equipos) que influyen positiva o negativamente en el trabajo.

Con ello se deja fuera todos los elementos del entorno físico (ergonomía) porque no están causados por comportamientos organizativos. Se deja también fuera todos aquellos aspectos organizativos que influyen en el rendimiento de su “capital humano” a corto, mediano o largo plazo. Esta definición permite concretar el clima, y las mejoras que puedan suceder a su medición y análisis, en aquellos elementos que tienen al mismo tiempo interés para el profesional (mejoran su percepción sobre la organización) y para la institución (mejoran el rendimiento de sus equipos).

Para finalizar este punto, hay que establecer que existe una diferencia entre los conceptos cultura y clima laboral. Ambos conceptos inciden en el rendimiento profesional y ambos tienen su base en procesos y comportamientos comúnmente aprendidos, pero el clima tiene una “labilidad” que no tiene la cultura. El clima es el efecto que una cultura empresarial o institucional, filtrada a través del liderazgo, tiene en un momento determinado sobre los empleados. El clima tiene, así un carácter temporal mientras que la cultura posee un carácter más duradero. En el caso de esta investigación nos centraremos en las variaciones en cuanto al clima laboral producidas por la implementación de la Reforma de la Salud y el cambio de Modelo de Atención.

II PARTE
MARCO REFERENCIAL

Capítulo III

ANTECEDENTES GENERALES DE LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA

3.1 CONCEPTO DE SALUD

La Salud es el estado físico en el que el organismo ejerce normalmente sus funciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define a la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Esta definición es utópica, pues se estima que sólo entre el 10 y el 25 % de la población mundial se encuentra completamente sana. (<http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>)

Una definición más dinámica de salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo.

En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.

Como puede apreciarse, la definición de salud es compleja, siendo más útil conocer y analizar los determinantes o condicionantes de la salud. La salud en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad.

Desde este enfoque, el objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, higiene, vivienda, trabajo y en definitiva sus problemas económicos; mientras que en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

3.2 CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Una de estas actividades, pero no necesariamente la más importante, es el ejercido por la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial.

La salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población.

La salud pública obtiene sus conocimientos de prácticamente todas las ciencias, siendo su actividad multidisciplinaria y eminentemente social, cuyo objetivo es mantener y mejorar la salud de la toda la población.

3.3 ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN LA SALUD PÚBLICA

A mediados del siglo XVI Chile comienza a instaurar un incipiente sistema de Salud. Entre 1552 y 1886 se establecen los primeros recintos Hospitalarios e instituciones de atención de salud de orientación más bien filantrópicas o de beneficencia. En la medida que este sistema se fue complejizando, se establecieron normas de funcionamiento cuya administración asumió en 1892 el Consejo de Higiene Público. (Colegio Médico, s/f)

A partir de 1917 y hasta 1952 se produjo una reestructuración y maduración del sistema de salud, representándose en los siguientes hechos:

- 1917, se realiza el primer congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.
- 1924, creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Establecimiento del Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4054). La Caja de Seguro Obrero es destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.
- 1938, junto con varias leyes de protección laboral se dicta la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género en el ámbito internacional.
- 1942, creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubre al sector de empleados públicos y particulares.
- 1948, fundación del Colegio Médico de Chile. De aquí en adelante este Colegio profesional influirá fuertemente en la formulación de las políticas de Salud.
- 1952, creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), con lo que se inicia el predominio de la planificación central. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigente. Con menor cobertura a entidades previsionales y asistenciales en universidades, empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Mientras el sector privado genera una heterogénea situación de desarrollo.

A partir del año 1952 comienza un predominio de la planificación central que se desarrolla entre 1952 - 1973.

- 1964, a partir de este año se inician las reformas sociales que en salud significaron inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transforma en una

empresa estatal de 120.000 funcionarios cuya red asistencial alcanzaba una importante cobertura geográfica y poblacional.

Durante el periodo que comprende entre 1973 y 1990 se realizan profundos cambios en este sector, se impone el sistema económico neoliberal, transformaciones que llevará a cabo el gobierno dictatorial.

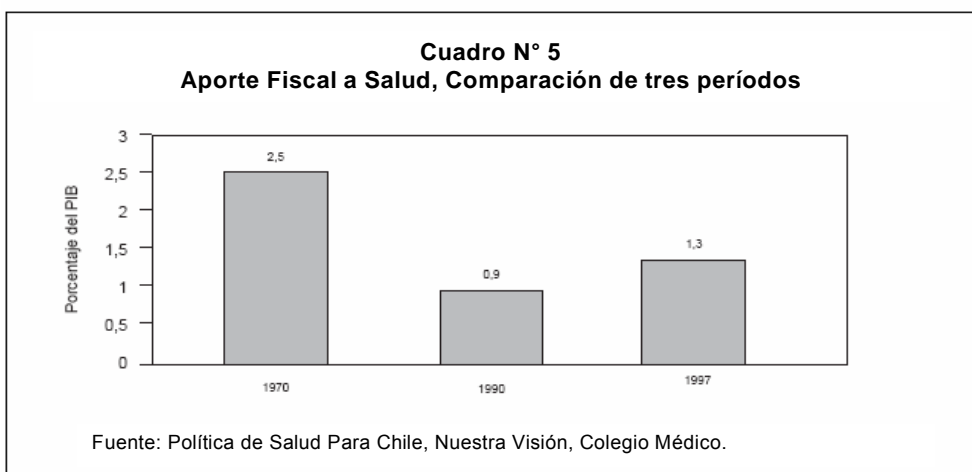
- 1979, se reestructura el sector estatal de salud, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el que rige actualmente (DL 276/1979). En la década de los ochenta, el modelo de atención que existía hasta entonces fue desmantelado y fragmentado con la irrupción de la política económica neoliberal; con ello se reduce el papel del Estado en su aporte financiero y administrativo, y se reforma el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) transformándose en Sistema Nacional de Servicios de Salud, DL 2763/1979 (S.N.S.S.), reduciéndose en tamaño y traspasando parte de la administración de los centros de atención primaria a los municipios. Junto con esto, surgen las ISAPREs, instituciones de salud previsional de origen privado, que vienen a reemplazar a las instituciones de protección de la salud como la Caja del Seguro Obrero y el SERMENA (Servicio Médico Nacional de Empleados) que cubría a los empleados públicos y particulares.
- Por otra parte en 1979, mediante el Decreto Ley 2.763, se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, creando el Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo este el continuador de las labores de administración y financiamiento que realizaban las instituciones antes mencionadas, para tales efectos se constituye en un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia. FONASA pasa a ser entonces la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área. (Pollack, 2002)

El cambio experimentado en esta área fue de tal magnitud e impacto en el Sistema de Salud Público, que hasta ahora se hace muy difícil poder brindar atención plena al sector de la población que sólo puede optar a la atención pública de salud, que constituye la mayoría de la población.

- Entre 1981 y 1986 se adoptan las iniciativas legales para crear las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En este mismo periodo con la aplicación del DFL 1-3.063, se concreta el traspaso de la administración de la mayoría de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades. (Colegio Medico, n/d)
- En 1985 con la ley de salud (DL 15.469), se fija el modelo de financiamiento, previsión y atención en salud basada en la libertad de elección entre alternativas públicas y privadas en la previsión y atención en salud.

Durante el período comprendido entre los años 1973-1980 se puede apreciar la aplicación de las reformas neoliberales impulsada por el gobierno militar, el rol del Estado pierde importancia, adquiriendo mayor relevancia el sector privado de la salud. La salud pasa a ser un bien transable, como otro bien de consumo cualquiera.

Este cuadro ratifica lo dicho anteriormente, en el se puede comparar el PIB en tres periodos distintos, 1970, 1990 y 1997. En 1990, se puede apreciar el estado en que se encontraba la salud con una inversión de sólo un 0.9%, mientras que en 1997 éste sube a 1.3%, inversión que se va incrementando hasta alcanzar un 2.8% en el año 2000. Sin embargo y a pesar del notorio incremento presupuestario, aún resulta insuficiente, dada la alta demanda que tiene el sector público en salud.



Desde 1990 en adelante, comienza a gestarse una profunda transformación en este sector, con el incremento en el gasto en salud (ver cuadro N°5), además de la creación de mecanismos de regulación como la Superintendencia de ISAPREs, unido a la construcción de nuevos hospitales y consultorios. Entre otras acciones, se pretende lograr un mejoramiento sustancial en esta área, aunque hay conciencia de que queda todavía mucho por hacer. Bajo esta visión y voluntad política, comienzan los primeros lineamientos que dan pie a esta tercera Reforma en salud, cuyo objetivo es, entre otros, garantizar la equidad en el acceso a la salud, además de orientar la atención a la prevención más que al ataque de las enfermedades. Todo esto, junto con el cambio conceptual de la noción de salud, que ya no se concibe sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar general, también se hace necesario e inevitable un cambio de conducta y de comportamiento de todos los actores que intervienen en la Reforma; es decir tanto de los usuarios en lo referente al conocimiento de sus deberes y derechos, así como de los prestadores y funcionarios que intervienen en esta relación.

3.4 PERÍODO DE GOBIERNOS DE LA CONCERTACIÓN 1990 EN ADELANTE

Durante los primeros seis años de gobierno de la Concertación, la actividad se basó principalmente en la administración del sistema de salud heredado, aunque además en el sector se realiza un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales. Posteriormente, comienza a estudiarse la implementación de un cambio en el sistema de Salud que dará origen a la Reforma de la Salud, puesta en marcha durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar.

Las reformas propuestas se basan en los siguientes aspectos:

- Implementación de políticas y planes nacionales, tanto económicos como sociales, tendientes a garantizar el acceso a la salud de toda la población independientemente de sus ingresos.
- Búsqueda de mejorías en la gestión del sector público de salud y la descentralización del Sistema.
- Resolución de la crisis del sector público de salud y establecimiento de un sistema de funcionamiento mixto, con regulaciones y normas públicas dirigidas al sector privado.
- Adaptación del sistema a las nuevas necesidades de salud de la población y resguardo de sus intereses en cuanto a garantizar el acceso al sistema.

A pesar de que los gobiernos de la Concertación toman como eje los criterios de equidad, participación y solidaridad, y ponen el acento en la intención de resguardar y garantizar el derecho a la salud de toda la población y especialmente de los sectores económicamente más vulnerables, aún se conservan resabios del sistema anterior tales como:

- Lo referente al régimen de prestaciones (ley de salud)
- La configuración legal-normativa del SNSS.
- El financiamiento fiscal al sistema público.
- El modo de administración municipal.
- La legislación de ISAPRE.

- La aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Protección efectiva contra el riesgo de enfermar y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

Los cambios en el Sistema de Salud desde el año 1991 en adelante, se relacionan con introducir nuevos criterios de trabajo tales como la descentralización, desburocratización, participación de la comunidad, coordinación intersectorial, etc. Dichas acciones fueron acentuando y evidenciando la necesidad de una profunda reforma al sistema de salud.

Este sistema de salud está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma.

En sus aspectos generales, los componentes o subsistemas del sistema global de salud pueden ser identificados en base a cuatro tipos de criterios:

- Grado de formalidad de la organización que puede ser de carácter formal, informal o tradicional.
- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixtos.
- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales.
- Fines de lucro: con y sin fines de lucro.

De aquí se puede concluir lo siguiente: el sector salud, está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y sector privado, lo que constituye un sistema mixto. El subsector público está representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por el SNSS en cuanto a la prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado está principalmente configurado por las ISAPREs y mutuales en el aspecto financiero previsional y por

los profesionales y los centros de asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud posee una amplia red a lo largo del país, con una orgánica propia, y como se dijo con anterioridad, en parte heredada del antiguo régimen, y en parte provista de las mejoras graduales que se han ido incorporando desde el advenimiento de los gobiernos democráticos, (la más importante de ellas es la Reforma de Salud) que será descrita más adelante.

3.5 SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS)

Organización institucional

La organización del SNSS (Sistema Nacional de Servicios de Salud) se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud y la Central de Abastecimiento. También participan de él todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

El Ministerio de Salud representa al Estado, resguardando el desarrollo de la salud nacional y garantizando el libre e igualitario acceso y fomento, protección, recuperación y rehabilitación de los enfermos. Dicta normas, formula planes y programas, se encarga de la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las actividades relacionadas con el estado de salud, esto abarca tanto a los organismos propios del sistema de salud, como a las otras instituciones del sector y se relaciona además con otros sectores públicos. En el ámbito regional, el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales, SEREMIS.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les competen. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de

personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 26 Servicios con asignación geográfica definida, más el Servicio de Salud Metropolitana del Ambiente.

Están estructurados internamente en relación a una Dirección de Servicio a la que corresponde la supervisión y coordinación de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales y Estaciones Médico Rurales.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es un servicio público descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud (DL 2763/1979) junto al SNSS. Sus funciones fueron reglamentadas por el D.S. 300/1986 del Ministerio de Salud. Es dependiente del Ministerio de Salud, y está encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a la salud, tanto en la modalidad institucional, como la modalidad libre elección.

3.6 ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DEL SNSS

Está constituida en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención, estos últimos, organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad.

Nivel Primario: Cuenta con un mínimo de complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales y en los Consultorios Generales Urbanos y Rurales. En ellos se ejecutan los Programas Básicos de Salud de las Personas. Dispone de medios simples de apoyo diagnóstico y terapéutico acorde a la atención que realizan. Su tipo de personal varía de acuerdo a las acciones de salud, población a atender y actividades a cumplir; abarca desde auxiliares rurales hasta equipos médicos generales y otro personal de colaboración.

Sus actividades fundamentalmente son Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación complementaria.

Nivel Secundario: Corresponde a un nivel de complejidad intermedia y cobertura media. Involucra tanto atención ambulatoria como hospitalizaciones en establecimientos hospitalarios, y atiende generalmente por derivación. La atención ambulatoria se realiza en una unidad de apoyo (consultorio adosado) a dicho establecimiento.

Sus recursos son más complejos, existe mayor apoyo profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de medios para diagnóstico y atención terapéutica.

Nivel Terciario: De alta complejidad y menor cobertura. Destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan en capacidad resolutive a los dos niveles anteriores, constituyéndose en referentes para derivaciones tanto regionales como interregionales y nacionales. Realiza tanto atenciones ambulatorias en el consultorio adosado, como servicios de hospitalización. Sus recursos terapéuticos son de mayor complejidad técnica y su personal es de alta especialización. En caso de necesidad de la población también realizan atención de nivel secundario.

Existen otros centros de atención de salud independientes del SNSS destinados a atender a su personal y cargas familiares, de atención abierta y cerrada, tales como: los establecimientos de la Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo, Universidad de Chile, etc.

3.7 RECURSOS ASISTENCIALES DEL SNSS:

Cuenta en todo el país con 197 establecimientos hospitalarios, esto incluye nueve hospitales delegados, tiene además un total de 376 consultorios de los cuales 230 son generales urbanos (15 de ellos pertenecen al SNSS), 146 son consultorios generales rurales y tiene además 1.102 postas rurales distribuidos a lo largo del país.

La región metropolitana cuenta con 25 hospitales, 3 postas rurales, 27 Cosam, 56 SAPU y 141 Centros de Atención Primaria que se dividen en 106 consultorios, 18 Centros de Salud Familiar y 16 Centros Comunitarios de Salud Familiar.

En la Comuna de San Ramón, lugar donde se efectuó este estudio, existen dos Centros de Salud, un Cosam, un SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia), un SUC (Servicio de Urgencia Comunal), también dentro del territorio de esta comuna se encuentra el Hospital Padre Hurtado que no es de dependencia municipal.

3.8 SISTEMAS PREVISIONALES DE SALUD.

Estos se apoyan en el Régimen de Seguro de Salud, y en el Régimen de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744).

El seguro de salud es financiado con un 7% del salario del trabajador más un 2% adicional opcional aportado por el empleador, para los trabajadores afiliados a las ISAPREs. Este 7% puede ir tanto a las ISAPREs como a FONASA.

3.8.1 Fondo Nacional De Salud (Fonasa)

Es un servicio público de funcionamiento descentralizado dependiente del Ministerio de Salud creado en 1979 (DL 2763) junto al SNSS. Esta institución debe ajustarse a las normas y políticas dictadas por el Ministerio. Es la entidad encargada de recaudar administrar y distribuir los recursos destinados a la salud. Sus beneficiarios pueden recurrir tanto a proveedores públicos como privados, adscritos al sistema, debido a la modalidad de libre elección imperante.

3.8.2 Sistemas Previsionales Privados:

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), cuyo objetivo es el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados o clientes de libre elección (DFL N°3/1981).

3.9 LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE LA SALUD

En 1980 se dicta el DFL. N°1/3063 que permite el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la Administración Municipal. Entre los años 1981 y 1988 se lleva a cabo este proceso, quedando en manos de los municipios la mayoría de los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El proceso de municipalización se enmarca en la concepción de descentralización del Estado como una de las estrategias para la reforma del Sistema de Salud Público. Los municipios están a cargo de la administración de los centros de nivel primario de atención, de complejidad asistencial más simple. El nivel primario también está provisto de un sector ambulatorio de Hospitales del SNSS, en los consultorios adosados a hospitales generales de tipo 3 y 4 y algunos hospitales de tipo 2 (la clasificación de hospitales está determinado por el número de camas disponibles; función docente, o sea el número de residentes de especialidades, por cama y cantidad de equipamientos de alta tecnología).

Objetivos de la administración municipal de salud: (Colegio Médico, s/f).

- Descentralizar al máximo la ejecución de salud; llevándolas al nivel comunal.
- Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS
- Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
- Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura.
- Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y
- Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, trabajo y saneamiento ambiental.

3.9.1 La Gestión de Administración Municipal de Salud.

Los establecimientos son administrados sobre la base de convenios entre el Servicio de Salud y Municipalidades y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. Este procedimiento está normado y en él se incluyen las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento.

La municipalidad cuenta con autonomía para administrar los recursos que se le asignan, sometiéndose a la supervisión técnica de la autoridad en Salud. Cada municipalidad debe ofrecer atención ambulatoria orientada a prevenir, fomentar, recuperar y rehabilitar a la población enferma y al ambiente. Es obligación de cada municipalidad contratar el personal adecuado y necesario para cumplir con las obligaciones asistenciales asumidas.

El establecimiento de salud municipal debe ofrecer una atención “integral” al tratarse de una patología simple, y debe derivar a las patologías más complejas hacia los centros del Servicio de Salud, para ello, ambas entidades deben estar coordinadas en forma expedita para derivar y contra derivar a los pacientes.

3.9.2 Financiamiento de la Administración Municipal

El financiamiento se realiza a través de aportes desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y aportes ministeriales a los municipios, con un techo de contención de costos llamado FAPEM (Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales). Además de involucrar movilización de recursos desde las propias Municipalidades (con cargo a sus fondos generales, de ingresos propios o de las transferencias del fondo común municipal). Sin embargo todos estos fondos no bastan para atender a la población que tienen a su cargo.

3.9.3 Financiamiento Global de la Salud

El financiamiento global de la salud es de una complejidad y heterogeneidad difícil de estimar, debido a las múltiples fuentes de aportes directos e indirectos puestos por el Estado y otras entidades para la mantención de esta área del quehacer público, sin embargo dentro de esto se puede decir que las principales fuentes de financiamiento son las siguientes:

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria de los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario), en virtud del régimen de salud.
- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPREs (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a ISAPREs.
- Donaciones y contribuciones de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El co-pago de bienes y servicios de salud por medio de los bonos, según aranceles fijados a ISAPREs y FONASA y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

3.9.4 Los Ingresos del Sector Público de Salud

Los ingresos del sector salud se encuentran estipulados en el presupuesto nacional y provienen principalmente del aporte fiscal y transferencias de aportes previsionales en salud.

Para la implementación de la Reforma de Salud se aumentó en un punto el Impuesto al Valor Agregado (IVA). Se incrementó desde un 18% a un 19%, estos fondos recolectados fueron destinados a la Agenda Social del Gobierno: Chile Solidario y a la Reforma de Salud.

3.9.5 El Gasto Público en Salud

El gasto público en salud esta inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno, proveniente de fondos fiscales asignados del presupuesto nacional a los sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

3.10 LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud de un país constituye un importante indicador de desarrollo en tanto tiene que ver con el nivel de bienestar biológico, psicológico y social de las personas. El nivel de salud de la población esta relacionado con el nivel de educación, ingresos, vivienda y capital social de las personas.

Este Sistema de Salud debe ser capaz de garantizar el acceso a la salud de todas las personas y en especial del sector más desposeído, en este sentido debe resguardar la equidad. La Reforma de nuestro Sistema de Salud se basa en un conjunto de valores de amplio consenso ciudadano, éstos son: la equidad en el acceso a la salud; la eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

El modelo de salud aplicado hasta ahora por las razones ya expuestas, ha sido insuficiente para garantizar la atención integral de las personas por lo que se hizo necesario cambiarlo. Los factores que hacen urgente la necesidad, son sucintamente los siguientes: (Ministerio de Salud, 1997)

1. **Cambio en el modelo económico:** en el sistema económico neoliberal la salud es un bien de consumo más, con acceso limitado, frente a un sector de salud pública cada vez más reducido. Junto con esto las enfermedades, los tratamientos y los medicamentos se hacen cada vez tecnológicamente más complejos y más costosos.
2. **El cambio demográfico:** Chile se encuentra hoy en una etapa intermedia, porque a pesar de contar con una población predominantemente infantil y juvenil, el promedio de vida se prolonga, aumentando la población senescente con una mayor expectativa de vida, lo que redundo en una alta prevalencia de enfermedades propias de la edad avanzada.
3. **El cambio epidemiológico:** de las enfermedades infecciosas con alta mortalidad materno-infantil pasamos a las enfermedades crónicas propias de los países desarrollados (hipertensión, diabetes, cáncer, salud mental, patologías derivadas de accidentes).
4. **Avances tecnológicos que es necesario incorporar e implementar:** El avanzado estado de la investigación científica mundial en salud da origen a nuevas respuestas en cuanto a tratamientos, tecnologías y medicamentos para dar atención a las enfermedades ya existentes. Además, clarifica las causas reclasificándolas.
5. Que este **Sistema de salud se demuestra obsoleto**, dado que es heredado de mediados del siglo pasado, ya no da respuesta a las enfermedades emergentes. El modelo biomédico, presenta limitaciones que le impiden abarcar el fenómeno salud- enfermedad en su totalidad, por lo cual se requiere hacer los ajustes necesarios para garantizar un mejor acceso a la salud y una mayor equidad para los sectores sociales más pobres y desprotegidos.
6. El problema que se produce debido a las **largas listas de espera**, que es necesario regular y descongestionar, con una administración más adecuada sin poner en riesgo la definición del rol social del Sistema Público. El sistema se

hace insuficiente para absorber y solucionar en forma oportuna los problemas de la población a su cargo.

3.10.1 Situación Epidemiológica

Dentro del cambio epidemiológico del país son fuertemente gravitantes los problemas de salud mental, en parte porque hay mayor conciencia de este tipo de problema, y en parte porque hay más divulgación, todo esto agravado por el tipo de sociedad en que vivimos. Al respecto el MINSAL señala que *“Encuestas sobre morbilidad mental muestran que sólo un 40% de la población está libre de ellas; otro 40% presenta síntomas leves relacionados fundamentalmente con el estrés, y el 20% restante manifiesta problemas más graves como abuso de drogas, disfunciones sexuales, neurosis, desordenes, de personalidad y psicosis entre otros. Se estima que el 70% de los chilenos consume alcohol, los bebedores excesivos alcanzan al 10% de los adultos del sexo masculino, y los adictos al 5%. El consumo de tabaco llega al 45% de la población adulta urbana”*. (Ministerio de Salud, 1997:34)

Otros problemas relevantes en este nuevo perfil epidemiológico son la salud bucal que es un problema muy frecuente, ya que más del 90% de las personas tienen caries dentales, además de que la gingivitis afecta al 95% de los escolares y el 64% de la población mayor de 14 sufre de maloclusión y anomalías bucomaxilofacial. En consecuencia, el 72% de la población tiene mutilado su aparato masticatorio con un promedio de 7 piezas dentarias perdidas en los mayores de 15 años.

La discapacidad mental y física que alcanza a un 10% de la población, cuya magnitud hace necesaria la intervención del Sistema de Salud, y de una acción interdisciplinaria, para facilitar el desplazamiento e integración de las personas discapacitadas.

La Salud Ambiental, que se manifiesta en situaciones tales como el inadecuado abastecimiento de agua potable; la inadecuada disposición de residuos sólidos en localidades medias y pequeñas; el déficit de viviendas y la mala calidad de éstas; la

presencia de reservorios de agentes patógenos; deficiencias en la calidad sanitaria de los alimentos; condiciones inseguras en la actividad laboral; contaminación de aguas superficiales y profundas con residuos líquidos, industriales y mineros; presencia de aguas servidas, pesticidas y plaguicidas; la contaminación atmosférica que varía según la actividad y los procesos productivos que la ocasionan y la contaminación acústica presente mayoritariamente en los grandes centros urbanos y ambientes laborales, entre otros.

Son todos estos ámbitos, los que hicieron necesario acelerar la introducción de la Reforma de la Salud en Chile.

3.10.2. Primeros Antecedentes de la Reforma de Salud

Basado en estos antecedentes diagnósticos recién mencionados, en 1993, se comienza con el lema “Una Política de Salud para Chile”, de este modo se reconocen los primeros antecedentes que considera la Reforma, a partir de éstos se elaboran los primeros lineamientos dirigidos a la reformulación del Modelo de Atención enfatizando su interés prioritario en la Atención Primaria y en la adecuada reorganización del Sistema de Servicios de Salud. (Colegio Médico de Chile A.G., 2003). El 21 de mayo de 2002, el presidente Lagos anuncia una profunda reforma al sistema de salud en Chile.

Para el año 2006, el sector salud consigue el más alto presupuesto en relación con otros ministerios, con una asignación de \$180 mil millones de pesos, destinados a incrementar el Plan AUGE y sus 15 nuevas patologías, a la construcción de nuevos consultorios, la compra de equipos de última generación y al incremento de dineros en la Salud Primaria.

La Reforma está orientada a promover una mayor conciencia de los derechos y obligaciones de todos los actores involucrados en este intercambio, además de estar dirigida a una mayor promoción y prevención en la salud, de manera de lograr una optimización de los recursos de todo tipo. La Reforma de la Salud se ha propuesto los siguientes objetivos:

- “Favorecer la integración de los subsistemas públicos y privado bajo una lógica común, que utilice como eje, ordenando las reales necesidades y expectativas de sus usuarios”.
- “Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población también acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos, y menores (y que les significa planes más caros y/o menor protección en el Sistema ISAPRE).”
- “Adecuar el Modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población (más envejecida y afecta a enfermedades crónicas y degenerativas), las tecnologías disponibles y la evidencia científica”.
- “Aumentar la seguridad y confianza de las personas en el Sistema de Salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado”.
- “Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos: una Autoridad Sanitaria fuerte en sus potestades de conducción política y regulación: un FONASA responsable de garantizar a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y lo humano.” (Min. Sec. Gral. De la Presidencia, 2005:1)

Además, otro factor gravitante en esta necesidad de cambio, es la heterogeneidad de nuestro territorio y cómo influye esta condición en la salud de las personas. La diversidad de climas, culturas, perfiles de daño, grados de organización, y accesibilidad a bienes y servicios es otra razón para descentralizar la atención y dar cabida al desarrollo de políticas adecuadas a la realidad de cada región.

En la práctica, la forma en que se materializó esta Reforma, requirió la aprobación de cinco proyectos de ley para dar cuerpo a los cambios. La Reforma de Salud Pública además actúa sobre todos los elementos que conforman el Sistema de Salud Pública.

Los cinco proyectos de ley son los referentes a:

- **Financiamiento:** con la ya mencionada alza de un punto en el IVA y otros impuestos específicos para el financiamiento de proyectos sociales como el Plan AUGE y el Chile Solidario.
- **Autoridad Sanitaria y Gestión:** que otorga mayor poder de regulación y fiscalización a organismos especializados dentro de Ministerio de Salud y que crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, tales como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
- **La Ley “Corta” de ISAPREs:** que busca evitar la desprotección en que los usuarios podrían quedar frente a la eventual quiebra de estas instituciones, tomándose en cuenta como antecedente para esto la quiebra de la ISAPRE Vida Plena, para prevenirlo, la ley de ISAPRE se dividió en dos partes tramitándose con suma urgencia la referente a este tipo de situaciones, mientras que la segunda parte de la ley está aún en estudio.
- **Régimen de Garantía en Salud:** que establece, entre otras materias: (a) un plan de Salud obligatorio para el FONASA y las ISAPRE (el Régimen de Garantía o Plan AUGE), consistente en la confirmación diagnóstica, acompañada de la aplicación de tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades, priorizadas por su alto impacto sanitario y social. Para las prestaciones asociadas se definen, además, garantías explícitas y exigibles de acceso, así como oportunidad, calidad y cobertura financiera; y (b) Financiamiento público para las personas carentes de ingresos o indigentes.

- Derechos y deberes: Consagra como derecho de las personas frente a cualquier prestador el trato digno, la compañía y la asistencia espiritual, la información, la reserva de ficha clínica y la decisión informada. Y también, promueve una mayor responsabilidad en el cuidado de la propia salud así como en la colaboración con el equipo tratante. (Min. Sec. Gral de la Presidencia. 2005)

3.10.3 LA PUESTA EN MARCHA DE LA REFORMA DE SALUD

En este contexto, como parte de los actores centrales de la Reforma encontramos a los funcionarios/as que trabajan en el Sistema de Salud, involucrados directamente en este proceso, para ellos/as el cambio también se constituye en un desafío, debido a que implica reaprender la forma de relacionarse con su entorno (usuarios y otros estamentos profesionales involucrados) y con su trabajo

Desde el 1 de agosto del año 2002, FONASA en un plan piloto comienza a proporcionar algunas garantías del Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas, que desde el año 2006 pasa a llamarse Garantías Explícitas en Salud; GES) a sus beneficiarios, plan que es uno de los pilares fundamentales de la Reforma de Salud.

Otras iniciativas que se han implementado en la Atención Primaria para favorecer el mejor desarrollo de la Red Asistencial son: Línea 800 para la entrega de horas telefónicas; refuerzo en la capacidad de atención y de resolución oportuna de los problemas de salud con la construcción y habilitación de nuevos consultorios; extensión horaria vespertina y en día sábado; incorporación de nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y de salas IRA y ERA para el tratamiento de enfermedades respiratorias en niños y adultos; más prestaciones de especialidades ambulatorias como cirugías menores; fortalecimiento de Programas Especializados orientados a la solución de problemas emergentes como Depresión y Cuidados Domiciliarios.

Además, en atención secundaria y terciaria se han puesto en marcha nuevos hospitales y centros de especialidades ambulatorias (**CDT, CRS**), y se ha invertido en recuperar y modernizar los ya existentes. También se ha mejorado la gestión sanitaria y financiera, así como el trato a los usuarios. Por otra parte se ha optimizado el gasto y la planificación presupuestaria. En cuanto a los funcionarios: se ha fortalecido el desarrollo de un sistema de capacitación integrado, participativo y multidisciplinario; junto con la ejecución de programas para mejorar las condiciones laborales; además de ofrecer una mayor cobertura de las Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (**OIRS**) en los establecimientos públicos; de dar cuentas públicas de gestión en los servicios de salud y hospitales de mayor complejidad; y simultáneamente se han incorporado herramientas informáticas para una mejor coordinación dentro de la red asistencial. (Ibíd.)

Capítulo IV

PROCESO DE CAMBIO DE MODELO DE SALUD

En este apartado, revisaremos sólo aquellos aspectos relevantes del cambio de Modelo de Salud, para situarnos en el contexto en el cual se desarrolla este proceso. Comenzaremos precisando que la situación de salud en Chile ha cambiado, la transición demográfica, la incorporación de la mujer al mundo laboral y la relación que ella establece con los Centros de Salud, el desarrollo social del país y nuestras características demográficas son entre otros los factores revisados.

El cambio de estrategia implica transitar desde una concepción biomédica a otra biopsicosocial, puesto que en el contexto actual, el anterior enfoque termina siendo reduccionista y desintegrador en el sentido que ve al individuo separado en múltiples especialidades. El modelo biopsicosocial en cambio, responde de mejor manera a las necesidades actuales de la población, y a la luz de este nuevo modelo, la salud se ve como un fenómeno integral, multifactorial e interdisciplinario. Es en este contexto que el trabajo en equipo se transforma en una necesidad, ya no sólo desde el punto de vista del funcionamiento administrativo de la organización, sino del cumplimiento de la misión y objetivos de los Centros de Salud. Es por ello que requiere identificar a todos sus miembros con la institución, valorando su contribución desde el quehacer donde se sitúen, no importando el lugar que ocupen en la escala jerárquica laboral.

Esta propuesta se sustenta teóricamente en el modelo biopsicosocial que explicamos brevemente a continuación:

4.1 EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial ve a la persona integralmente, e inserto en el medio ecológico que consta de familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente, contempla todo el ciclo vital de la persona, lo que implica que la oferta asistencial debe estar en condiciones de responder a todas las etapas de la vida. En el antiguo modelo se encontraban insatisfechas o con escasa cobertura, etapas como las de la escolaridad, adolescencia y vejez. Acorde con este modelo, los programas se deben ajustar a cada tipo de necesidad etarea.

Los consultorios de Atención Primaria fueron pensados a partir de la concepción biomédica, o sea, su función consistía en prevenir, recuperar y rehabilitar las enfermedades que afectan a la población que tienen a su cargo. Labor realizada en muy precarias condiciones.

Hoy los Centros de Salud se constituyen en uno de los pilares más importantes en la Atención Primaria. La propuesta del nuevo modelo en Atención Primaria, está centrada en la persona. Desde esta perspectiva, el sujeto es responsable de su propio cuidado, y se lo considera en la salud y la enfermedad, entendiendo estos estados en un equilibrio dinámico, sobre los cuales se debe intervenir, en beneficio de la salud.

El antiguo modelo de atención de salud se define a partir de la relación que se establece entre el profesional y una persona en torno a una enfermedad. En este contexto, el médico representa la autoridad sobre el tema vital del individuo. Y dado que se encuentra enfermo, las decisiones las toma el primero, mientras que al “paciente”, le corresponde acatar estas decisiones. El nuevo modelo, parte de la base de que, si bien, el profesional domina un amplio conocimiento del proceso salud-enfermedad, el “usuario” conoce mejor que nadie sus circunstancias personales, familiares y ambientales, posee valores y creencias, que deben ser considerados a la hora de la intervención puesto que ellas influyen muy significativamente en su proceso de salud. En este sentido, las responsabilidades por el cuidado de la salud son compartidas entre los profesionales y los solicitantes.

El cambio de paradigma en la salud implica, como puede apreciarse, un cambio cultural en la forma de la atención y ciertamente un cambio en todas las unidades de trabajo que componen los Centros de Atención en tanto son las responsables de velar por la salud de la población, acogiendo a las personas e instándolas a participar activamente en su sector, interactuando con ellas en espacios especialmente creados para este fin. Es decir, que este cambio supone e incentiva una nueva relación usuario-equipo de salud en la que los usuarios resultan empoderados.

4.2 CAMBIO DE CONSULTORIO A CENTRO DE SALUD

Como ya decíamos, la nueva orientación estratégica de los Centros de Salud es predominantemente comunitaria y participativa, cada usuario es comprendido como parte de un grupo social, que comparte sus riesgos y responsabilidades, de esta manera, la forma de enfrentar la atención, debe involucrar a las comunidades a la que pertenecen, a la familia en primera instancia y luego a la escuela o al trabajo como parte de su cotidianidad. Sin duda que esta nueva visión constituye una exigencia mayor para los equipos de salud, pero también se espera que ella presente una mayor eficiencia en aquellos problemas propios de la comunidad como los riesgos ambientales o las enfermedades contagiosas, frente a los cuales el centro de salud puede resultar actualmente, dados sus recursos, claramente insuficiente.

Desde este nuevo enfoque se reconoce que las comunidades cuentan con recursos y capacidades que enriquecen las acciones de cuidado y promoción de la salud, por lo que resulta necesario abrir espacios de participación comunitaria, para complementar así, de la mejor forma posible, las capacidades de los diferentes actores implicados en la salud de la comunidad. Con este enfoque se confía en que muchos de los problemas más complejos puedan ser enfrentados eficientemente mediante la participación comunitaria y el trabajo intersectorial.

Desde la perspectiva de la accesibilidad y la demanda, éstas deben ser acciones compartidas entre personas, comunidad y equipo de salud por lo que la demanda ya no sólo es un problema que debe afrontar el Centro de Salud. La comunidad y las personas que la componen, deben demandar en forma adecuada por lo que requiere ser educada en prevención y promoción de la salud. Para ello resulta necesario incentivar y educar en el uso adecuado del sistema de atención en salud, de este modo, la accesibilidad se define no sólo como una respuesta a la demanda, sino como una característica relacionada con la resolutivez, oportunidad y costo/efectividad de la atención.

La responsabilidad no se agota en la respuesta a la demanda, el Centro de Salud debe tener una actitud proactiva, para enfrentar de mejor manera los problemas de salud con el territorio en donde está situado. Para ello se deben desarrollar e implementar acciones de promoción, prevención y fomento, reclutando a otros actores como son la comunidad y los pertenecientes a otras áreas del quehacer público y privado, fomentando el trabajo intersectorial, lo que resulta gravitante para el cumplimiento de los objetivos trazados, de esta manera, dicho centro pasa a formar parte de una red, la cual, abarcaría no sólo los problemas tradicionalmente comprendidos como propios de la salud, sino que también todos aquellos que tienen que ver con la calidad de vida de las personas.

Así el Centro de Salud, juega un papel activo en la interacción con el resto de las instituciones y las personas que viven y forman parte del espacio local. El Centro de Salud además, debe estar vinculado de forma permanente a los demás integrantes del espacio local, conformando una relación multidireccional, en la que el centro aporta sus propios recursos desde la perspectiva del desarrollo local. Este nuevo rol traspasa los límites específicos del quehacer en salud

Un centro de salud urbano, idealmente debe cubrir a una población de entre 20.000 a 40.000 habitantes y su límite geográfico no debe exceder a una distancia de media hora de camino, además debe permitir el mejor acceso de la población a él, a través, de los medios de movilización existentes.

En cuanto a la resolutive y la eficacia éstas deben estar dadas por una mejor capacidad diagnóstica y un mejor manejo de la Atención Primaria de acuerdo a la realidad local. Para lograrlo, se requiere del traspaso de la tecnología sanitaria necesaria y de la coordinación efectiva con los distintos ámbitos de la atención de la red de salud.

Por otro lado, cuando se habla de efectividad se refiere también al ámbito de la promoción, prevención de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad, siendo un concepto que también se le debe aplicar al propio equipo de salud y a cada uno de sus miembros, maximizando así la utilización de los recursos, valga la redundancia, al máximo, de sus potencialidades y capacidades. Sin embargo, la efectividad no se agota en el Centro de Salud, si no que debe traspasar dicho contexto y llegar a toda la red de atención. Del mismo modo, es necesario adecuar también los criterios de evaluación que se apliquen en estos centros, los que deberían estar orientados a la obtención de resultados.

El equipo de salud en su totalidad, es el responsable principal de implementar el cambio de Modelo de Atención propuesto, por lo tanto, debe reunir condiciones que faciliten el enfoque descrito. Cada equipo incluye profesionales y técnicos del área de la salud, con una porción de población asignada a él, que se denomina funcional, considerando la óptima relación médico/ paciente, enfermera/ paciente, etc.

El equipo de salud se transforma en un elemento esencial para la gestión del servicio, facilitando el enfoque interdisciplinario. La relación entre el equipo de salud, los usuarios, y la comunidad se personaliza facilitando la participación, el trabajo en redes y sobre todo, la confianza necesaria para que se den estas interrelaciones, lo que también permite intervenir la realidad local. (Peñaloza et al. 2001). Para cumplir exitosamente con estos propósitos, los equipos de salud deben contar con la capacitación necesaria para enfrentar este cambio, que en cierto modo y como ya dijimos, implica un cambio de cultural laboral, una manera distinta de enfrentar la atención de la salud del paciente.

4.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR

Para asumir este desafío debe existir una voluntad política que no sólo implica un enfoque teórico distinto, sino también, un cambio desde el punto de vista cultural, político y organizacional. En este sentido, consideramos que todo cambio conlleva resistencias y genera nuevas demandas, las que sólo pueden ser asumidas desde la percepción y el convencimiento, de que este cambio tendrá como resultado una mejoría del sistema y por lo tanto de la situación de todos los actores involucrados en él. Los cambios propuestos buscan elevar la calidad de los servicios de salud, lo que necesariamente implica más y nuevos recursos. Existe la posibilidad y es un deber optimizar los recursos ya existentes, sin embargo, como hemos intentado explicar en estos capítulos, los objetivos de la Reforma de Salud evidencian claramente la necesidad de nuevos recursos tanto humanos como materiales y también de la adecuación de los que ya son parte del sistema y es aquí precisamente, donde ubicamos el problema que dio origen a esta investigación, para la cual nos hemos situado en la comuna de San Ramón.

A la luz de los cambios que están sucediendo en esta comuna, podemos decir que se está asumiendo este gran desafío del cambio, aun cuando, esto implica encontrarse con todas las dificultades anteriormente mencionadas. En la página 13 del Plan Comunal de Salud de la comuna para el año 2005, identifican claramente su intención de *“Entregar a nuestros usuarios atenciones en salud con enfoque biopsicosocial, implementando el modelo de salud familiar, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad...”*. (Municipalidad de San Ramón, 2005: 13)

Los cambios referidos, dada su magnitud, deben ser liderados por los equipos directivos de los Centros de Salud. Son ellos quienes deben permitir, convocar y conducir este proceso, para lo cual se requiere de especialistas dispuestos a llevar a cabo esta misión, con conocimientos profundos de la Reforma de Salud, con una perspectiva de continuidad en el tiempo y con un fuerte compromiso.

Otro aspecto importante a considerar para implementar la Reforma, se refiere a la infraestructura del Centro de Salud, la que debiese estar centrada en el usuario, debido a que ésta influye directamente en la calidad del servicio que presta el centro de atención. Hay que considerar además que este nuevo modelo implica la realización de nuevas actividades como por ejemplo, que el equipo planifique acciones de salud en conjunto con la comunidad, por lo que se requiere que los centros ya existentes cuenten al menos con salas o espacios para realizar trabajos grupales y que posibiliten la reunión del conjunto de los miembros del equipo.

El equipo de salud debe ser claramente identificable por la comunidad, además de estar en un espacio físico adecuado para su funcionamiento. La composición de estos equipos debe definirse en el ámbito local, tomando en cuenta las necesidades específicas de la comunidad, y sus objetivos particulares en el contexto de la salud.

Con respecto al tamaño de la población a cargo, se espera que cada centro deba abarcar alrededor de 20.000 personas. De esta cifra se desprende que, en cada centro deberían existir al menos 3 o 4 equipos de salud que, además necesitarían estar preocupados de su constante perfeccionamiento en el área de la Atención Primaria, actualizando de esta forma los temas relacionados con su desempeño.

La población inscrita en los Centros de Salud de la comuna de San Ramón alcanzaba a Julio del año 2006 a un total de 95.614 personas, divididas en dos Centros de salud. (Para mayor detalle, ver Cuadros N°8 y N°9: Pág.105-106).

De acuerdo al escenario óptimo planteado por el Modelo de Salud familiar cada equipo debe contar con un médico por cada 2000 habitantes. Esta cifra esta dada sobre la base de una tasa de consulta anual de tres médicos por habitante, y un rendimiento de cuatro consultas por hora; destinando además un 20% de la jornada laboral a actividades de gestión clínica, trabajo en equipo y otras labores de atención no contempladas en la consulta (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, etc.). La relación entre el número de usuarios y el resto del equipo también debe mejorar, y debe ser acorde con los objetivos y metas propios del Centro de Salud. Hay que considerar además, que en la Región Metropolitana, y marcadamente en

las comunas del área sur, como es en la comuna de San Ramón, la situación socioeconómica de sus habitantes es precaria, lo que incide en la alta demanda de atención en salud que tienen los servicios públicos.

Como puede apreciarse, los miembros del equipo de salud se transforman en los protagonistas del cambio, en el entendido que son ellos quienes deben implementar la Reforma de Salud. Debido a este rol protagónico, las y los funcionarios deben estar comprometidos con el nuevo modelo, sin embargo el compromiso laboral no es automático, es más bien fluctuante, dependiendo fundamentalmente de las condiciones laborales y del grado de satisfacción laboral que se genere en los funcionarios/as.

En este contexto, tomando en consideración las diversas aristas que inciden en el Cambio de Consultorio a Centro de Salud, la satisfacción laboral, entonces, debe ser un elemento de especial preocupación de los directivos de éstos centros, de modo de poder cumplir con los objetivos y metas establecidos. Como ya dijimos, este cambio debe fundarse sobre un profundo compromiso con la labor a realizar, para lo cual los trabajadores/as involucrados, deben percibir que su labor se realiza en un ambiente claramente definido y que presenta proyecciones para ellos.

Este nuevo modelo de trabajo supone que la labor de equipo debe incorporar la evaluación de la calidad de su desempeño, definiendo para ello, estándares objetivos de medición de la misma, además de sistemas de evaluación periódicos, asociado a incentivos, para lograr estimular y mejorar la aplicación del modelo. Así también se debe excluir a aquellos miembros del equipo que no demuestren las habilidades o capacidades de aprendizaje y flexibilidad necesarias para la aplicación del modelo, lo que se convierte en un factor de estrés mayor para la o el funcionario que forme parte de este equipo. (Ministerio de Salud, 1997)

El equipo de salud, debe disponer de un sistema de información que permita registrar las acciones realizadas, para así permitir su evaluación, facilitar el manejo de la información, y el acceso a fuentes de información. Debe tener acceso expedito a las tecnologías en salud, que permitan resolver las necesidades ambulatorias de

la población a su cargo. Debe contar con tecnología de apoyo diagnóstico y terapéutico en la Atención Primaria, tomando en cuenta que este es un proceso dinámico y de largo plazo. (Peñaloza, et. al, op.cit.)

La evaluación resulta un aspecto fundamental en la investigación de la aplicación del modelo. Debe abarcar dos ámbitos principales como son: avances en la implementación y la evaluación del modelo en si mismo, lo último implica evaluar en qué medida el modelo da respuesta al objetivo de mejorar la situación de salud de las personas a las que atiende.

El Centro de Salud, debe definir un sistema de monitorización permanente de indicadores de calidad de atención, tanto en sus dimensiones técnicas como de satisfacción usuaria para introducir así, en forma oportuna, las modificaciones necesarias, para ello se debe disponer de un adecuado sistema de información. Además, para definir los indicadores, se debe contar con la participación de los usuarios (Ibíd.), para lo cual es necesario contar con espacios de encuentro entre los diferentes actores.

La nueva forma de trabajo en los centros de salud se concretiza, a través de la sectorización del territorio asignado. Este sistema implica un cambio radical en la estructura habitual de los equipos que estaba organizada por programas. La definición de los sectores debe considerar el tamaño de la población, al igual que las variables que conlleva (económicas, sociales, culturales, etc.). Idealmente, la inscripción en el Centro de Salud debería ser por grupo familiar, para mantener los lineamientos del modelo integral y posibilitar la continuidad del equipo que se encargaría de su atención y que se convertiría en sus profesionales de cabecera.

4.4 METAS DE ESTE PROCESO

Debido a que éste es un proceso que esta en marcha, las metas se deben ir cumpliendo gradualmente hasta llegar al nivel óptimo que se describe a continuación:

- a. **Atención oportuna del 100% de la demanda espontánea**, ésto implica entregar herramientas a la comunidad para completar la atención otorgada en el centro.
- b. **Resolución del 90% de las consultas**, con énfasis en:
- Patologías de salud mental
 - Patología respiratoria
 - Patología infecciosa prevalente
 - Patología osteomuscular no traumática
 - Enfermedades crónicas no transmisibles
 - Problemas dermatológicos frecuentes
- c. **Disponibilidad de equipamiento diagnóstico y terapéutico mínimo:**
- Arsenal farmacológico adecuado a las patologías a resolver
 - Cirugía menor
 - Atención de urgencia de riesgo vital
 - Electrocardiograma
 - Acceso expedito a laboratorio clínico
 - Acceso expedito a exámenes radiológicos, sin mediar derivación a especialista
 - Acceso expedito a otros exámenes, como por ejemplo gastroscopía.
 - Acceso expedito a resolución de problemas de especialidades frecuentes.
- d. **Atención domiciliaria.**
- e. **Implementación de actividades preventivas a escala individual y poblacional (ibid:36-37)**

Como puede apreciarse, en estos objetivos, existe un alto nivel de expectativas respecto de la capacidad de resolución que debiera tener el equipo de salud.

4.5 CAMBIOS CONSIDERADOS EN LA REFORMA DE SALUD: PARTICIPACION COMUNITARIA

Es uno de los elementos característicos de este modelo. La participación de la comunidad se concentra en diferentes niveles.

a. En la toma de decisiones clínicas

El modelo de Cuidado de Salud Basado en la Evidencia, considera al paciente en relación a sus expectativas y valores, lo que implica incorporar al individuo y a su familia en la toma de decisiones. Se debe sistematizar las experiencias de educación participativa en salud y la instrucción de la población para el autocuidado, para de esta forma, aumentar la autonomía y capacidad de los usuarios en el manejo y control sobre su propia salud. Otro rol que debe jugar la comunidad, es la validación de la estrategia de intervención, especialmente poblacional, para el abordaje de los aspectos de Prevención y Promoción de la Salud. Esta nueva metodología de trabajo requiere del entrenamiento de los equipos y para esto es imprescindible el acceso a capacitación y la disponibilidad de tiempo para su puesta en práctica.

b. En la definición de problemas y control social

La comunidad debe jugar un rol activo en la definición de los problemas prioritarios, en relación a la forma en que se abordan y a la manera en que se evalúan, para lo cual se requiere de un contacto permanente y sistemático de los grupos y organizaciones de la comunidad con los equipos de salud.

c. En el espacio local e intersectorialidad

Este quehacer intersectorial y comunitario tiene tres dimensiones: la primera de ellas está relacionada con el trabajo coordinado entre el Centro de Salud y los otros actores locales, para el abordaje de los problemas de salud de la comunidad; la segunda, se relaciona con el rol del Centro de Salud, en la solución de problemas

extrasectoriales que afectan a la misma comunidad, Y, finalmente, la tercera, considera al trabajo del conjunto de organizaciones e instituciones locales, para la solución de aquellos problemas que no son propios de ningún sector en particular, sino que pertenecen a todos.

d. En la red de salud

Hoy existe un sistema vertical y jerárquico, estratificado en tres niveles (primario, secundario y terciario), organizados, de acuerdo a su definición, en una escala de menor a mayor complejidad tecnológica, el que presenta serias dificultades de coordinación técnica para las personas que se atienden en él. El nuevo Modelo en cambio, contempla un sistema centrado en el usuario y en relación directa con sus problemas de salud propios. Es así como la estructura en niveles, debería ser reemplazada por una en que los integrantes de la red sean altamente resolutivos en cuanto a los problemas de salud que presente la población a su cargo.

Así mismo, los componentes de este nuevo sistema, dispondrían de la tecnología necesaria para facilitar la comunicación entre ellos y su coordinación sería a través de la elaboración de guías prácticas clínicas, basadas en la mejor evidencia disponible, desarrollada por sobre todo, en los ámbitos de complementariedad y resolutividad de los problemas de salud.

El sistema ejercería, a través de los procesos descentralizados, y niveles de autonomía de los distintos actores para la toma de decisiones laborales, en su nivel central sólo un rol regulador y normador de las grandes políticas sanitarias, las que deberían ser adaptadas y puestas en marcha con los énfasis adecuados a cada realidad local. (Ibíd.)

e. En el equipo de salud

El equipo de salud está conformado por el conjunto de individuos, quienes forman parte de los recursos humanos al interior del Centro de Salud, los que independiente de la posición en la escala jerárquica que ocupen, deben realizar las tareas que les

sean impuestas por las direcciones de los Centros de Salud con el propósito de cumplir con los objetivos trazados por la Reforma. Su configuración debe ser flexible y estar de acuerdo a las necesidades y recursos locales, considerando las dotaciones que fije la autoridad ministerial, como las mínimas necesarias, para realizar las actividades básicas de salud en condiciones de calidad e idoneidad. Independientemente de la labor que realizan profesionales, técnicos o auxiliares, éstos deben estar en concordancia con la misión específica que les es encomendada, puesto que “la fortaleza del trabajo en equipo está en la heterogeneidad de sus miembros, la suma de las disciplinas y experiencias de cada uno, permiten el abordaje integral de los problemas”. (Ministerio de Salud 1997:83)

Las funciones del equipo y las actividades que éstos desarrollen, deben estar integradas a través de una programación conjunta de objetivos y tareas. Para ello cada miembro del equipo debe participar activamente, además de asumir con responsabilidad la parte del programa que le compete, así como asumir en conjunto con los demás, el resultado final que se obtenga. La coordinación y sentido integral de articulación es fundamental, aún cuando, éstos se desempeñen en actividades y lugares diversos. Esto significa contactos permanentes, reuniones sistemáticas y/o informales, tanto en la preparación del programa como en el desarrollo, análisis, evaluación, superación y reorientación de las acciones y estrategias.

También, el trabajo en equipo busca que el trabajador/a genere una mayor identidad con su trabajo así como con su función, requiriendo y valorando el aporte de cada uno de ellos, para ir generando así un aprendizaje colectivo.

El Ministerio de Salud plantea que el cambio de modelo de atención, requiere un equipo entendido como “un conjunto de individuos que laboran en una misma institución, que deliberadamente se proponen compartir y servir a un propósito común”, (Ibíd.: 83) lo que implica que deben aunar conocimientos y voluntades para llevar a cabo los propósitos planteados por la Reforma.

Con este fin se plantea desde este organismo que “el clima organizacional es el ambiente psicosocial en el cual se desenvuelven los integrantes del Centro de Salud, es la cualidad o propiedad del ambiente interno de este centro, que es experimentado consciente o inconscientemente por los miembros del equipo de salud y que influyen en su comportamiento”. (Ibíd.: 84) Razón por la cual el presente trabajo evaluativo ha contado, como ya dijimos, con el interés y apoyo de las autoridades de los Centros de Salud de la comuna de San Ramón.

Capítulo V

MUNICIPALIZACIÓN DE LA SALUD: EL CASO DE SAN RAMÓN

Para conocer y entender la Salud Primaria en la comuna de San Ramón, creemos necesario relatar a grandes rasgos algo de los orígenes y de la historia de ésta comuna.

San Ramón, se ubica en la periferia Sur Oriente de la ciudad de Santiago. Fue creada como comuna, mediante Decreto con Fuerza de Ley N°13.260 del 17 de marzo de 1981, comenzando sus funciones como Municipalidad el 22 de Noviembre de 1984, en un Cabildo Abierto encabezado por la autoridad máxima del país en ese momento.

Podemos observar la variación de la población de la comuna, según datos proporcionados por los Censos realizados desde el año 1970 al 2004, dichos datos son relevantes, ya que inciden directamente en la población que se atiende en los Centros de Salud y en el financiamiento que se recibe para la Atención Primaria.

5.1 ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES DE LA COMUNA

Cuadro N° 6

Población de San Ramón según los Censos:

1970	1982	1992	2004 *
59.833	99.410	100.817	94.093

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2002.

* Cifra Proyectada INE

Como puede apreciarse en el cuadro N°6, la población de la comuna desciende en un 6,67 % (6.724 habitantes) en 12 años, contando en la actualidad con 94.093 personas, según Censo del 2002, divididos en 46.185 hombres (49,1%) y 47.908 mujeres (50,9 %).

La densidad poblacional disminuye de 15,8 hbts/m2 a 14,5 hbts/m2, quedando aún, en un nivel de densidad muy superior al promedio de la Región Metropolitana (0,4 hbts/ m2). (Municipalidad de San Ramón, 2005)

La mayoría de los Jefes de Hogar son hombres, pero se produce una disminución desde un 78 % a un 65 % de la fuerza laboral masculina, y un aumento de las mujeres Jefas de Hogar de un 21 % a un 35 % en los últimos años. (Ibíd.)

La tasa de desocupación aumenta de un 12,4% a un 13,2%, mientras que en la región metropolitana es de un 9,8%; Históricamente la desocupación de la comuna ha sido superior a la de la Región Metropolitana. (Ibíd.: 2005)

Según antecedentes aportados por el Plan de Salud, se observa que sólo el 18,6 % de la fuerza laboral trabaja en San Ramón, lo que significa que la gran mayoría debe salir a trabajar fuera de la comuna, situación que podría explicar los problemas de inasistencia a controles, bajas coberturas y poca adherencia a los tratamientos, observados por el equipo de salud.

Cuadro N° 7
Situación de Pobreza e Indigencia en San Ramón

Calificación	Porcentaje	Ingreso Mensual
Indigente	8,2%	\$30.882.-
Pobre No Indigente	29,0%	\$137.072.-
No pobre	62,8%	\$382.784.-

Fuente: Plan Comunal de Salud de San Ramón, 2005.

La situación de pobreza de la población de San Ramón se puede visualizar claramente en el cuadro N°7.

Con respecto al Sistema Previsional de Salud, el 82,7 % de la población se atiende en el Sistema Público. En el año 1998 este grupo correspondía a un 65%, y las personas afiliadas a ISAPRE presentan una baja, de un 19 % a un 8 %.

En relación a la vivienda, existen 21.566 en la Comuna, casi en su totalidad habitadas, cuya condición de tenencia es propia en un 72,7%. Prácticamente en un 100% poseen cobertura de servicios sanitarios. Las familias allegadas se aproximan al 23%, lo que acarrea patologías propias del hacinamiento. (Ibíd.)

San Ramón tiene una de las más altas concentraciones de habitantes por Km², y por todas las características antes descritas de ocupación, pobreza, y educación, sumado a focos de delincuencia importantes, consumo y distribución de drogas, todo ésto se traduce en un bajo índice de expectativas para el individuo en desarrollo, y en una población altamente vulnerable ya que poseen importantes factores condicionantes de riesgo para su salud.

A la luz de los datos anteriormente consignados, creemos necesario dar a conocer algunos aspectos del Plan Comunal de Salud, en el que San Ramón definió, desde una perspectiva biopsicosocial, el quehacer en salud y la voluntad política que en ello esta implícita, demás esta decir que, este planteamiento en Salud, incluye a todos los recintos que tienen que ver con el ámbito de la salud de dependencia comunal.

Misión:

“Nuestro centro de salud desea entregar una atención a la comunidad de alta calidad técnica y profesional, digna y humanizada, con el fin de anticiparse al daño, motivando la participación del usuario y la comunidad a que asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud”.
(Municipalidad de San Ramón, 2005: 13)

Visión:

“Entregar a nuestros usuarios atenciones en salud con enfoque biopsicosocial, implementando el modelo de salud familiar, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, con un entorno más saludable independiente de su condición económica, social y cultural”. (Ibíd.: 13)

5.2 SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL

El Departamento de Salud de la comuna depende administrativamente de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la I. Municipalidad de San Ramón. Tiene bajo su administración, dos Consultorios generales urbanos, el Centro de Salud San Ramón y el Centro de Salud La Bandera, además de dos Centros de Salud Mental (COSAM) y un Módulo Dental, que funciona al interior de la Escuela Nanihue, de la población La Bandera; Anexo al Centro de Salud San Ramón, se encuentra el Centro Comunitario Modelo, donde se atienden beneficiarios de tres Unidades Vecinales.

5.2.1 Público a los cuales dirige sus servicios:

Es beneficiario del sistema público de salud, toda persona sin distinción de sexo, edad o etnia, ni condición social, es decir, si una persona es indigente o trabajador dependiente o independiente que cotice en FONASA, es asimilado a un tramo A, B, C y D, los cuales deben acreditarse en el Centro de Salud, tiene derecho a atención. A partir de 1995, los usuarios del sistema de salud pueden elegir libre y voluntariamente el ser atendido en el establecimiento de nivel de Atención Primaria que deseen.

Son beneficiarios los trabajadores dependientes de los sectores públicos y privado, y los causantes de asignación familiar. Junto con los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión y quienes viviendo a sus expensas reúnan la calidad y requisitos para ser causantes de asignación familiar. (Ibíd.)

Además, los imponentes voluntarios de cualquier régimen legal de previsión y quienes viviendo a sus expensas, reúnan la calidad y requisitos para ser causante de asignación familiar.

Las personas que gocen de pensión provisional de cualquier naturaleza o que gocen de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía; la mujer embarazada, aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria; también el niño hasta los seis años de edad; las personas carentes de recursos e indigentes; las personas que gocen de pensiones asistenciales y los causantes de subsidio familiar.

5.2.2 La Atención Primaria en San Ramón

En el Plan de Salud de la comuna encontramos quizá la única reflexión o registro que de cuenta del problema que estamos investigando, y que vinculan a la Reforma con las expectativas del funcionario:

La Atención Primaria se ve enfrentada hoy a la Reforma más importante en los últimos 50 años, situación que ha significado una serie de modificaciones tanto en el funcionamiento como en las expectativas del funcionario... (Municipalidad de San Ramón 2005: 46).

El Consultorio La Bandera, uno de los más antiguos del Servicio de Salud Sur-Oriente, tiene a cargo la parte sur de la comuna, y está ubicado en la población La Bandera. Este consultorio actualmente cuenta con un SAPU, el cual producto de su alta demanda, tiende a desaparecer con su estructura actual, dando paso a la construcción de un Servicio de Urgencia Comunal, con un mayor grado de complejidad y resolutivez, cuyo objetivo esta orientado a descongestionar la urgencia de los hospitales de referencia.

El Consultorio San Ramón, fue construido el año 1989, como respuesta a la demanda de un amplio sector de la comuna al que, por su situación territorial, le resultaba difícil acceder al ya congestionado Consultorio La Bandera. Posteriormente, ante la necesidad de acercar aun más los servicios médicos a los pacientes vulnerables, como son adultos mayores y enfermos postrados, surge una nueva modalidad de intervención comunitaria en salud, promovida por dirigentes

sociales de las unidades Vecinales N°21, 22 y 23 (lado norte de la comuna), consistente en contar con la presencia y atención de un médico en una sede vecinal. Ante los buenos resultados, paulatinamente esta práctica va adquiriendo el estatus de consultorio, por tanto, el gobierno local, asume el compromiso de financiar el costo del recurso humano, insumos y medicamentos, pasando de esta manera a convertirse en el Centro Comunitario Modelo, con administración compartida entre las unidades vecinales y la dependencia administrativa y técnica del Consultorio San Ramón.

Ambos consultorios en la actualidad, cuentan con una capacidad instalada que es insuficiente para la demanda y las prestaciones realizadas (2006) debido tanto a los cambios efectuados por el proceso de Sectorización y como al aumento de la población inscrita.

En relación al Centro de Salud Mental, conocido popularmente como COSAM (Centro de Orientación y Salud Mental) fue creado el año 1990, y sus beneficiarios corresponden a la misma población inscrita en los centros de salud de la comuna trabajando coordinadamente entre ellos. Entrega atención profesional, en los ámbitos psicológico, psiquiátrico, y social, a través de atención individual, grupal, terapia familiar, etc.

5.2.3 Los Servicios que se entregan en los Centros de Salud de la Comuna de San Ramón son los siguientes:

- Atención de morbilidad
- Atención dental
- Atención social
- Atención Salud Mental (depresión, dependencias) en red con el Centro de Salud Mental
- Controles de Salud (crónicos, niños, embarazadas, IRA, ERA)
- Exámenes
- Alimentación complementaria
- Vacunación

- Atención de urgencia
- Atención de urgencia dental
- Servicio de Ambulancia (traslado domicilio-consultorio, consultorio-hospital, hospital-domicilio)
- Prevención y Promoción de Salud
- Trabajo Comunitario en Salud

Por otro lado, según los Diagnósticos Participativos realizados por el municipio y dados a conocer en el documento “Plan de Salud Comunal 2005” de la comuna de San Ramón los principales problemas de salud locales, son los que se enumeran a continuación:

- Malnutrición infantil por exceso de alimentos
- Alta prevalencia Hipertensión Arterial (HTA) y HTA-Diabetes Mellitus
- Bajos niveles de compensación de Diabetes Mellitus
- Alta prevalencia de Tuberculosis (TBC)
- Baja pesquisa TBC
- Baja cobertura acciones de promoción en adolescentes
- Aumento de denuncias de Violencia Intrafamiliar.
- Alto nivel de adicción a drogas.
- Alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas.
- Baja cobertura de atención integral a la mujer climatérica.
- Baja cobertura de atención integral en salud bucal a la población adolescente y adulta.
- Alta prevalencia de inasistentes a controles de salud (infantil – adulto – adulto mayor).
- Baja cobertura de atención domiciliaria integral a pacientes postrados.

En base a este diagnóstico epidemiológico local, los Centros de Salud definen las políticas a seguir en la Comuna de San Ramón. Estas medidas denominadas lineamientos son una serie de requisitos que se deben cumplir para poder llevar a cabo adecuadamente el proceso que implica la Reforma de Salud, referidos a las siguientes acciones:

- Orientación a resultados.
- Sistemas de información.
- Descentralización.
- Gestión participativa.
- Liderazgo.
- Generación de incentivos
- Trabajo en equipo y red (intersectorialidad).
- Capacitación continua.
- Satisfacción de usuario interno y externo.
- Resolutividad, efectividad y gestión clínica.
- Participación comunitaria.
- Optimización de recursos físicos, humanos y financieros.
- Investigación y docencia.
- Coordinación que garantice plazos de patologías AUGE detectadas.

5.2.4 Avances en la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar en la comuna.

En el marco de la Reforma de Salud, decenio 2000 – 2010 el Ministerio de Salud propuso fortalecer el enfoque de Atención Integral Familiar en la Atención Primaria de Salud, y con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades, como ya hemos dicho, son los Centro de Salud Familiar. Los actores relevantes de esta red de Salud, son los que ofrecen una atención continua e integral a través de un Equipo de Salud de cabecera que ejecuta las acciones para lograr los desafíos antes propuestos.

En el año 2005, comienza efectivamente la aplicación del nuevo Modelo con Enfoque Familiar Integral, con énfasis en la Prevención y la Promoción. La sectorización de la población beneficiaria inscrita, es un proceso que ambos consultorios han desarrollado durante el año 2004, y que ahora corresponde aplicar en la atención. Una variante incorporada por este municipio tiene relación con la atención en algunas de las juntas de vecinos, en donde los profesionales y

funcionarios atienden a los usuarios, además de “dar horas” de atención. (Municipalidad de San Ramón, 2005).

Para acompañar este proceso, es necesario que se de un cambio en la cultura sanitaria de todos los actores involucrados: comunidad, equipos de salud, funcionarios municipales y autoridades, labor que comienza durante el año 2003, promoviendo el trabajo con las organizaciones comunitarias y en la Red del Servicio de Salud.

Los avances logrados, han sido liderados por el Departamento de Salud Municipal, y ejecutados por ambos centros de salud, y se pueden resumir en las siguientes acciones del proceso de implementación del nuevo Modelo de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar.

5.2.5 Implementación del nuevo modelo en el Centro de Salud San Ramón:

De acuerdo a lo anterior, describiremos el proceso vivido por el Centro de Salud San Ramón, cumpliendo las siguientes etapas:

Año 2003

1. Capacitación en el proceso de sectorización al 90 % de los funcionarios durante el año, realizada por un equipo multidisciplinario de funcionarios que realizó pasantías en el extranjero.
2. Sectorización de los diferentes tarjeteros, de programas y unidades.

Año 2004

1. Organización Interna
2. Conocimiento de la Comunidad, que incluyó:
 - Elaboración de un mapa epidemiológico de la población inscrita y validada.
 - Promoción y desarrollo de mecanismos para el uso eficiente de los recursos existentes.

- Integración de la comunidad en los procesos de toma de decisiones del Centro de Salud.
- Capacitación a los funcionarios en el Modelo de Salud Familiar.

Para lograr lo anterior, los equipos, se organizaron como Equipos Gestores distribuyéndose las tareas de la siguiente forma:

1.- Equipo Gestor:

Abocado al estudio de Recursos Humanos e Infraestructura del Establecimiento, Integrado por:

- 2 Administrativos
- 1 Enfermera
- 1 Matrona (dirección)
- 1 Psicólogo
- 1 Asistente Social

2.- Perfil Epidemiológico:

- 3 Matronas
- 1 Nutricionista
- 1 Auxiliar Paramédico
- 1 Médico de Salud Familiar

3.- Diagnóstico participativo:

- 2 Nutricionista
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Asistente Social

Estos equipos gestores elaboraron el siguiente plan de trabajo:

1.- Propósito:

Mejorar la calidad de la atención y del servicio prestado a los beneficiarios del Consultorio San Ramón, aplicando el Modelo de Salud Familiar.

2.- Objetivo General:

Implementar el Sistema de Atención basado en el Modelo de Salud Familiar.

3.- Objetivos específicos:

- a. Elaborar un mapa epidemiológico de la población inscrita y validada.
- b. Promover y desarrollar mecanismos para el uso eficiente de los recursos existentes.
- c. Integrar a la comunidad en los procesos de toma de decisiones del Centro de Salud.
- d. Capacitación a los funcionarios en el Modelo de Salud

Año 2005

Sin duda el espacio físico y la infraestructura actual de los Centros de Salud La Bandera y San Ramón resultan inapropiados para la aplicación del nuevo modelo, razón por la cual, y como señaló Osvaldo Salgado Zepeda, Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL (en el año 2005), se espera que para el segundo semestre de 2006 se concluyan las obras en construcción del Centro de Salud Familiar Modelo y el Centro de Salud Familiar Gabriela Mistral, ubicados en calles Alvear 6534 y Calle Aurora de Chile, S/N entre Riquelme y Esperanza, de la comuna de San Ramón, lo que mitigaría el hacinamiento en el cual las y los trabajadores se desempeñan hasta ahora. Se espera que una planta física adecuada a los requerimientos del Modelo de Atención de Salud Familiar, redunde en una mejor atención de salud a los usuarios y una mayor satisfacción laboral de los funcionarios/as. Cabe señalar, además, que a partir del año 2005, los consultorios han sido diseñados con el propósito de adecuar la planta física a los nuevos requerimientos del Modelo Atención de Salud Familiar, y también, transformar los

consultorios en Centros de Salud Familiar. Al año 2005, el país contaba con 93 centros acreditados como Centros de Salud Familiar, lugares en los que se atienden en total a más de dos millones de personas.

El aspecto de la infraestructura, resultará fundamental más adelante tenerlo presente, cuando revisemos los principales aspectos referidos a la satisfacción laboral de los trabajadores/as de la Salud Primaria. Las condiciones físicas del lugar de trabajo, afectan de manera relevante el éxito de la implementación de la Reforma, por una parte, y al clima en el que se desenvuelven los trabajadores/as por otra.

Debido a que aún no se encuentra disponible el Plan Comunal en Salud del año 2006, las acciones que se han llevado a cabo hasta ahora, se han limitado a la sectorización de los Centros de Salud, esto es, dividir el territorio y la población adscrita, en ocho sectores, a los cuales se les ha asignado un equipo de salud (ver Cuadro N°8 y N°9: Composición de los sectores de cada Centro de Salud por Unidades Vecinales).

En los siguientes cuadros se puede apreciar la división territorial por sector de acuerdo a unidades vecinales y población asignada:

Cuadro N° 8
Población inscrita en el Centro de Salud San Ramón

Sector	1	2	3	4
Encargado	Susana Urquieta (Nutricionista)	Beatriz Villatoro (Nutricionista)	Rosa Rosales (Matrona)	Susana Araya (Matrona)
Unidades Vecinales	12 – 13 – 14	15 – 16 - 17	18 – 19 – 20	21 – 22 – 23
Población inscrita	8.349	8.298	9.290	5780
Total población Inscrita	31.717			

Fuente: Servicio SOME, Centro de Salud San Ramón.

Cuadro N° 9
Población inscrita en el Centro de Salud La Bandera

Sector	Rojo	Azul	Verde	Amarillo
Encargado	Patricia Duran (Nutricionista)	Rodrigo Díaz (Kinesiólogo)	Johanna Rodríguez (A. Social)	Verónica Romero (A. Social)
Unidades Vecinales	2 – 5 – 11 – 24 – 25	1 – 3 – 4	7 – 8	5 – 9 – 10
Población inscrita	13.060	19.971	13.149	17.717
Total población Inscrita	63.897			

Fuente: Servicio SOME, Centro de Salud La Bandera

La división de los sectores se decidió en base a criterios territoriales, es decir, se utilizó la misma división territorial existente para las unidades vecinales, esto se puede apreciar en los cuadros anteriores. Al analizar esta división, se aprecia que existe una gran diferencia entre la población usuaria de ambos centros de salud, donde el centro de Salud La Bandera duplica a la población usuaria del centro de Salud San Ramón. Esto se explica, porque las respectivas unidades vecinales no cuentan con cantidades homogéneas de habitantes, y en la zona sur de San Ramón se concentran las unidades vecinales con mayor densidad habitacional.

En síntesis, la comuna de San Ramón, a pesar de ser un municipio de que no cuenta con mayores recursos económicos, está llevando a cabo profundas transformaciones en materia de salud, como son: el cambio de Modelo de Atención; la acreditación de servicios como Centros de Salud y la construcción de dos nuevos centros, junto con ello se han llevado a cabo acciones para la incorporación de las nuevas patologías cubiertas por el Plan GES (ex AUGÉ), entre ellas la depresión. Por lo tanto, la forma en que se lleve a cabo este proceso y cómo éste afectará a los funcionarios/as de la Atención Primaria de esta comuna, son aspectos que intentaremos dilucidar a través de ésta investigación.

III PARTE
ANÁLISIS DE DATOS

Capítulo VI

NIVELES DE SATISFACCIÓN EN FUNCIONARIOS/AS

El presente capítulo tiene por objeto mostrar, los resultados obtenidos durante el trabajo de campo de la presente investigación. Este análisis se basó principalmente en la aplicación del cuestionario de satisfacción laboral y la aplicación de una entrevista semiestructurada a informantes clave.

La presentación de los datos y su respectivo análisis se mostrará en el siguiente orden: En la primera parte, mostraremos el perfil de la muestra, vale decir los antecedentes generales tales como sexo, edad, nivel educacional, antigüedad en el cargo, etcétera, de los funcionarios/as de los tres centros de salud estudiados en esta investigación; en la segunda parte, expondremos los resultados que dan cuenta de los niveles de satisfacción laboral de las y los trabajadores de la Atención Primaria de Salud, de la comuna de San Ramón, en el contexto de la implementación de dos grandes procesos como son el cambio de Modelo de Atención y la Reforma de Salud. Bajo este prisma sin duda que ambos cambios resultan un gran desafío que ha obligado a rediseñar las estrategias de atención de un modo bastante radical. La tercera parte, mostrará el análisis de las respuestas obtenidas de las entrevistas de los informantes claves de nuestro estudio, es decir, la percepción de la satisfacción laboral de funcionarios/as con cargos de responsabilidad dentro de la Atención Primaria de la salud en San Ramón.

6. CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN DE ESTUDIO

Como ya decíamos en el acápite anterior, la primera parte del cuestionario de satisfacción laboral, recoge los datos generales de los funcionarios/as de Atención Primaria de Salud de la comuna de San Ramón, respecto a su ocupación, categoría funcionaria, sexo, edad, años de estudio, situación laboral (tipo de contrato), carga horaria, categoría jerárquica y antigüedad en el trabajo, lo que nos permitió caracterizar a las y los funcionarios participantes en esta investigación, que entregamos a continuación:

6.1 CATEGORÍA LABORAL

Tabla N° 10
Distribución Porcentual por Categoría Laboral

		Categoría laboral			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Categoría A	8	6,5	6,5	6,5
	Categoría B	22	17,9	17,9	24,4
	Categoría D	20	16,3	16,3	40,7
	Categoría E	30	24,4	24,4	65,0
	Categoría F	19	15,4	15,4	80,5
	No Contesta	24	19,5	19,5	100,0
	Total	123	100,0	100,0	

Fuente: Investigación directa

La tabla N°10, nos muestra las categorías a las que pertenecen las y los funcionarios de Atención Primaria que respondieron el Cuestionario de Satisfacción Laboral. La concentración más alta de funcionarios/as se encuentra en la categoría E, que corresponde a secretarías, recepcionistas y encargados de bodega, sin embargo, donde encontramos un mayor porcentaje de funcionarios/as es en la categoría B, que agrupa al personal profesional no médico de los Centros de Salud. Los/las profesionales agrupados en la categoría A si bien, resultan escasos, con

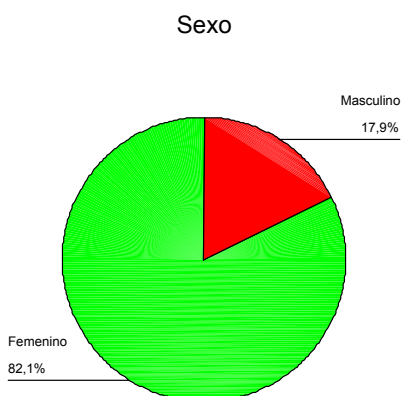
relación al universo de esta categoría, el porcentaje es igualmente relevante (ver Tabla 3:18). Con respecto a las profesiones u oficios a los que hace referencia cada categoría ver Cuadro N°1: Categoría Funcionaria y Profesión u Oficio. (Pág.18).

Resulta relevante el número de 24 personas que no respondieron esta interrogante, lo que representa un 19,5 del universo. Desconocemos la razón de esta omisión.

6.2. SEXO DE LOS PARTICIPANTES:

La distribución por sexo de la muestra, como se ve en el Gráfico N°11, es de un 82,1% de mujeres y un 17,9% de hombres.

Gráfico N° 11
Distribución según Género



Fuente: Investigación Directa

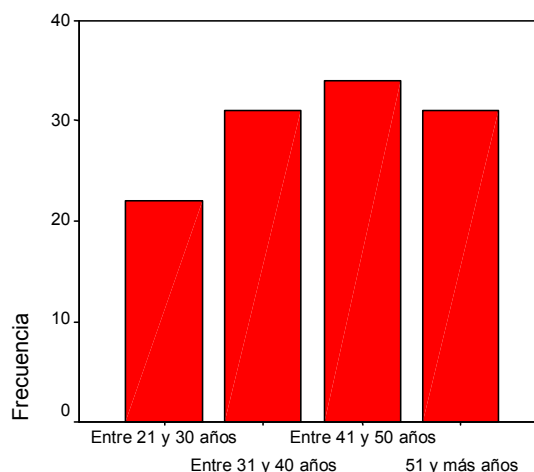
De los 22 encuestados de sexo masculino que respondieron la encuesta, llama la atención que la mitad de ellos sean profesionales pertenecientes a las categorías A y B. Cuatro de los once restantes no responden acerca de su categoría y uno de ellos tampoco responde sobre su ocupación o profesión; cuatro son de categoría F; uno categoría D; y dos pertenecientes a la categoría E.

Los oficios y profesiones son diversos, Ingeniero, kinesiólogos; Psicólogo; Odontólogos; Farmacéutico; de estos once profesionales no se encuentra ningún Médico, sin embargo, hay un profesional que dice pertenecer a la categoría A y que no especifica su oficio, pudiendo ser eventualmente médico u odontólogo. Los otros oficios se distribuyen entre Administrativo, Conductor de ambulancia, Podólogo, o encargado de bodega.

6.3 EDAD

Respecto de la edad de las y los funcionarios, podemos observar que se trata mayoritariamente de funcionarios en edad adulta joven, categoría en la cual agrupamos a quienes tienen entre 31 y 40 años de edad, y adulto medio, tramo que va desde los 41 y 50 años de edad. El segmento joven, tipificado en nuestro caso, entre los 21 y 30 años alcanza el 18,6% de la muestra. En el gráfico N°12, podemos visualizar lo heterogéneo de la muestra que fluctúa entre los 24 a los 75 años de edad.

Gráfico N° 12
Distribución según Tramos de Edad



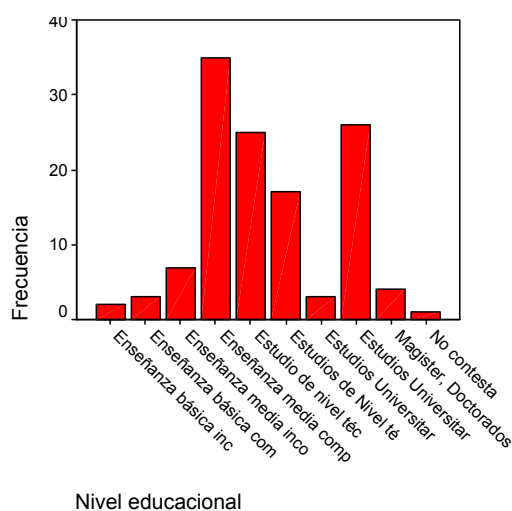
Fuente: Investigación directa

Respecto del primer tramo que concentra a los funcionarios/as más jóvenes, resulta curioso destacar que ninguno de ellos pertenece a la modalidad contractual Planta, ellos se reparten entre las modalidades Contrata mayoritariamente, Código del Trabajo y Honorarios. Nueve personas pertenecen a la categoría B, uno a la categoría A, los demás se reparten entre las categorías D, E, y F; tres funcionarios no dan respuesta a la categoría funcionaria a la que pertenecen. Sus profesiones u oficios son diversos, así como la categoría funcionaria a la que pertenecen, entre ellos hay kinesiólogos, matronas, paramédicos, personal de servicio y personal administrativo.

6.4 NIVEL EDUCACIONAL

Cuando se pregunta a los encuestados acerca de los años de estudio cursados, los tramos que presentan menor porcentaje son los de enseñanza básica y media incompleta, hecho que se explica porque en la administración pública se restringe o prohíbe el acceso a cualquier repartición pública a toda persona que no tenga la enseñanza media aprobada.

Gráfico N° 13
Distribución según Nivel Educativo



Fuente: Investigación Directa

No obstante dos personas señalan tener enseñanza básica incompleta, ambas de sexo femenino, una de ellas manifiesta ocho años y ocho meses de permanencia en su trabajo, su categoría funcionaria es F y manifiesta desempeñarse como auxiliar de servicio, su edad es de 71 años. Mientras que la segunda ha permanecido once años y diez meses, su edad es de 56 años, omite los datos de categoría funcionaria y función que realiza al interior del centro donde trabaja.

Un 2,4% afirma haber aprobado su enseñanza básica y el 5,7% media incompleta, ésto se debe a que éstos funcionarios fueron contratados antes de la entrada en vigencia de la disposición antes referida. En abril del año 1995, comienza a regir el Estatuto de la Atención Primaria en donde se estipula ese requerimiento. Los funcionarios/as que no cumplieren con dicho requisito, debían nivelar sus estudios en un plazo previamente determinado. También se puede desprender que debido a esta misma disposición, el mayor porcentaje de encuestados se encuentra en el rango que aglutina a quienes cursaron su enseñanza media completa, que representan el 28,5% de la muestra. Le siguen los técnicos (egresados de enseñanza técnico profesional) con un 20,3%, los técnicos profesionales (egresados de instituciones de nivel técnico profesional) con un 13,8%. Los profesionales con educación superior alcanzan el 21,1% que se desglosa en: un médico, tres matronas, dos nutricionistas, dos psicólogos, tres asistentes sociales, dos odontólogos, cuatro kinesiólogos, una enfermera, un ingeniero comercial y cuatro personas que no dan a conocer su profesión, pero que se ubican en esta categoría. Quienes se han especializado con Magíster y Doctorados son sólo el 3,3%, siendo sus profesiones de base la Enfermería, Medicina y Odontología.

6.5 SITUACIÓN CONTRACTUAL

La situación laboral del trabajador/a puede ser uno de los factores importantes que influyen en la satisfacción laboral dado que, dependiendo de la modalidad en la que el funcionario/a se encuentre contratado, presentará más o menos estabilidad y/o beneficios asociados a su calidad de trabajador/a.

Los tipos de contrato existentes en la comuna de San Ramón, son:

Planta: se refiere al conjunto de cargos permanentes que le asigna la ley a cada municipalidad. Los funcionarios que desempeñen tales cargos pueden tener la calidad de titulares, suplentes, subrogantes.

Contrata o Planta Adicional según Ley APS.: en este tipo de contrato los funcionarios prestan servicio al municipio por periodos de tiempo acotados y de acuerdo a las necesidades puntuales del municipio, como por ejemplo para reemplazar a algún trabajador con licencia médica. Dichos períodos de contrato pueden ir desde un mes, tres meses o un año en algunos casos.

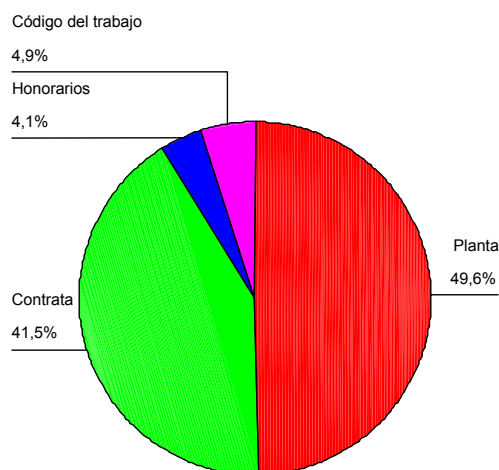
Contrato de Trabajo según Código del Trabajo, “Convención por la cual el empleador y el trabajador, se obligan recíprocamente, éste a prestar servicios personales, bajo dependencia y subordinación del primero, y aquél a pagar por estos servicios una remuneración determinada”. (Olmo, 1997) Estos trabajadores a pesar que prestan sus servicios a una entidad fiscal, se rigen por las condiciones de la empresa privada, esto quiere decir por ejemplo que quedan fuera de toda negociación colectiva del sector salud. La mayoría de estos cargos son de confianza del alcalde, al igual que quienes prestan servicios a honorario. En esta condición se encuentran seis personas que pertenecen a distintas profesiones: Secretaria, Farmacéutico, Administrativo, Ingeniero Comercial y dos funcionarios que no dan a conocer su profesión u oficio ni su categoría funcionaria.

Honorarios: La relación contractual que se establece con los trabajadores que prestan sus servicios a “honorarios” es de carácter momentáneo, el trabajador desempeña su labor por objetivos de trabajo y/o metas, no tiene horario preestablecido pero si funciones precisas que cumplir, no posee ningún beneficio como son el derecho a vacaciones por ejemplo, pudiendo quedar sometido a la buena voluntad del empleador. Esta relación, por su carácter transitorio, puede terminar en cualquier momento, y no puede exceder de los tres meses, sin embargo, esta disposición rara vez se cumple en los servicios de salud. Es por ello

que encontramos en esta calidad de trabajadores que prestan servicio a honorarios a una amplia gama de profesiones y permanencia en su Centro de Salud, como por ejemplo: Enfermera con nueve meses de antigüedad, Técnico Paramédico con tres años once meses de permanencia, Médico con ocho meses prestando servicios profesionales, Kinesiólogo con un año once meses y por último Asistente Social con cinco años de permanencia en la institución en esta calidad. Tres de ellos pertenecen a la categoría B, uno a la categoría A y uno a la categoría D, es decir que todos además se desempeñan en su área cumpliendo horarios y funciones determinados por el servicio.

Gráfico N ° 14

Distribución según Situación Contractual



Fuente: Investigación Directa

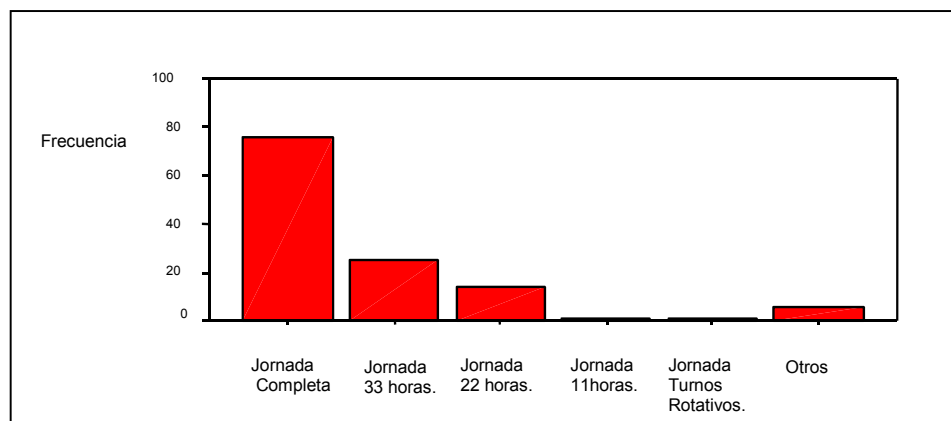
Según podemos apreciar en el Gráfico N° 14, sólo el 49,6% corresponde a la modalidad Contrato de Planta, considerada la situación más segura de las contrataciones por su carácter de estabilidad e inamovilidad, salvo que el funcionario incurra en falta grave a la probidad administrativa, lo que da origen a un Sumario Administrativo que culmina, en el peor de los escenarios, en su destitución.

Otro porcentaje importante de la muestra se encuentra bajo la modalidad de Contrata o Planta Adicional, 41.5%. Por Ley, estas Plantas Adicionales no pueden exceder el 20% de la Planta de funcionarios, no obstante, en el caso de San Ramón alcanza el 66.9% (Fuente: Investigación Directa), encontrándose la comuna sobrepasada entonces en un 46.9% de personas en esta condición contractual.

6.6 JORNADA LABORAL:

Las jornadas laborales en el área de salud suelen ser disímiles por los requerimientos de atención de la población usuaria del sistema, y por los recursos que se poseen para conformar los equipos de trabajo. En Atención Primaria y en los Centros de Salud de la Comuna de San Ramón también encontramos distintos tipos de jornadas, las que han sido adecuadas en función de una mejor gestión. Al observar el Gráfico N° 15, encontramos que el mayor porcentaje de la muestra se ubica en la jornada fija o completa que corresponde mayoritariamente a las categorías D y F, y a algunos de los funcionarios/as a la categoría E.

Gráfico N° 15
Distribución según Jornada Laboral



Fuente: Investigación directa.

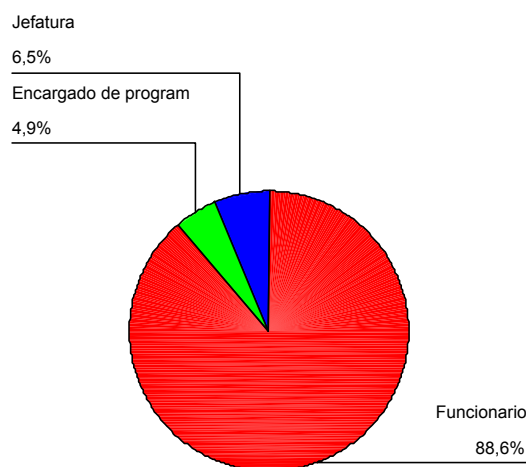
Finalmente, podemos observar que los trabajadores profesionales, o sea, las categorías A y B, prestan sus servicios en jornadas más acotadas como son la jornada fija de 33 horas o la jornada fija de 22 horas. Es usual que éstos

profesionales presten servicios a más de un empleador, o requieran mayor libertad con sus horarios para atender en sus consultas privadas.

6.7 CATEGORÍA JERÁRQUICA:

De acuerdo a la estructura jerárquica que presenta el sistema de salud la mayoría de los trabajadores se ubica en el nivel inferior de la pirámide, la que se va estrechando de acuerdo al mayor nivel de jerarquía, como se aprecia a continuación en el Gráfico N° 16.

Gráfico N° 16
Distribución según Categoría Jerárquica



Fuente: Investigación Directa

Las opciones de respuesta son cuatro: funcionario, encargado de programa, jefe de sector y director de Consultorio. Ahora bien, un *encargado de programa* tiene como función básica coordinarse con el Servicio de Salud Sur Oriente del área metropolitana, en materias tales como, cumplimiento de metas, socialización de normas y orientaciones técnicas. El *jefe de sector* es un cargo nuevo, que surge a partir de los cambios generados por el nuevo Modelo de Atención, esta labor la debe realizar un profesional, quien es responsable de velar por el cumplimiento de aquellos aspectos técnicos y/o administrativos, en relación con los funcionarios/as y usuarios de un sector del territorio de la comuna asignado. Cuando nos referimos a

director, hablamos de los directores de los Centros de Salud, que son tema de nuestra investigación, así como, del director de Salud Mental, el que debe reunir los siguientes requisitos: ser profesional, preferentemente del área médica o de salud, quien está encargado de la administración del Centro de Salud tanto del financiamiento y del personal que trabaja, como de la atención y del trato que se le presta al usuario.

Ninguna de las personas que respondieron a la encuesta se autocalificó como directivo, ocho del total de la muestra se ubicó en la categoría jefatura, mientras que otros seis se definieron como encargados de programa. Con respecto a las jefaturas respondieron cinco de ocho, los tres restantes ejercen otro tipo de jefatura, como son el jefe de farmacia, jefe de gestión del departamento de salud y la encargada de redes que por la importancia de su labor, su jerarquía corresponde a una jefatura.

La muestra en este punto también se aprecia representativa, aglutinando a la mayoría de los trabajadores en la categoría "funcionario" con un 88%.

6.8 ANTIGÜEDAD EN TRAMOS

Para efectos de facilitar el análisis de los datos obtenidos, optamos por agrupar la permanencia o antigüedad en el Centro de Salud por tramos que van desde los dos años y menos de permanencia hasta los 21 años y más.

Gráfico N° 17
Distribución según Antigüedad en Tramos



Fuente: Investigación Directa

La mayor concentración la encontramos en el tramo que va entre los 11 a 20 años reuniendo al 36,6% de los funcionarios/as que respondieron el cuestionario, seguido por el tramo de quienes tienen el menor tiempo de permanencia en el trabajo, esto es, 2 años y menos. Cercano a ellos, se encuentra el tramo que va entre los 6 a 10 años con un 20,3%.

Este dato es significativo, pues si se quiere establecer una relación entre la antigüedad del personal y su resistencia al cambio podríamos suponer que ella está asociada a los años de permanencia en el centro y ya sea por edad o situación laboral, es decir que a mayor antigüedad en el sistema resultaría más difícil adaptarse a cambios tan radicales como los vividos con la Reforma de la Salud y de Modelo de Atención. Los cambios a los que han estado expuestos han implicado situaciones complejas las que pudieran haberles provocado algún tipo de angustia o estrés laboral.

Los datos anteriormente expuestos nos permiten realizar un perfil de quienes contestaron la encuesta. La muestra resulta ser bastante heterogénea, en cuanto a oficios y profesiones; categoría funcionaria; nivel de estudio; edad en años, cuyo rango fluctúa entre los 24 y 75 años de edad; nivel de estudio, donde se inscriben un porcentaje considerable de profesionales, antigüedad en el Centro de Salud, este fluctúa entre 3 meses y 32 años de permanencia en los Centros de Salud. Con respecto al sexo de los encuestados, este se inclina tal como se ha evidenciado en otros estudios, mayoritariamente al sexo femenino. La participación de las categorías laborales en la muestra, al contrastarla con el universo de funcionarios, según se puede ver en la Tabla N°3, (Pág. 19) se aprecia que quienes respondieron mayoritariamente este instrumento fueron las y los funcionarios pertenecientes a la categoría B (que agrupa a profesionales), le sigue la categoría E y la categoría D; quienes menos participan son ambos extremos de la escala, es decir, A y F.

Capítulo VII

NIVELES DE SATISFACCION EN FUNCIONARIOS

Para el análisis de esta parte de la Investigación, daremos a conocer en el presente capítulo aquellos aspectos que, a nuestro juicio, resultan más relevantes para comprender algunas áreas que están contempladas en la escala de satisfacción general y que inciden en la Satisfacción Laboral de los funcionarios/as pertenecientes a la Atención Primaria de la comuna de San Ramón.

Para tal efecto, establecimos distintas relaciones que nos permitieron profundizar el análisis de los datos obtenidos, visualizando los aspectos que, en nuestra opinión resulten más aportadores para los fines de esta investigación.

Para realizar este análisis agrupamos las opciones “muy insatisfecho”, “insatisfecho” y “moderadamente insatisfecho” en un rango que llamaremos en términos generales **Insatisfecho**, luego siguiendo este mismo razonamiento agrupamos las opciones “moderadamente satisfecho”, “satisfecho” y “muy satisfecho” en un rango que llamaremos **Satisfecho**.

7.1 CONDICIONES FÍSICAS DEL LUGAR DE TRABAJO:

Tabla Nº 18
Condiciones físicas del Trabajo

	Categoría laboral						Total
	Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Condición: Muy insatisfecho	1	2	3	5	1	2	14
físicas del Insatisfecho	0	4	3	3	0	5	15
trabajo Moderadamente insatisfecho	0	6	5	9	3	0	23
Ni satisfecho ni insatisfecho	0	0	1	2	3	4	10
Moderadamente satisfecho	5	7	5	5	3	8	33
Satisfecho	2	3	2	3	8	4	22
Muy Satisfecho	0	0	1	2	1	0	4
Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación directa.

- La columna “no contesta”, representa sólo a quienes no respondieron acerca de su categoría funcionaria. Esto es válido para todas las tablas que contemplan la variable Categoría Funcionaria

El entorno físico donde el funcionario/a realiza sus labores cotidianas, debe tener las condiciones mínimas necesarias para que los empleados/as realicen su trabajo, puesto que “a los empleados les interesa su ambiente de trabajo” según señala Hernández(s/f).

Cuando realizamos el cruce entre nivel educacional y el nivel de satisfacción con las condiciones físicas del lugar de trabajo, encontramos que no existe una gran diferencia entre el número de personas que se manifiestan en el rango Insatisfecho y los que ubican en el rango Satisfecho. Las mayores frecuencias se encuentran en las opciones “moderadamente satisfecho” y “moderadamente insatisfechos”. Sin embargo, si observamos más en detalle la Tabla de Contingencia, vemos que el mayor grado de satisfacción se presenta en los funcionarios de categorías D, E y F.

7.2 ACERCA DE LA LIBERTAD PARA ELEGIR EL PROPIO MÉTODO DE TRABAJO

Tabla N°19

Tabla de contingencia Libertad para elegir método de trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Libertad para elegir método de trabajo	Muy insatisfecho	0	0	1	0	2	1	4
	Insatisfecho	0	2	0	2	1	2	7
	Moderadamente insatisfecho	0	0	2	3	0	1	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	0	2	3	5	4	15
	Moderadamente satisfecho	1	4	2	10	5	5	27
	Satisfecho	3	12	10	7	4	8	44
	Muy Satisfecho	3	4	3	3	1	2	16
	Perdido en el sistema	0	0	0	2	1	1	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

Al ver la Tabla de N° 19 que refiere a “La libertad para elegir el método de trabajo” versus la “categoría laboral”, encontramos que la gran mayoría de los encuestados se sitúa en el rango Satisfecho. Como se puede apreciar ninguno de los funcionarios/as agrupados en la categoría A se manifiesta disconforme.

Esta pregunta mide prioritariamente la autonomía funcionaria, que se relaciona con la libertad y la independencia en la programación y ejecución del propio trabajo. Al respecto la mayoría de los encuestados se ubican en las opciones “satisfechos” y “muy satisfechos”.

7.3 EN RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Tabla N° 20

Tabla de contingencia En relación a los compañeros de trabajo * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación a los compañeros de trabajo	Insatisfecho	2	0	0	1	3
	Moderadamente insatisfecho	8	3	0	0	11
	Ni satisfecho ni insatisfecho	3	6	1	0	10
	Moderadamente satisfecho	13	7	0	4	24
	Satisfecho	24	25	3	1	53
	Muy Satisfecho	6	8	1	0	15
	Perdido en el sistema	5	2	0	0	7
Total	61	51	5	6	123	

Fuente: Investigación Directa

El lugar de trabajo y el grado de satisfacción con el mismo, también está relacionado con la interacción social, aquí se cubren necesidades de este tipo donde los compañeros de trabajo resultan de gran importancia, puesto que las organizaciones e instituciones en gran medida se sustentan en las relaciones humanas, aunque la teoría organizacional plantea que los individuos insertos en un ambiente laboral no están allí para generar lazos de amistad, sino, para formar parte de un engranaje mayor. Sin embargo, como ya dijimos las relaciones humanas que se establecen al

interior de los lugares de trabajo resultan un componente importante de la satisfacción laboral.

En este aspecto, la mayoría de los encuestados manifiesta sentirse más bien Satisfechos, sólo tres del total de los entrevistados, que son mujeres se inclinan por la opción “insatisfecho”, cuya antigüedad en el sistema es de dos a once años, dos de ellas realizan labor administrativa, y la tercera no contesta acerca de su función, ni de la categoría laboral a la que pertenece. Sus edades fluctúan entre los 35 y los 56 años de edad. Los profesionales pertenecientes a la categoría A se encuentran “satisfechos” y “muy satisfechos” con sus pares.

7.4 RECONOCIMIENTO OBTENIDO POR EL TRABAJO REALIZADO

Tabla N°21

Tabla de contingencia Reconocimiento por el trabajo bien hecho * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Reconocimiento por el trabajo bien hecho	Muy insatisfecho	0	1	1	3	1	3	9
	Insatisfecho	1	3	2	2	5	2	15
	Moderadamente insatisfecho	0	2	2	1	2	0	7
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	2	3	2	3	12
	Moderadamente satisfecho	1	5	1	3	3	4	17
	Satisfecho	4	9	10	14	4	8	49
	Muy Satisfecho	2	0	2	3	1	3	11
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	1	1	3
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

La satisfacción laboral esta relacionada con la forma en que cada individuo percibe su trabajo, y la importancia que éste le asigna a la labor que realiza. La satisfacción resultará, entonces, de la actitud que tenga el trabajador frente a su propio quehacer, la que estará basada en el sistema de creencias, como lo señala la psicóloga laboral Mónica Márquez, y valores que el trabajador desarrolla respecto de su propio trabajo. De éste modo, resulta de gran relevancia en este aspecto el

reconocimiento por el trabajo bien hecho. De lo anterior se desprende la importancia que tiene para el trabajador/a el ser reconocido en el ámbito laboral. (Márquez, s/f)

En la tabla N° 21 se puede apreciar que en la categoría A, un profesional se manifiesta “insatisfecho”, esta persona lleva más de seis años trabajando en uno de los centros de salud objeto de esta investigación. También hay un profesional de la categoría B que se manifiesta “muy insatisfecho”, quien trabaja hace más de doce años en uno de los centros de salud de San Ramón. En las restantes categorías funcionarias no se aprecia mayor frecuencia, sin embargo la mayoría de los funcionarios/as que contestaron esta encuesta, 77 personas, se ubican en alguna del rango Satisfecho. Sólo tres de ellos no responden en este ítem.

7.5 EN RELACIÓN AL SUPERIOR INMEDIATO

Tabla N°22

Tabla de contingencia En relación al superior inmediato * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación al superior inmediato	Muy insatisfecho	0	0	0	1	0	0	1
	Insatisfecho	0	1	1	3	3	2	10
	Moderadamente insatisfecho	0	0	1	1	1	1	4
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	1	1	2	1	7
	Moderadamente satisfecho	0	4	2	8	1	3	18
	Satisfecho	4	11	8	9	7	11	50
	Muy Satisfecho	3	3	7	5	2	2	22
	Perdido en el sistema	1	1	0	2	3	4	11
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

Cuando se indaga acerca del superior inmediato, once personas no manifiestan opción alguna, sin embargo la mayoría de la muestra se inclina mayoritariamente por el rango Satisfecho (90 encuestados del total).

El liderazgo es una fuente importante de satisfacción, puesto que la forma en que éste se desarrolla incidirá en el clima organizacional. Así dependiendo del tipo de liderazgo que ejerza el superior directo, ya sea tolerante y considerado, o indiferente, autoritario u hostil, el trabajador/a se sentirá más o menos satisfecho, según sea el caso. Sin embargo, no todos los trabajadores/as se sentirán igualmente satisfechos con el mismo estilo de liderazgo, esto dependerá además del tipo de personalidad que el trabajador/a posea.

7.6 EN RELACIÓN A LA RESPONSABILIDAD ASIGNADA CON EL CAMBIO DE MODELO DE ATENCIÓN

Tabla N°23

Responsabilidad asignada con el Cambio de Modelo de Atención

		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención	Muy insatisfecho	2	0	0	0	2
	Insatisfecho	4	3	0	1	8
	Moderadamente insatisfecho	5	0	0	0	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	5	0	1	14
	Moderadamente satisfecho	12	11	0	1	24
	Satisfecho	22	22	4	3	51
	Muy Satisfecho	5	6	1	0	12
	Perdido en el sistema	3	4	0	0	7
Total		61	51	5	6	123

Fuente: Investigación Directa

Al interpretar la tabla de contingencia: “Responsabilidad asignada con el cambio de Modelo de Atención” en relación con la variable “situación laboral”, apreciamos que aquellos que se encuentran bajo la modalidad Planta Y Código del Trabajo son quienes se muestran proporcionalmente más insatisfechos. La modalidad Contrata y Honorarios, prácticamente no se manifiestan insatisfechos, de lo cual se puede apreciar y llama la atención que quienes están más seguros en términos de estabilidad laboral, se expresan más insatisfechos con las nuevas responsabilidades asignadas.

Al respecto Herzberg (en Parra y Paravic, 2002) dice que cuando se trata el tema de la satisfacción laboral, este se relaciona con la manera en que el trabajador/a desarrolla su labor, nos dice que una mayor responsabilidad y experiencia puede redundar en crecimiento mental y psicológico. A partir de los resultados observados en este estudio, se puede inferir que las nuevas responsabilidades que trae consigo el Modelo de Atención, ha generado mayor resistencia en los funcionarios/as, unido al grado de incertidumbre frente a las responsabilidades que implica la Reforma de Salud y el cambio de paradigma en la atención. En algunos casos el nuevo contexto laboral puede llegar incluso a generar algún tipo de angustia y/o estrés en los funcionarios.

7.7 SALARIO

Tabla N°24
Satisfacción en relación al Salario v/s situación Laboral del Entrevistado

		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación al Salario	Muy insatisfecho	10	12	0	1	23
	Insatisfecho	9	15	0	0	24
	Moderadamente insatisfecho	13	4	0	1	18
	Ni satisfecho ni insatisfecho	6	5	1	1	13
	Moderadamente satisfecho	13	8	3	2	26
	Satisfecho	5	5	1	0	11
	Muy Satisfecho	1	1	0	0	2
	Perdido en el sistema	4	1	0	1	6
Total		61	51	5	6	123

Fuente: Investigación Directa

Del análisis de las tablas de contingencia que relacionan la Situación laboral con las otras variables, observamos que tanto los funcionarios/as contratados/as bajo la modalidad Planta como los Contrata, han elegido con mayor frecuencia el rango Insatisfecho. En la mayoría de los cruces de variables (siempre en relación a las otras modalidades contractuales), la estabilidad laboral se visualiza como un factor

importante a la hora de expresarse claramente frente a aquellos aspectos que se relacionan con su satisfacción laboral y que merecen a juicio de éstos, ser mejorados.

Aquí también podríamos inferir que quienes están más vulnerables en cuanto a su estabilidad laboral no expresan disconformidad. Sin embargo, también podría hacerse otra inferencia cuál es que éstos funcionarios se encuentran más cercanos a las jefaturas por lo tanto tiene una visión más global de las situación presupuestaria de su centro de salud, por lo tanto, podrían entender mejor la dinámica en la toma de decisiones y estar más satisfechos con sus remuneraciones.

Tabla N°25

Satisfacción en relación al Salario v/s Categoría Laboral

Tabla de contingencia En relación al Salario * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación al Salario	Muy insatisfecho	0	3	3	7	4	6	23
	Insatisfecho	0	6	2	11	4	1	24
	Moderadamente insatisfecho	0	4	9	2	0	3	18
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	3	0	3	4	2	13
	Moderadamente satisfecho	5	3	2	4	2	10	26
	Satisfecho	1	2	4	1	3	0	11
	Muy Satisfecho	0	1	0	0	1	0	2
	Perdido en el sistema	1	0	0	2	1	2	6
Total		8	22	20	30	19	24	123

Siguiendo con el análisis, en relación al Sistema de Recompensas como son las Remuneraciones y las Posibilidades de Ascenso, los participantes en la encuesta se expresan mayoritariamente insatisfechos, a excepción de la categoría A, la que se manifiesta en su totalidad Satisfecha. Las manifestaciones de insatisfacción se comienzan a expresar a partir de la categoría B, que corresponde los profesionales no médicos que trabajan en los servicios de salud, las otras categorías: D, E y F, también, se expresan insatisfechas.

La satisfacción laboral está asociada a la gratificación que causan las remuneraciones, entre otras cosas, porque ésta se considera una forma de reconocimiento de la labor realizada. En la tabla N°25 podemos apreciar que la categoría A no expresa disconformidad, ubicándose siete de los ocho en el rango Satisfecho; mientras que los profesionales pertenecientes a la categoría B, trece se manifiestan disconformes ubicándose en el rango Insatisfecho y sólo seis de ellos se ubican en el rango Satisfecho. Al analizar el grado de satisfacción laboral que manifiestan los encuestados en relación al salario, podemos constatar que la mayoría se inscriben en el rango Insatisfecho, 65 del total, mientras que 39 personas se ubican en el rango Satisfecho. En este ítem podemos apreciar, según los datos del párrafo anterior, que predomina la insatisfacción, la que se manifiesta a partir de la categoría B.

7.8 POSIBILIDAD DE UTILIZAR LAS PROPIAS CAPACIDADES

Tabla N°26

Tabla de contingencia Posibilidad de usar capacidades propias * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Posibilidad de usar capacidades propias	Muy insatisfecho	0	0	1	0	2	0	3
	Insatisfecho	0	6	3	4	5	1	19
	Moderadamente insatisfecho	0	0	0	2	1	2	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	0	2	5	2	2	12
	Moderadamente satisfecho	3	4	3	6	4	6	26
	Satisfecho	4	9	10	10	5	10	48
	Muy Satisfecho	0	2	1	2	0	1	6
	Perdido en el sistema	0	1	0	1	0	2	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

Las posibilidades de utilizar las propias capacidades en el trabajo que se realiza, es importante a la hora de hablar de los talentos y habilidades que poseen los trabajadores/as para cumplir con las demandas propias de su trabajo.

El nuevo modelo de atención requiere que el funcionario/a cuente con un perfil específico de acuerdo a la labor que realiza, si bien este perfil no está claramente definido, sólo hay claridad en la labor del médico, éste tiene que ver con los desafíos y la reconversión de las propias labores en función del nuevo paradigma. El perfil ideal en este nuevo contexto es el siguiente:

- El médico de familia está comprometido con la persona en integridad, sin límites en el tiempo.
- El médico de familia se esfuerza para comprender el contexto de la enfermedad: personal, familiar y social.
- El médico de familia ve en cada contacto con sus pacientes, una oportunidad para la prevención y educación en salud.
- El médico ve en sus pacientes a cargo, una población de riesgo, esto quiere decir, que aún cuando la población no concurra a su consulta estará permanentemente preocupada por ella.
- El médico de familia se ve a si mismo como parte de una red comunitaria.
- Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat con sus pacientes.
- El médico de familia da importancia a los aspectos subjetivos, es decir no sólo considera los aspectos terapéuticos, sino que también considera la dimensión emocional en la toma de decisiones.
- El médico de familia es un Gerente de Recursos.(Peñaloza et. al,2001)

La tabla de contingencia que da cuenta de este tema, no presenta mayor variación respecto de la Tabla anterior. La mayor parte de la muestra se encuentra en el rango Satisfecho. Seis de los encuestados se encuentran “muy satisfechos, tres “muy insatisfechos”, si desagregamos estos tres funcionarios/as, dos de ellos pertenecen a la categoría F y uno a la categoría D; además en la opción “insatisfechos” encontramos a seis profesionales con estudios universitarios completos pertenecientes todos ellos a la categoría B.

Si tomamos en cuenta la variable situación contractual veremos que quienes prestan sus servicios a honorarios no eligen el rango Insatisfecho. (Ver anexo N°8 Tablas de Contingencia).

7.9 RELACIÓN ENTRE LA DIRECCIÓN Y TRABAJADORES EN EL CENTRO DE SALUD

Tabla N°27

Tabla de contingencia Relaciones entre dirección y trabajadores * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Relaciones entre dirección y trabajadores	Muy insatisfecho	0	2	2	2	1	2	9
	Insatisfecho	0	2	4	9	1	2	18
	Moderadamente insatisfecho	0	4	1	4	1	0	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	2	2	0	3	4	12
	Moderadamente satisfecho	1	5	1	5	5	5	22
	Satisfecho	4	6	9	8	7	8	42
	Muy Satisfecho	2	0	1	1	1	2	7
	Perdido en el sistema	0	1	0	1	0	1	3
Total		8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación Directa

Este punto también está relacionado con el liderazgo y la forma en que se ejerce, si consideramos que un líder debe conducir a un grupo determinado de personas en pos de un objetivo o una meta, entonces la manera en que se relacionan la dirección y los trabajadores del Centro de Salud resulta ser un factor de satisfacción importante para los segundos. Como ya dijimos, el estilo de dirección y su forma influyen de manera importante en el clima laboral.

También resulta relevante señalar que el carácter del trabajo que se realiza, cuando los roles no están claramente definidos, necesita de un jefe que aclare los requerimientos para ejercer esta labor (Márquez, s/f), sin embargo, cuando se presenta un trabajo tedioso, será necesario un líder que no presione para poder cumplir con la labor asignada. La jefatura aun cuando no sea ejercida de forma directa, también incidirá en la escala de satisfactores del trabajador/a, debido a la

escala de jerarquía y a la mayor cuota de poder que estos tienen y sus decisiones afectarán de manera directa al funcionario/a.

Cuando vemos la tabla de contingencia N°27 podemos apreciar que ocho de los veintidós profesionales pertenecientes a la categoría B, se encuentran en el rango Insatisfecho. De los profesionales que se agrupan en la categoría A, ninguno se siente “insatisfecho”, sólo uno de ellos manifiesta no estar “ni satisfecho ni insatisfecho”. La mayoría de los encuestados se manifiesta Satisfecho con la forma en que su Centro de Salud esta administrado, en este rango se inscriben 71 personas del total de la muestra. Sólo cuatro funcionarios/as que omiten dar a conocer su categoría funcionaria, manifiestan la opción “insatisfecho”.

7.10 POSIBILIDADES DE ASCENSO

**Tabla N° 28,
Satisfacción en relación a posibilidades de ascenso v/s situación
Laboral del Entrevistado**

		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación a las posibilidades de ascenso	Muy insatisfecho	6	11	0	0	17
	Insatisfecho	18	13	0	2	33
	Moderadamente insatisfecho	3	1	0	1	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	10	9	0	0	19
	Moderadamente satisfecho	10	7	4	1	22
	Satisfecho	10	7	1	1	19
	Muy Satisfecho	3	0	0	0	3
	Perdido en el sistema	1	3	0	1	5
Total	61	51	5	6	123	

Fuente: Investigación Directa

En relación con la “Posibilidad de Ascenso”, una vez más, quienes se manifiestan más disconformes son aquellos que poseen estabilidad laboral, sintiéndose más “insatisfechos”, en comparación con las otras modalidades de relación contractual. Se entiende que las posibilidades de ascenso, tanto como las remuneraciones forman parte del sistema de recompensas por parte de los empleadores, así como,

de reconocimiento por el trabajo realizado. Las posibilidades que tienen los trabajadores/as de ascender en su puesto otorgan la opción de crecimiento personal y una mayor responsabilidad, también se asocian con el incremento de estatus social, ambos factores de gran importancia cuando nos referimos a la satisfacción o insatisfacción laboral del funcionario/a.

En esta categoría hay tres personas que se manifiestan “muy satisfechas”, todas ellas mujeres, una es profesional de la categoría B, otra se desempeña como auxiliar de enfermería de categoría D, por último una empleada administrativa, las tres están contratadas bajo la modalidad Planta, una de ellas no da a conocer el número de años que tiene de permanencia en el Centro de Salud, mientras que en el caso de las otras dos personas, una tiene 32 años de antigüedad y la otra más de 6 años.

Tabla N°29

Satisfacción en relación a las Posibilidades de Ascenso según categoría Laboral del Entrevistado

	Categoría laboral						Total
	Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación : Muy insatisfecho	0	4	1	6	4	2	17
las	0	2	6	12	6	7	33
posibilidades:							
de ascenso Moderadamente insatisfecho	0	1	2	1	0	1	5
Ni satisfecho ni insatisfecho	1	5	4	2	4	3	19
Moderadamente satisfecho	4	3	2	5	2	6	22
Satisfecho	3	6	4	3	0	3	19
Muy Satisfecho	0	1	1	0	0	1	3
Perdido en el sistema	0	0	0	1	3	1	5
Total	8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación Directa

En ambas tablas, tanto la que cruza Salario y Categoría Funcionaria, como, la que cruza Posibilidades de Ascenso y Categoría Funcionaria (Tabla N°29), podemos visualizar la disconformidad o insatisfacción que este sistema produce en quienes participan en el. Excepto como ya dijimos la Categoría A, que agrupa a médicos y

odontólogos, profesionales de la Salud que debido al grado o categoría a la que pertenecen, perciben mejores remuneraciones y optan a mejores puestos de trabajo, situándose en la cúspide de la pirámide dentro del sistema de salud. Además, son quienes pueden tener otros ingresos adicionales a través del ejercicio privado de su profesión.

Los otros profesionales, tanto aquellos que se relacionan en forma directa con el sistema de salud por su profesión, como aquellos que se insertan indirectamente en esta ámbito sin ser profesionales del área, poseen otra visión al respecto y no se sienten gratificados o reconocidos por la labor que realizan al interior del Centro de Salud, lo que implica que en este aspecto su grado de satisfacción laboral es insuficiente.

7.11 ATENCIÓN PRESTADA A LAS SUGERENCIAS QUE REALIZAS

Tabla N°30
Satisfacción en relación a Atención prestada a las Sugerencias según categoría Laboral del Entrevistado

		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Atención prestada a las sugerencias que realizas	Muy insatisfecho	0	2	1	2	0	0	5
	Insatisfecho	0	2	0	5	4	3	14
	Moderadamente insatisfecho	0	1	3	6	0	2	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	3	4	2	4	2	16
	Moderadamente satisfecho	1	4	5	3	5	7	25
	Satisfecho	5	9	6	8	6	9	43
	Muy Satisfecho	1	1	1	3	0	0	6
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total		8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación Directa

Una buena retroalimentación entre los funcionarios/as y la jefatura proporcionaría un mejor clima organizacional, esto también tiene relación con el tipo de liderazgo que se ejerce por parte del jefe directo, pero también con aquellos jefes que ejercen supervisión indirecta. El hecho que el empleado/a se sienta acogido en su lugar de

trabajo, generaría un clima más armónico, a pesar que algunas escuelas de Teoría Organizacional nos dicen que las relaciones que se establecen al interior de las organizaciones por lo general son de carácter funcional y no tendrían necesariamente que ver con las relaciones o interacciones personales que allí se produzcan.

La atención prestada a las sugerencias propuestas por los funcionarios/as tiene relación no sólo con la supervisión que realizan los jefes, sino que también se relaciona con la retroalimentación. En este aspecto encontramos a 43 encuestados que se expresan “satisfechos”, siendo esta opción la mayoritaria. Sin embargo, es significativo también que 31 personas se manifiesten en la opción “insatisfecho” y dieciséis declaran no sentirse “satisfecho ni insatisfecho”. Finalmente 74 personas del total de la muestra, esto quiere decir que más del 50% está conforme respecto de la atención prestada a sus sugerencias, lo que indicaría que este tema en particular, no sería un factor de insatisfacción en la mayoría de los funcionarios/as.

7.12 HORARIO DE TRABAJO

Tabla N°31

Tabla de contingencia Horario de trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Horario de trabajo	Muy insatisfecho	0	0	1	4	2	3	10
	Insatisfecho	0	0	1	2	1	1	5
	Moderadamente insatisfecho	0	0	1	1	1	0	3
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	1	0	1	1	3	6
	Moderadamente satisfecho	1	1	2	1	3	5	13
	Satisfecho	4	16	11	14	8	9	62
	Muy Satisfecho	3	4	4	6	3	2	22
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

El tiempo en el que el trabajador/a realiza sus funciones se constituye en un satisfactor más, el grado de satisfacción que ello implique dependerá del tiempo que le dedique al cumplimiento de su labor, de su carácter, y del tiempo que el

trabajador/a pueda dedicar a su vida personal. En la Atención Primaria y en particular los Centros de Salud la jornada es completa y consta de 44 horas semanales, sin perjuicio de que algunos profesionales cumplan su labor en media o tres cuartos de jornada. Los horarios están bien delimitados, y como recién se dijo, la carga horaria dependerá del rol y de la categoría funcionaria a la que se pertenezca.

El tipo de jornada tiene relación principalmente con la oferta laboral, esto condicionará el tiempo en que el funcionario/a prestará sus servicios a una determinada institución, en consecuencia el tiempo en que se ejerzan las funciones estará previamente establecido por ambas partes, lo cual se refleja claramente en la tabla N°31 y en que aquellos que se insertan en el rango Satisfecho, alcanzan un total de 97 trabajadores/as lo que representa un 34.2% de la muestra. Solo 18 funcionarios/as se encuentran en el rango Insatisfecho, de los cuales ninguno pertenece a las categorías A o B.

7.13 VARIEDAD DE TAREAS QUE REALIZA

Tabla N°32

Satisfacción en relación a la Variedad de Tareas Realizadas según categoría Laboral del Entrevistado

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Variedad de tareas realizadas	Muy insatisfecho	0	0	2	1	0	1	4
	Insatisfecho	0	0	0	1	1	1	3
	Moderadamente insatisfecho	0	0	0	2	0	0	2
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	0	1	0	2	3	6
	Moderadamente satisfecho	2	3	2	5	2	5	19
	Satisfecho	4	15	13	15	12	8	67
	Muy Satisfecho	2	4	2	5	2	5	20
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

En lo que a satisfacción laboral se refiere se han identificado cinco dimensiones, una de ellas es: “el grado en el cual un puesto requiere de una variedad de diferentes actividades para ejecutar el trabajo, lo que representa el uso de diferentes habilidades y talentos por parte de los empleados” (Márquez, s/f), esto quiere decir que un trabajo monótono afectará las condiciones en que se ejerce una determinada función o actividad.

Cuando se indaga acerca de la variedad de tareas que realizan los funcionarios/as, una vez más las categorías A y B, se manifiestan satisfechas en relación a este factor. Esta dimensión así como otras que analizaremos más adelante, no se constituyen en factores de insatisfacción gravitante en ninguna de las categorías. Sin embargo, del total de encuestados destacan cuatro de ellos, quienes se manifiestan “muy insatisfechos”, dos de estos trabajadores/as pertenecen a la categoría D, uno a la categoría E y el otro no identifica categoría funcionaria. Tres de ellos son mujeres, cuyas edades fluctúan entre los 36 y 56 años de edad, todos pertenecen a la modalidad contractual Planta y su antigüedad esta entre los seis y los quince años de permanencia en su Centro de Salud.

7.14 ESTABILIDAD LABORAL

Tabla N° 33

Tabla de contingencia Estabilidad laboral * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Estabilidad laboral	Muy insatisfecho	1	19	0	0	20
	Insatisfecho	3	9	0	0	12
	Moderadamente insatisfecho	2	2	2	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	2	6	0	1	9
	Moderadamente satisfecho	11	6	2	1	20
	Satisfecho	28	7	1	4	40
	Muy Satisfecho	12	0	0	0	12
	Perdido en el sistema	2	2	0	0	4
Total	61	51	5	6	123	

Fuente: Investigación Directa

Al indagar en el grado de satisfacción laboral en relación al tema de la estabilidad laboral, la tabla N°33 gráfica claramente esta situación, respecto a aquellos que prestan sus servicios en la modalidad Contrata, treinta de ellos se inscriben en el rango Insatisfecho, mientras que en la modalidad Honorarios sólo dos de ellos se inclinan por la opción “moderadamente insatisfecho”, aquellos que se relacionan con su empleador en la modalidad Código del Trabajo se inclinan por las opciones “ni satisfecho ni insatisfecho”, “moderadamente satisfecho” y “satisfecho”. De ésta distribución se podría inferir que quienes pertenecen a las modalidades Honorarios y Código del Trabajo poseen una mejor fuente de información, al estar más cercanos a las jefaturas. Por otro lado, quienes se relacionan con el municipio bajo estas modalidades contractuales cuentan en su mayoría con títulos profesionales o técnicos, que los avalaría para emplearse sin mayores dificultades en caso de ser despedidos.

Si consideramos que un trabajador/a pasa gran parte de su vida prestando sus servicios a un determinado empleador, ello quiere decir que gran parte de la vida de una persona está asociada a la realización de alguna actividad específica, y no sólo el oficio que desempeña. Esta relación incidirá en su nivel socioeconómico, pero también lo hará, de forma importante, en su seguridad emocional y por lo tanto en su felicidad. La estabilidad laboral juega un papel predominante, y también está asociada al sistema de recompensas que mencionamos anteriormente, donde además está vinculada al salario. El hecho de no tener seguridad en el puesto de trabajo, genera en el funcionario/a no sólo inestabilidad laboral, sino también incertidumbre emocional, debido a que en la mayoría de los casos sus salarios tienen como principal función la de proveer a su familia. Por lo tanto, el no tener garantizada la fuente laboral se puede transformar en un factor importante de insatisfacción, lo que puede llegar a convertirse en un elemento de conflicto, entre el empleador y los trabajadores que puede desembocar en movilizaciones de este sector, como ya lo hemos visto recientemente.

7.15 SISTEMA DE EVALUACIÓN Y NOTA OBTENIDA EN LA ÚLTIMA EVALUACIÓN

Tabla N°34

Tabla de contingencia La forma en que se evalúa tu desempeño laboral * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
La forma en que se evalúa tu desempeño laboral	Muy insatisfecho	0	1	2	3	3	2	11
	Insatisfecho	0	5	2	4	3	2	16
	Moderadamente insatisfecho	1	3	5	3	2	2	16
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	3	1	3	2	3	12
	Moderadamente satisfecho	2	3	0	1	3	4	13
	Satisfecho	3	4	9	10	4	6	36
	Muy Satisfecho	2	3	1	6	1	2	15
	Perdido en el sistema	0	0	0	0	1	3	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Fuente: Investigación Directa

Tabla N°35

Tabla de contingencia Nota obtenida en la última evaluación * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Nota obtenida en la última evaluación	Muy insatisfecho	5	2	0	0	7
	Insatisfecho	2	6	0	0	8
	Moderadamente insatisfecho	2	4	0	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	7	2	0	1	10
	Moderadamente satisfecho	8	5	0	0	13
	Satisfecho	20	20	0	0	40
	Muy Satisfecho	15	8	0	0	23
	Perdido en el sistema	2	4	5	5	16
Total	61	51	5	6	123	

Fuente: Investigación Directa

En la tabla N°35 se puede apreciar que al igual que en la tabla anterior, hay cierto grado de heterogeneidad, esta es menor que en la tabla N°34, pese a que ambos tópicos se relacionan. Así es como por un lado rechazan el sistema de evaluación

aunque, eventualmente se pueden mostrar conformes con la nota obtenida a través del mismo.

Las respuestas dadas por quienes prestan sus servicios a través de las modalidades Honorarios y Contrata, frente a ambas interrogantes no se incluyen puesto que los funcionarios/as en esta condición no se encuentran sometidos a esta forma de evaluación. Estas modalidades contractuales tienen un sistema de evaluación especial, dado que su permanencia en la institución depende fundamentalmente de la relación de confianza que sostienen sus jefes con ellos.

La mayoría de los trabajadores/as de la Atención Primaria de la comuna, se encuentran sometidos a un sistema de evaluación de acuerdo a la asistencia, puntualidad, presentación personal, calidad del trabajo y productividad, entre otros aspectos. Esta evaluación se realiza a través de un instrumento conocido por los funcionarios/as. Sin embargo, este proceso podría ser percibido como un sistema de castigo frente a los funcionarios/as más confrontacionales. Se cuestiona frecuentemente el instrumento por su subjetividad puesto que los indicadores que se utilizan quedan en definitiva sujetos al criterio de quien los aplica.

En este contexto, la evaluación es un tema tan sensible para los funcionarios/as que nos parece explicativo de las respuestas obtenidas. La tabla N°35 lo grafica claramente. En esta dimensión se podría interpretar como mayor grado de insatisfacción frente a este hecho.

El resultado de la evaluación junto con la nota obtenida, pueden dar como resultado un estrés importante, ya que de ello puede depender la permanencia o no en el lugar de trabajo del funcionario/a.

7.16 NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE LA REFORMA DE SALUD

Tabla N°36

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud	Muy insatisfecho	0	1	1	1	1	0	4
	Insatisfecho	0	0	1	4	4	0	9
	Moderadamente insatisfecho	0	0	4	4	1	1	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	1	5	5	8	21
	Moderadamente satisfecho	1	6	7	9	5	5	33
	Satisfecho	5	11	4	6	2	6	34
	Muy Satisfecho	2	2	2	0	0	3	9
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	1	1	3
Total		8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación Directa

Las capacitaciones realizadas en los diferentes centros y lideradas por el Departamento de Salud de la comuna, se comienzan a realizar a partir del año 2003 y tienen relación con la puesta en marcha del Centro de Salud específicamente y no con la Reforma de Salud. En dicho sentido, el conocimiento adquirido por los encuestados respecto de esta última, sólo tiene relación con la información adquirida a través de los medios de comunicación o del interés particular que ellos han presentado.

Este último aspecto es relevante dado que los cambios en términos de atención asistencial y de alta demanda a los que se verán enfrentados los funcionarios/as de estos centros son precisamente los que contempla la Reforma de Salud que tienen relación con el Plan GES y con los derechos y deberes que la nueva ley les otorga a los usuarios de este sistema.

Los derechos de las personas reconocidos en la Reforma de la Salud, se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- a) **Del derecho a un trato digno:** Toda persona tiene derecho a un trato justo y respetuoso durante la atención en salud.
- b) **Del derecho a tener compañía y asistencia espiritual:** Toda persona tiene el derecho a que los prestadores institucionales faciliten la compañía de parientes y amigos durante la hospitalización (salvo en algunos casos). También se deben respetar las prácticas religiosas o espirituales, y el derecho y asistencia de los mismos.
- c) **Del derecho a la información:** Toda persona tiene el derecho a que el prestador le entregue la información en forma completa, oportuna y veraz.
- d) **De la reserva de la información contenida en la ficha clínica:** El prestador debe velar por la privacidad del contenido de la ficha clínica.
- e) **De la declaración informada:** Frente a la posibilidad de muerte de una persona, tendrá el derecho a decidir si desea o no someterse a tratamiento para prolongar su vida.
- f) **Del derecho a efectuar consultas y reclamos:** El Ministerio de Salud determinará los procedimientos, plazos y la forma en los prestadores deberán responderlos o resolverlos, de igual forma los usuarios podrán manifestar sus sugerencias y opiniones respecto de las atenciones recibidas.
- g) **De los medicamentos:** Los prestadores institucionales públicos y privados deberán exhibir, en forma destacada, los precios de los insumos y medicamentos que cobren en la atención de los pacientes.

Todos estos derechos implican sin duda una nueva relación entre el usuario y los funcionarios/as, lo que en definitiva les asigna mayores y nuevas responsabilidades a éstos últimos.

En la comuna de San Ramón, la Reforma de Salud y la implementación del nuevo Modelo de Atención, coinciden en el tiempo de aplicación, es por ello que estos cambios se superponen, y los encuestados no discriminan entre un proceso y otro.

Los profesionales pertenecientes a las categorías funcionarias A y B se manifiestan en el rango Satisfecho, salvo una profesional quien elige la opción “insatisfecha”, perteneciente a la categoría B, contratada en la modalidad planta y presta sus servicios al municipio por casi una década. Los funcionarios/as pertenecientes a las categorías A y B cuentan con mayor información al respecto, puesto que son quienes, de algún modo, deben liderar estos procesos. Si se mira en forma horizontal la Tabla N°36, se aprecia que hay 21 personas que señalan “no estar satisfechas ni insatisfechas”. Las respuestas son variadas aun cuando se inclinan por el rango Satisfecho, aquí la brecha entre ambos rangos (satisfecho e insatisfecho) se acorta.

7.17 CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA REFORMA DE SALUD Y CON EL CAMBIO DE CONSULTORIO A CENTRO DE SALUD

Tabla N°37

Tabla de contingencia En relación a los cambios producidos por la reforma * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación a los cambios producidos por la reforma	Muy insatisfecho	0	0	3	3	1	0	7
	Insatisfecho	0	1	2	2	2	1	8
	Moderadamente insatisfecho	0	0	3	6	1	2	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	5	2	4	6	7	25
	Moderadamente satisfecho	2	7	7	7	3	6	32
	Satisfecho	5	8	2	6	4	4	29
	Muy Satisfecho	0	1	1	0	0	1	3
	Perdido en el sistema	0	0	0	2	2	3	7
Total		8	22	20	30	19	24	123

Fuente: Investigación Directa

Tabla N°38
Cambio de Consultorio a Centro de Salud según Situación Contractual

		Situación Contractual				Total
		Planta	Contrata	Honorario	Código del trabajo	
Con el cambio de consultorio a centro de salud	Muy Insatisfech	3	3	0	0	6
	Moderadame insatisfech	7	4	0	0	11
	Ni satisfecho insatisfech	7	11	0	1	19
	Moderadamente satisfech	16	11	0	3	30
	Satisfech	11	16	4	1	32
	Muy Satisfecho	4	5	1	0	10
	Perdido en el sistema	3	1	0	1	5
Total		61	51	5	6	123

Fuente: Investigación Directa

Cuando se indaga acerca de los cambios generados por estos dos procesos por separado, se puede apreciar que ambos afectan directamente a los funcionarios/as en relación al nivel de experticia que cada uno preste en el Centro de Salud. Así se puede decir que, sus labores se irán o se han ido complejizando en la medida que el funcionario/a asciende en cuanto a categoría funcionaria. Por ejemplo, los funcionarios/as de las categorías A y B se relacionan más directamente con los cambios que implica la Reforma de Salud, ello quiere decir que el cambio de Modelo de Atención y la Reforma de la Salud redundará en una mayor responsabilidad y/o carga de trabajo.

Siguiendo con los datos que se relacionan con la Situación Laboral respecto a los cambios producidos por la Reforma de Salud, en la tabla N°37 encontramos que 25 encuestados se ubican en la opción “ni satisfecho ni insatisfecho”, pasa lo mismo cuando cruzamos las variables Cambio de consultorio a Centro de Salud y Situación Laboral, donde 19 de los participantes se ubican en esta misma alternativa (tabla N°38). Resulta significativo considerar que esta opción alcanza su mayor expresión con relación a estos temas.

Respecto a los cambios producidos con la puesta en marcha del nuevo modelo de atención y su implementación, diez funcionarios pertenecientes a la modalidad Planta se manifiestan “muy insatisfechos”, y en contrapunto con ésto cabe destacar que también hay diez trabajadores en la opción “muy satisfecho”. Estos últimos se relacionan con el municipio en la modalidad de Convenio de Honorarios y Código del Trabajo. En general, quienes se relacionan con el municipio en estas modalidades contractuales, realizan tareas más especializadas y por tanto, sus categorías funcionarias oscila entre A, B y D, lo cual nos podría llevar a inferir que estos trabajadores son los que se relacionan en forma más directa con los cambios puestos en marcha

En síntesis, dentro de los factores importantes que influyen en la satisfacción laboral encontramos aspectos tales como: la relación con las jefaturas y el tipo de liderazgo, variedad de tareas que realiza el funcionario/a, libertad para elegir el propio método de trabajo, autonomía y retroalimentación, entre otras. Al analizar las tablas de contingencia que nos grafican estos aspectos, no resultan muy significativos y no se aprecian grandes discrepancias entre los niveles de satisfacción entre los distintos conglomerados en estudio. Sólo se aprecia mayor diferencia, como ya vimos, entre los funcionarios/as que están contratados en la modalidad Contrato Indefinido y los pertenecientes a la categoría A, situación que inferimos se produce porque son quienes por su nivel de estudios y de sueldos, se sienten más seguros en sus cargos o tienen más proyecciones en el mercado laboral.

Estos dos grupos, Planta y categoría A, por distintas razones, se manifiestan y tienden a expresar de manera más determinante su opinión. Los primeros mostrando mayoritariamente su insatisfacción y los segundos manifestándose más conformes con las temáticas que la encuesta de satisfacción les plantea. Cabe señalar que los trabajadores/as en calidad de Planta pertenecen mayoritariamente a las categorías E y F.

Capítulo VIII

GRADO DE SATISFACCION DE LOS DIRECTIVOS

La segunda parte de la recolección de datos, buscaba a través de una entrevista semiestructurada, rescatar las impresiones y opiniones de aquellas personas que cumplen un papel preponderante en la vida laboral de las y los funcionarios de la salud en la comuna de San Ramón. Entendemos por papel preponderante al sentido de la responsabilidad que les cabe tanto en la implementación de la Reforma de Salud como en el de liderar el proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud, y por tanto, de conocer a fondo el Modelo de Salud Familiar.

Con el propósito de hacer más fluida la interpretación de los contenidos aportados por los entrevistados, decidimos agrupar el análisis en torno a siete tópicos:

Tópico 1: Conocimientos a nivel individual:

Este tópico, busca agrupar las impresiones más relevantes de las y los directivos respecto de su proceso individual de formación en torno a dos procesos emergentes: Reforma de Salud y cambio de Modelo, de los cuales inferimos, se requiere un mayor nivel de conocimientos teóricos por parte de estos estamentos ya que son ellos quienes lideran la puesta en marcha de ambos procesos.

Tópico 2: Capacitación del Personal a Cargo:

Este tópico busca conocer la opinión y evaluación que cada directivo tiene del personal a su cargo, por una parte en relación a la calidad de las capacitaciones o cursos recibidos por los funcionarios/as, y cómo esta se replica en la práctica, y por otra parte, si las capacitaciones han sido suficientes para preparar a los funcionarios para enfrentar un nuevo Modelo de Atención en Salud y abordar la puesta en marcha de la Reforma de la Salud.

Tópico 3: Aciertos del Modelo y de la Reforma de Salud:

Tiene por objeto conocer los principales aciertos de la puesta en marcha de la Reforma de Salud y del proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud, en opinión de quienes tienen un alto grado de responsabilidad en su implementación. Dicha implementación nos ayudará a identificar los elementos facilitadores de éstos procesos en el clima laboral del último año.

Tópico 4: Dificultades del Modelo

Es sabido que todo esfuerzo por implementar un cambio tan radical, como el que implica un nuevo Modelo de atención y una nueva manera de entender el proceso de salud y enfermedad, genera dificultades en su puesta en marcha, dificultades que pueden ser de diversa índole y relevancia. Al respecto es interesante conocer directamente de parte de éstos entrevistados, cuáles son a su juicio las principales dificultades que el nuevo modelo ha traído y por tanto, y cómo se han visto obligados a enfrentarlas y resolverlas.

Tópico 5: Dificultades de la Reforma:

Debido a que la Reforma de la Salud en nuestro país se ha ido implementando en distintas fases, este tópico busca agrupar los discursos de los directivos respecto de las posibles dificultades que ellos han visualizado desde el inicio de este proceso. Este punto resulta especialmente interesante por todo el revuelo mediático que ha provocado desde sus inicios, debido a que por un lado están las expectativas de la población usuaria, por otro las exigencias desde el servicio de salud y desde el nivel central, y finalmente las condiciones en las cuales la Reforma se implementa.

Tópico 6: Clima Laboral

En este tópico indagaremos la opinión y percepción que se tiene del clima laboral, y la apreciación personal que manifiestan los entrevistados sobre cuáles serían los elementos que influyen en el buen o mal clima laboral del ámbito que lideran.

Tópico 7: Opiniones y Sugerencias:

Este tópico, recoge las distintas opiniones y sugerencias que los entrevistados puedan aportar en relación a la Reforma de la Salud, al cambio de Modelo de Atención y al clima laboral que se observan en los Centros de Salud de la comuna de San Ramón, que no hubiesen sido considerados en esta entrevista.

Luego de esta breve descripción, revisaremos a continuación en profundidad las opiniones de los entrevistados:

Tópico 1: Conocimientos a nivel individual:

Para comprender los contenidos de las respuestas de los entrevistados en este tópico, se parte del supuesto de que luego de la formación profesional o técnica tradicional, toda persona debería someterse a capacitaciones periódicas, con el propósito de actualizar contenidos y conocimientos relevantes para su quehacer profesional-laboral, especialmente en el área de la salud.

La implementación de la Reforma de la Salud, significó incertidumbre y desconcierto a todo nivel, especulándose sobre las posibles implicancias y ramificaciones que este proceso traería consigo y de qué manera afectaría la carrera funcionaria o la atención que se presta a los usuarios, entre otros. Por esta razón, buscamos a través de las entrevistas indagar acerca del nivel de conocimientos que cada uno de los entrevistados refería poseer.

Las respuestas fueron variadas, desde reconocer la falta de capacitación formal propia, de parte de uno de los directivos, lo que podría incidir, en una primera mirada, en la buena conducción de ambos procesos. Pero, al respecto este directivo señala:

“No soy especialista en el tema, no he recibido ningún curso especial, diplomado o algún otro... pero tengo claro hacia dónde va, sobre todo en el concepto de salud familiar” (Jefe de Salud).

En el transcurso de la entrevista pudimos constatar su afirmación respecto de su claridad en los conceptos, pues se evidencia como uno de los entrevistados que más manejo demuestra frente a ambos procesos, situación que puede explicarse por la experiencia y bagaje en el ejercicio de su cargo.

Un polo opuesto lo representa la Jefa de Personal, en este tópico refiere que, dada la naturaleza de su trabajo, los cambios de la Reforma de Salud y del Modelo de Atención no alteran en nada su quehacer, ya que ella sólo se ocupa de los aspectos administrativos que dicen relación con el personal:

...”no me tocan mucho los cambios de los centros de salud, sigo haciendo lo mismo, claro que la gente viene y me cuentan las dificultades que han tenido, pero yo no tengo mayor injerencia. Resolver esos problemas le corresponde a las direcciones de los centros de salud, yo veo el tema de la asistencia, los contratos, nada más”. (Jefa de Personal)

Sin embargo es necesario consignar que, en su calidad de Jefa de Personal, forma parte de la Comisión de Capacitación, que se encarga principalmente de seleccionar los temas y contenidos de cursos, talleres y diplomados necesarios para el personal de salud.

Al observar las respuestas aportadas por el resto de los entrevistados, encontramos que cuatro de los seis entrevistados manifiestan poseer conocimientos sobre la Reforma de la Salud, y que éstos conocimientos son de carácter general, a saber:

“Tuvimos una capacitación, un diplomado, en salud familiar”.
(Jefe de Sector)

“En el diplomado de la USACH” (Directora (S) Consultorio San Ramón)

“Yo participé en el año 2000 en una pasantía del Ministerio de Salud.... a funcionarios que trabajen en atención primaria, en el tema de salud familiar... un diplomado en el año 2004, la escuela de economía de la Universidad de Chile” (Ex Jefe de Salud Mental)

“Diplomado de Gestión de Establecimientos de Salud, Universidad de Chile” (Jefe de Gestión de Salud)

Así es como el Jefe de Sector, evalúa positivamente su nivel de conocimientos, indicando que se trata de conocimientos adquiridos de manera general, en las distintas instancias de capacitación en las que ha participado. De estas capacitaciones relevan particularmente una:

...“capacitación (recibida por él) más operativa que teórica (basada en cómo implementar la gestión)”... (Diplomado de Gestión de Establecimientos de Salud, Universidad de Chile)
(Jefe de Sector)

Destacan además, las capacitaciones que provienen del Servicio de Salud y que apuntan a desarrollar con mayor profundidad aspectos prácticos, de la gestión y que redundarían en una óptima implementación de la Reforma y del cambio de Modelo. Profundiza indicando que, a nivel personal, considera poseer escaso conocimiento

de los proyectos de ley que incluye la Reforma de la Salud, sin embargo, reconoce un importante nivel de formación autodidacta, motivado en su caso, por interés de tipo personal y gremial, ya que participa regularmente en las actividades del Colegio de Kinesiólogos, y es en esos espacios donde ha podido profundizar más sus conocimientos teóricos.

“Si, (se ha documentado al respecto por) iniciativa propia, además yo participo en algunas actividades gremiales, del Colegio de Kinesiólogos específicamente, donde estuvimos viendo algunos aspectos de la Reforma, planteamientos nuestros respecto de la Reforma, como gremio” (Jefe de Sector).

Existe consenso entre los entrevistados, al señalar que poseen un nivel de conocimientos mayor que el común de los funcionarios/as, pero aun así, lo consideran un nivel de conocimientos general:

“Mis conocimientos son quizás un poco mayores, que los que tiene un funcionario normal, pero tiene que ver con que yo me he capacitado en otros temas, he hecho algunos diplomas en Gestión en la Universidad de Chile, en donde nos abordaron los temas de la Reforma y pude comprender todo el proceso de la Reforma” (Jefe de Gestión de Salud)

“Mayor conocimiento que el común del personal por haber desarrollado trabajo de capacitación en el tema de Salud Familiar, Participación en talleres, una Pasantía del Ministerio de Salud, un Diplomado en Salud Familiar... relator de talleres pequeños... También formación autodidacta.” (Ex Jefe de Salud Mental)

Otro de los aspectos que se pueden observar además, es que en el caso de estas personas, han debido replicar los conocimientos adquiridos, como requisito ineludible de las capacitaciones, diplomados y pasantías realizadas. Lo cual, al

requerirles capacitar a los integrantes de sus equipos, les permite desarrollar un mayor manejo en estas materias. Una opinión discrepante, la emite la Directora (S) del Centro de Salud, quien refiere una buena evaluación de la capacitación recibida, sin embargo, agrega que han existido escasas instancias para replicar lo aprendido.

Tópico 2: Capacitación y conocimientos del personal a cargo:

En este tópico encontramos impresiones variadas respecto de la calidad de las capacitaciones recibidas por los funcionarios/as que los entrevistados tienen a su cargo. El Jefe de Salud Municipal, si bien consideraba en un principio, que este proceso sería muy complejo y difícil de implementar en la práctica, aun cuando las capacitaciones recibidas y el nivel de conocimientos que pudiesen tener podían ser buenas y apropiadas, las dificultades provenían de otros aspectos como por ejemplo problemas culturales o problemas de infraestructura. Pero, a pesar de su impresión inicial está gratamente sorprendido porque:

“Creía muy difícil la transformación, los funcionarios han hecho un enorme esfuerzo para transformarse en Centro de Salud, pudieron dividirse... fue un esfuerzo enorme y la gente lo pudo tomar... durante dos años se hicieron diplomados... (a algunos funcionarios) A la gente le quedó claro hacia donde íbamos. Todos los funcionarios pasaron al menos una vez por los centros de salud (en otras comunas donde ya se había implementado el modelo). Creo que no lo hemos hecho mal.”
(Jefe de Salud)

La Jefa de Personal desde su calidad de integrante de la Comisión de Capacitación, reivindica la calidad de las Capacitaciones y de las entidades capacitadoras, aunque no está convencida de la aceptación o internalización que de ellas pudieran hacer los funcionarios/as:

“Yo pienso, la verdad que la calidad del conocimiento es buena, pero de ahí a que la aplique el funcionario, que este dispuesto, es muy distinto... (Jefa de Personal).

... “se le hizo una solicitud de capacitación a todos los jefes de sector, los encargados de cada centro de salud, de cada programa que nos entregaran las necesidades de capacitación de su gente, entonces en base a eso nosotros vamos a enfocarnos en la necesidad” (Jefa de Personal)..

...“hemos hecho convenios donde se pueda capacitar un mayor número de personas, (a) lo más ha sido 40 o 45 personas por 40 horas, 20 horas, ... y no es mala la calidad, porque el comentario que hemos recibido de los encargados es que es excelente, por eso te digo que el problema no es la calidad, sino que el funcionario que no quiere aplicar o le cuesta aplicar. (Jefa de Personal).

Por su parte, la Directora (S) del Centro de Salud San Ramón, coincide con la Jefa de Personal señalando que:

“A pesar de que hubo capacitación, no sé si la gente no entendió lo que es la Reforma, pero no hace lo que tiene que hacer... recibieron capacitación a través de gente que hizo pasantías, pero el personal no asimiló porque están cansados y con una salud mental horrorosamente mala y por eso no se aplican” (Directora (S) C. S. San Ramón).

Ambas textualidades, como puede apreciarse destacan las dificultades que ha habido para implementar la Reforma de Salud y el Modelo de Atención Familiar.

Otra opinión relevante se relaciona con las dificultades para hacer operativos ambos procesos y se refiere a las múltiples responsabilidades de los Jefes de Sector frente a la necesidad de replicar los conocimientos recibidos a sus equipos. Estos directivos, plantean que no existe el espacio para que ello ocurra, pues los directores de los equipos de salud junto con ejercer este rol, deben seguir atendiendo a los usuarios, lo que hará que:

...los jefes de sector no tienen a su vez tiempo para capacitar o para resolver problemas puntuales que se produzcan porque están todo el tiempo atendiendo a pacientes... (Directora (S) C. S. San Ramón).

Se considera que el problema radica en que, los conocimientos a los que acceden las y los funcionarios, son más bien de carácter operativo y que además no tienen la oportunidad de profundizarlos, ésto lo atribuye a que manejan un nivel básico de conocimientos, que la expresa de la siguiente manera:

“...netamente operativo o técnico, no hay un mayor involucramiento por desconocimiento, por falta de acceso a información, por desmotivación o desinterés en saber lo que es la Reforma...” (Jefe de Sector)

Además, alude al ritmo de trabajo en los Centros de Salud, que genera cierto inmovilismo ya que sólo hay tiempo para adquirir los contenidos y destrezas mínimas necesarias para funcionar día a día, no hay tiempo para profundizar en la teoría, o no hay tiempo para captar en plenitud el espíritu de la Reforma o cuáles son los fundamentos que justifican un cambio de modelo de atención. Se puede apreciar además en sus dichos, que a los funcionarios/as no les interesa profundizar más, que sólo les interesaría conocer lo estrictamente necesario para que el trabajo se haga. Dicha disposición podría explicarse por la sobrecarga de trabajo, y de cómo ésta incide en la aparente falta de compromiso de los funcionarios/as con ambos procesos.

Se reconoce que no existe homogeneidad de conocimientos, respecto de la Reforma y del cambio a Centro de Salud Familiar, salvo en aquellas áreas o ámbitos muy específicos de cada profesión, donde existe mejor calidad de conocimientos aportados por alguna capacitación puntual. También señala, que si bien las capacitaciones se han impartido a todos los estamentos, es decir, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares, ésta no es la única vía para lograr los objetivos de la Reforma de Salud:

“... Creo que la Reforma va a salir al final... pero se va a demorar más de lo pensado porque implica un cambio de disco duro en la gente... que no se logra por decreto...” (Ex Jefe de Salud Mental)

Se reitera la resistencia al cambio de los funcionarios/as, lo que juega un papel importante en la implementación pues se evidencia la necesidad de generar un cambio cultural para que ello suceda. No obstante, este proceso se irá dando en forma paulatina, en la medida que se vayan asimilando los cambios y de este modo se vayan generando las condiciones para una adecuada implementación.

Tópico 3: Aciertos del Modelo y de la Reforma:

Respecto de este tópico, se puede resaltar la importancia que los entrevistados le otorgan a ambos procesos, nos llama la atención que no hacen referencia a los aciertos de la Reforma, y con algunos entrevistados, queda la sensación de que confunden ambos procesos, y que los sitúan en el mismo nivel.

Queda más claro, luego de una segunda lectura y revisión de las transcripciones de éstas entrevistas, que los aciertos a los cuales se refieren los directivos es el cambio de Consultorio a Centro de Salud, proceso que es vivenciado de manera más cercana y directa.

La opinión del Jefe de Salud, en este tema, afirma en primer lugar y como principal acierto, la cercanía que el nuevo Modelo de Atención logra entre los equipos de salud y la población usuaria. Destaca como una fortaleza la:

“...Continuidad en la atención con los mismos profesionales, como en la atención particular... mayor confianza” (Jefe de Salud).

En el anterior modelo, se trabajaba con un pool de profesionales que atendía en los programas de salud a las personas según grupo etario o situación de salud específica, por ejemplo, si una mujer embarazada debía acudir a control con matrona, nunca sabía de antemano qué profesional la atendería, ésto en la práctica significaba una atención despersonalizada. En la actualidad, eso cambia radicalmente, ya que la idea principal es que un mismo equipo de salud atienda a los usuarios de un sector determinado. Esta manera de funcionamiento debiera generar lazos de confianza con las personas, los grupos y la comunidad en general. Por lo mismo, de existir algún problema puntual entre el usuario y el equipo de salud que lo atiende, este podría ser reubicado con mayor facilidad:

“Se trata de un sistema flexible, se puede cambiar en caso de no gustar el equipo de salud. ..” (Jefe de Salud).

“Este mayor conocimiento entre la gente... Implica mayor calidad en la atención... por la familiaridad en la atención..” (Jefe de Salud).

En este mismo sentido opina el Ex Jefe de Salud Mental:

“Trabajar con un modelo distinto implica ejercer multiplicidad de roles en gente que hace muchas cosas con cierta especialización o experticia. (Antes una enfermera o nutricionista o psicólogo atendía a adultos o a niños, estaban diferenciadas sus funciones, ahora la misma enfermera atiende niños, adultos, adolescentes)” (Ex Jefe de Salud Mental)

Algo parecido, plantea por su parte el Jefe de Gestión, señalando que:

“Indudablemente el modelo tiene muchos beneficios con respecto al modelo individualista, hoy día tenemos una salud más cercana a la gente, que ya no se preocupa del dolor de cabeza solamente, sino que es una cuestión más familiar, más integral” (Jefe de Gestión de Salud).

Además concluye refiriéndose a los aciertos del modelo y a modo de balance que:

“... en estricto rigor creo que la evaluación ha sido positiva, se ha podido afrontar un proceso totalmente desconocido que generó algún tipo de conflicto en: la comunidad- funcionarios- consultorio, y que ha podido dar buenos resultados hasta el momento”. (Jefe de Gestión)

El Jefe de Sector, señala por su parte, aspectos relativos a la salud mental del personal a su cargo, destacando que ha observado:

“Cambios importantes en la disposición de los equipos humanos a pesar del estrés inicial, personas que han evolucionado, comprendido la idea, se han vuelto grandes colaboradores”. (Jefe de Sector)

Otro aspecto que se destaca como un acierto de ambos procesos, es lo obtenido luego de la formación de los equipos sectoriales, rescatando que se trata de funcionarios/as que estaban acostumbrados a trabajar de una determinada manera, sin embargo cuando se logra una compenetración, se produce:

“Fiato como equipo y mejor comunicación”. (Jefe de Sector)

Un aspecto emergente, tiene que ver con la competitividad, esto se señala en términos positivos, considerándola como una experiencia que fortalece a los equipos. Con anterioridad, no se apreciaba claramente esta situación, ahora se genera una suerte de competencia entre equipos o en algunos casos entre centros de salud por lograr cumplir las metas sanitarias, y los compromisos de gestión:

“yo encuentro muchas cosas rescatables... se empieza a generar cierta competencia, pero yo creo que esa competencia es buena, también nos da motivación”. (Jefe de Sector)

Otro aspecto positivo dice relación con la capacitación que han recibido los integrantes de los equipos, uno de los entrevistados señala:

“Hay que rescatar que los equipos están formados y capacitándose cada vez más, ahora los jefes del sector están capacitándose” (Directora (S) Centro de Salud).

Esta escueta respuesta para el tópico aciertos del Modelo y la Reforma, se entiende más adelante, cuando se solicita a los entrevistados referirse a las dificultades del modelo y de la Reforma. Entendemos cuán importante es que los equipos estén formados, pese a que el mismo Jefe de Salud señaló que él veía difícil la constitución de los equipos de trabajo. Se destaca además la importancia que adquiere la capacitación, atribuyéndole una gran cuota de responsabilidad al hecho que el personal se encuentre debidamente capacitado.

“Ha dado la posibilidad de abrirse a una mirada más integral de lo que es Salud, hacer trabajo cooperativo, multidisciplinario”. (Ex Jefe de Salud Mental)

Antes de la implementación del cambio de Consultorio a Centro de Salud y por tanto, de la implementación de un nuevo Modelo de Atención, existía una marcada distancia entre el personal de los consultorios y el personal del Programa de Salud Mental, no era extraño que incluso el equipo de este último fuese desconocido para

el común de los funcionarios/as del consultorio, es decir no se conocía al psiquiatra o al psicólogo/a. Pero, el cambio de modelo obligó al personal del Programa de Salud Mental a integrarse y a complementarse con el resto del personal de salud, beneficiando de manera directa a la población usuaria. Una consecuencia positiva en este sentido podría ser que las problemáticas de salud, ligadas a la salud mental, ya no se atienden de manera segregada disminuyendo con ello el estigma social que significa para los afectados la concurrencia a atención psicológica.

Sin embargo, este es un proceso aun incompleto pues aunque se señala que desde el Programa de Salud Mental se está colaborando con el proceso de salud familiar que están desarrollando los Centros de Salud, aún no se está haciendo salud mental familiar propiamente tal. El mismo entrevistado ve como un aporte que su equipo pueda colaborar con dichos centros, y destaca como un acierto la oportunidad de:

“Desarrollar la intersectorialidad a nivel interno (entre los distintos actores a nivel comunal) y eso es una ganancia. Aunque a la gente le cuesta abrirse, es positiva la posibilidad de la multiprofesionalidad (te visualizan como profesional de salud mental y que puedes ser un aporte)” (Ex Jefe de Salud Mental).

El mismo entrevistado finaliza su reflexión señalando que:

“Se cruza la barrera del perfil profesional porque los (funcionarios/as) de Salud Mental pueden hablar de Salud Familiar aunque no están haciendo Salud Familiar” (Ex Jefe de Salud Mental).

Tópico 4: Dificultades del Modelo

Aparentemente siempre resulta más fácil referirse a las dificultades o los aspectos negativos de cualquier tema, en este sentido gran parte de los entrevistados se refirió principalmente a las dificultades de infraestructura:

“El Consultorio no tiene el espacio físico necesario para transformarse en un Centro de Salud Familiar”. (Jefe de Sector)

El espacio físico es importante para los trabajadores/as, como se constató también con los funcionarios/as, sin distinción de categoría. Similar opinión, tiene el Jefe de Sector, señalando en primer lugar los problemas de infraestructura y que según su apreciación, no se cuenta con los espacios físicos mínimos para transformarse en un Centro de Salud. Por otra parte, amplía un poco más su reflexión, señalando que:

“La falta de recursos dificulta la gestión y el sentido de equipo, empantanándolos en resolver problemas del día a día...” y por lo tanto su ***“Evaluación es deficiente por las condiciones físicas o ambientales”***. (Jefe de Sector)

El Jefe de Salud, por su parte señala que los problemas de distribución y ubicación física del personal, ahora redistribuidos por sectores, se han incrementado y lo gráfica diciendo:

“Se cuenta con un sólo box para que atiendan distintos equipos”. (Jefe de Salud)

Tal como lo expresa el Jefe de Salud, lo anterior, obligó a las direcciones de los centros de salud a hacer grandes esfuerzos logísticos para ubicar de la mejor manera posible a los distintos equipos, de esta forma, hubo que sortear grandes dificultades de espacio produciéndose la paradoja de que una pequeña oficina o box que inicialmente fue diseñada para albergar a un funcionario/a y a un usuario/a,

ahora debería ser redestinada por ejemplo para que tres o cuatro funcionarios/as realizaran las tareas administrativas de un determinado sector al mismo tiempo.

“No hay posibilidad de atender en consultorios antiguos porque están superpoblados”. (Jefe de Salud)

Como explicamos en capítulos anteriores, los Consultorios San Ramón y La Bandera, fueron diseñados y construidos para atender a un determinado número de población, sin embargo su capacidad, ha sido forzada a aumentar al doble en los últimos años, con los consiguientes problemas de hacinamiento laboral, situación que también incide en el estrés de los funcionarios/as y redundando por lo tanto en la deficiente calidad de atención que se entrega a los usuarios:

“No hay espacio para atender las nuevas patologías AUGE”. (Jefe de Salud)

Dicha situación se hace más aguda cuando los Centros de Salud, estaban incorporando, la atención de una nueva patología GES, como es la depresión, la cual, por su frecuencia en la población, obligó a destinar espacios para que los psicólogos realizaran sus consultas y talleres grupales. Es necesario recordar que anteriormente ésta patología era atendida en los centros de salud mental y ahora, con la Reforma es incorporada a los centros de salud familiar, con lo que el problema de la escasez de box para la atención se acentúa.

Afortunadamente en Diciembre del año 2006, en el sector sur de la comuna, es decir, en la Población La Bandera, entrará en funcionamiento el Centro de Salud Gabriela Mistral, donde serán atendidos los usuarios de dos sectores del Centro de Salud La Bandera, es decir, éste centro de salud que hoy atiende a cuatro sectores verá reducida prácticamente a la mitad el número de usuarios.

“Pero a futuro quizás en el área sur se pueda resolver”. (Jefe de Salud)

Esto contribuirá por una parte, a descongestionar los espacios, contar con más box, oficinas, salas de espera, etc., por tanto, los funcionarios/as podrán trabajar y atender a los usuarios en mejores condiciones. El nuevo Centro de Salud Gabriela Mistral, contará con la infraestructura adecuada, diseñada especialmente para operar en la lógica del nuevo Modelo de Atención, la que cuenta con espacios claramente diferenciados por sector y por profesional.

“Los Consultorios no han tenido grandes problemas con esto, más que algunas complicaciones en el ámbito de la infraestructura y del equipamiento”. (Jefe de Gestión de Salud)

No obstante ello implica una situación de cambio que también pudiera incidir en el clima laboral de los centros de salud tal como lo expresa la Jefa de Personal:

“Si para muchos es chocante, para ellos se redistribuyó todo. Además empezar a congeniar con personas que tú no has trabajado nunca. Estaban acostumbrados a trabajar con un equipo por años y que te saquen a otro lugar con otros jefes...”. (Jefa de Personal)

Además, el nuevo Modelo de Atención, ha abierto la posibilidad de mostrar desde la Atención Primaria cómo se practica la medicina, la nutrición, la enfermería, el trabajo social. Este es un proceso que se ha dado en los últimos años, convirtiéndose ambos centros de salud en centros de práctica para algunas universidades.

“La gente está un poco más estresada con el cambio, a los cambios se le ha agregado la docencia, lo que es un esfuerzo más”. (Jefe de Salud)

De esta forma, a toda la carga de trabajo y exigencias propias de algunas profesiones, se suma el esfuerzo de recibir alumnos, específicamente a alumnos de medicina, nutrición y enfermería preferentemente. Ello ha dado paso a la posibilidad de que los profesionales hagan docencia o guíen prácticas profesionales, lo que sin

duda, requiere un mayor esfuerzo, pero también implica el desafío de guiar a las nuevas generaciones de profesionales.

Por otro lado, otra dificultad que se aprecia es:

“El desconocimiento de la población y de nuestros usuarios de (cuáles son) las patologías, (del plan AUGE o GES) hay mucha confusión al respecto”. (Jefe de Gestión de Salud)

Además de los problemas de infraestructura, y de información, éstos directivos refieren los problemas de relaciones humanas que se generan a partir de la readecuación de los equipos de trabajo y de comenzar a trabajar en una modalidad distinta a la que por años estuvieron acostumbrados.

Otra dificultad que reconocen también se refiere a aspectos relacionados con la metodología de trabajo:

“Hace falta plantear una forma de trabajo distinta y un trabajo que sea realmente preventivo, de seguimiento y de Salud Familiar. Reforzar el sentido de Equipo también”. (Jefe de Sector)

Al respecto se considera como dificultad el hecho de funcionar de una manera que es vista por todos como obsoleta, que ya no esta acorde con los nuevos tiempos ni con las necesidades de salud actual. El actual modelo pone énfasis en los aspectos tanto de prevención como de promoción de la salud. Este modelo requiere contar con el tiempo necesario para realizar las visitas domiciliarias, para que los funcionarios/as se compenetren más con la comunidad, y hagan de “verdad” salud familiar. Para ello deberán tener claro que como equipo serán responsables de la salud de su sector, y que harán seguimiento por muchos años a familias que habitan en el.

A pesar de lo anterior, se alude a la contradicción que se observa con las exigencias desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente dadas las constantes presiones de parte de esta instancia hacia el cumplimiento de metas y plazos impuestos a los equipos de salud:

“...También puede ser por los recursos, se le sigue dando prioridad al asistencialismo, hay que cumplir con la morbilidad, con metas, no queda tiempo...” (Directora (S) Centro de Salud)

A las exigencias del Servicio de Salud agrega la sobre demanda de atención de los usuarios que los distintos profesionales y especialmente los jefes de sector deben afrontar.

“.....los jefes de sector no tienen el tiempo... para capacitar a sus equipos,.. Por ejemplo en el sector de la... es la jefa de sector, ella en la mañana tiene que atender, atender, atender y de repente se necesita al jefe de sector porque hay algún problema, entonces no lo puede resolver porque está atendiendo y si deja de atender los pacientes reclaman.” ... (Directora (S) Centro de Salud).

Ambas textualidades apuntan a que no se puede dar fiel cumplimiento a las expectativas del nuevo Modelo de Atención, por las demandas establecidas desde el nivel central, dado que los equipos de salud no tienen tiempo para realizar trabajo comunitario, como se requiere para realizar óptimamente prevención y promoción de la salud.

También se critica el estilo de gestión, utilizado tanto desde el nivel central como a nivel intra-centro de salud, entendiéndose entonces que las estrategias utilizadas son percibidas por los funcionarios/as como imposiciones que no consideran las opiniones o experiencia que poseen quienes tienen que actuar bajo las normas e indicaciones de este nuevo Modelo de Atención:

“...existe poca participación, muy vertical, falta de compromiso desde la génesis..., falta de empoderamiento, de sentirse partícipe y no sólo depositario de normativas... (todo ello) dificulta el compromiso. (Ex Jefe de Salud Mental).

Esta opinión se puede entender como una falencia de espacios de participación generados por esas instancias superiores de decisión. Entonces, al percibirse esta distancia entre quienes dictan las pautas (nivel central) y quienes tendrán la responsabilidad de materializar la implementación de ambos procesos (nivel local) es comprensible observar falta de compromiso e insatisfacción laboral de los funcionarios/as

Tópico 5: Dificultades de la Reforma:

Sobre las dificultades de la implementación de la Reforma en los centros de salud, se releva lo atingente a las nuevas exigencias que implica el cumplimiento de los plazos y requerimientos de las Patologías AUGE, ahora GES (Garantías Explícitas en Salud) en definitiva, todo esto conlleva, más trabajo, más exigencias para el mismo personal, en este sentido el Jefe de Salud señala que:

“Han aumentado las obligaciones. Ahora hay metas sanitarias que cumplir (indicadores)... Con el cambio de Modelo y la Reforma, los funcionarios tienen que trabajar más. Son menos en cada lugar. No pueden descansar en el otro”. (Jefe de Salud).

Esto se explica por la presión que trae implícita la Reforma de la Salud, principalmente, en lo relativo a los plazos garantizados para la atención de las patologías GES. Al respecto se manifiesta temor ante la posibilidad de que cualquier profesional o Centro de Salud pueda ser objeto de demandas por incumplimiento de las garantías explícitas que comprende la Reforma de la Salud. Entonces, las obligaciones y nuevos requerimientos de la Reforma han significado en la práctica mayor cantidad de trabajo, prestar más atención a las patologías cubiertas por ella, al mismo tiempo que se continúa atendiendo todas las otras prestaciones de salud

que ha incorporado tradicionalmente la Atención Primaria. Esta situación suma más elementos, y aumenta la resistencia al cambio.

Las dificultades para trabajar en equipo son percibidos por los entrevistados como los principales obstáculos de la Reforma, sin embargo se observan además otros aspectos como por ejemplo la necesidad de contar y mejorar el sistema informático con personal idóneo para ello:

“Hoy día el GES nos lleva a que tengamos que ingresar todas la patologías detectadas como AUGE a un sistema informático llamado GES y este sistema informático trae miles de complicaciones, (debería ser parte de la capacitación de los funcionarios), hay que tener funcionarios (especialmente) dedicados a ésto, y un funcionario que haga de enlace con el servicio para ir viendo cómo va el desarrollo de estas patologías AUGE”. (Jefe de Gestión de Salud).

En el mismo sentido, se amplía la reflexión y se reitera que las dificultades de la Reforma se deben principalmente a la falta de conocimientos en torno a ésta, de parte de las autoridades locales:

“Desconocimiento de los fundamentos de la Reforma de parte de los Alcaldes o Municipios o desinterés en participar y facilitar los medios para implementar la Reforma (Recursos Humanos y Físicos)”. (Jefe de Sector)

Lo que, en la práctica, ha significado un claro entorpecimiento para la implementación de la Reforma. Por otra parte, se reiteran como dificultades la:

“Falta de recursos de todo tipo, sobre todo material, hacinamiento y falta de personal” (Directora (S) Centro de Salud).

En el mismo sentido, se agrega a la reflexión que todos estos elementos negativos inciden directamente en la salud física y mental de los trabajadores, afectando su buen desempeño en el proceso de la Reforma de la Salud.

“La Reforma representa una vivencia amenazante que te obliga a hacer más cosas con recursos técnicos, profesionales y de horas limitados”. (Ex Jefe de Salud Mental).

Si nos detenemos a interpretar en profundidad este punto y lo analizamos desde la perspectiva de la satisfacción laboral podríamos inferir que, para los funcionarios/as, especialmente los que llevan más años o mayor antigüedad laboral, la Reforma trae asociado más trabajo, y más exigencias por igual remuneración. En este sentido, la gente considera la Reforma como una amenaza y no como una oportunidad en el largo plazo:

“Porque la emergencia y los problemas son ahora, esto genera agotamiento, cansancio, no se ve la respuesta de la autoridad). Es más un elemento de estrés que de resolución de problemas”. (Ex Jefe de Salud Mental)

En definitiva, lo anterior implica para los trabajadores/as hacer más cosas en menor tiempo, lo que se refleja en disminución de la calidad de la atención. Se llama la atención acerca del manejo político poco adecuado de éstos temas:

“Si tu ves a nivel de noticias, el día después de que la depresión pasó a ser AUGE, colapsaron muchos consultorios o centros de salud, porque la gente empezó a demandar, lo cual implica que hay un mal manejo político del tema, falta de estrategias. Yo creo que tiene que ver con eso. En salud mental, para terminar la idea, creo que hay más preocupación por las áreas temáticas en salud mental, de lo que nosotros hacemos, de lo que vamos hacer y haremos en salud mental”. (Ex Jefe de Salud Mental).

Este denominado “mal manejo político”, se refiere a la improvisación con la que se asumen procesos de gran envergadura y que dados los recursos humanos con los que se cuenta, debieran ser más paulatinos.

Finalmente, otro entrevistado en un análisis un poco más somero discrepa de la opinión anterior señalando que:

“Este proceso ha involucrado una buena gestión en términos de utilización y optimización de recursos, (pero), ésto por un lado ha provocado conflictos.... No se si a la gente le costó mucho entender o si se produjo una cuestión sociológica que es el miedo al cambio”. (Jefe de Gestión de Salud)

El atribuye las dificultades de la Reforma al miedo al cambio más que a un mal manejo de las autoridades u otros aspectos aquí señalados.

Tópico 6: Clima Laboral

Cuando hablamos de clima laboral nos referimos al conjunto de características objetivas de la organización, como son por ejemplo los estilos de dirección, las normas y el medio ambiente. (Escart s/f). En el caso de nuestros entrevistados, resulta interesante recoger sus discursos para comprender cómo abordan este tópico, en el cual relevan la inestabilidad laboral como el elemento negativo que afecta directamente al clima laboral.

Ello se ve acentuado por situaciones como las vividas durante el año 2005, cuando la comuna debió enfrentar importantes problemas de déficit presupuestario, que obligaron a las autoridades comunales a reducir las jornadas laborales, e incluso, despedir algunos funcionario/as, con el consiguiente temor e inseguridad generalizada que ésto produce. Se agrega a ésta situación un elemento más que es el sistema contractual que derivó de ésta crisis laboral:

“La inestabilidad laboral es una de las cosas que más afecta tanto a hombres como a mujeres, además ellas tienen más responsabilidades familiares.” (Jefe de Salud)

Por otro lado, también se mencionan en este sentido a los sistemas de evaluación implementados en los servicios. El problema que señalan se refiere a los funcionarios/as que han sido mal evaluados en su desempeño y que continúan en el servicio. Las razones de estas decisiones son desconocidas puesto que quedan a discreción del Alcalde, sin existir criterios previos, claros y públicamente establecidos. Estas situaciones redundan en una sobrecarga de funciones o labores en los trabajadores/as que si realizan bien su labor.

“Hay exceso de funcionarios. Hay funcionarios que han sido mal calificados y se mantienen... (Por tener más de seis meses de licencia) y se castiga a algunos por otros”. (Jefe de Salud)

El Jefe de Sector, por su parte, aun cuando también señala que aspectos como la infraestructura y la falta de personal afectan negativamente el clima laboral, considera que el sistema de calificaciones es un elemento preponderante en este sentido:

“El sistema de calificaciones es erróneo porque resulta estresante que el calificado no lo conozca desde el primer momento ni sepa claramente cuáles son sus propias funciones y para el calificador por qué la tabla no satisface las necesidades objetivas a calificar” (no incluye casi nada que sea objetivamente medible). (Jefe de Sector).

Frente a esto se podría decir que en las categorías D, E y F donde la labor que realizan no varía sustancialmente con el cambio de Modelo de Atención, incluso pudiera ser que exista un exceso de personal, sin embargo en las categorías A y B, existe claramente un déficit de personal lo que incidirá en una sobre carga de trabajo para ellos y más aun bajo la nueva concepción que implican estos procesos en marcha.

“Hay gente de planta que se debería haber eliminado hace tiempo... Los de planta pueden manifestar su disconformidad más libremente...” (Jefe de Salud)

Durante la crisis presupuestaria del año 2005, se pensaron distintas estrategias de abordaje y solución a este problema, sin embargo, algunas generaron más inseguridad e incertidumbre que soluciones. No se puede trabajar en condiciones normales, si algún trabajador no cuenta con un mínimo de certeza respecto de la duración de su contrato. Esto hará que el clima laboral resulte estresante. Firmar contratos todos los meses, o con una frecuencia de tres o seis meses, es una situación que indudablemente incidirá en mayor o menor intensidad en la manera de relacionarse del trabajador/a y en consecuencia se afecte el clima laboral de cualquier institución.

“Estoy completamente en desacuerdo con la inestabilidad laboral...No saber si se va a tener trabajo o no en tres meses más...No hay un plan de recuperación de la estabilidad de aquí a fin de año, entiendo que por todo esto el clima laboral esté complicado” (Jefe de Salud).

La inestabilidad laboral es una fuente importante de insatisfacción laboral, esto se aprecia claramente en los resultados de la encuesta aplicada a los funcionarios/as en la que casi un tercio de los trabajadores/as se manifiesta insatisfecho. En esta dimensión sólo la categoría A se manifiesta satisfecha.

“Hay que cambiar el sistema de contratos... la sugerencia del Alcalde de hacer contratos por un mes es impracticable” (Jefe de Salud).

Otro aspecto relevante para los entrevistados es el no aprovechamiento de los espacios para el autocuidado, considerando el tipo de trabajo que desarrollan y las condiciones de inestabilidad en que se encuentran podría ser un elemento central para intentar mantener un clima laboral saludable.

“La gente no entiende que hay que cuidarse, no van a las clases de gimnasia, prefiere irse a su casa, falta de tiempo del mundo moderno, siempre hay mucho que hacer”. (Jefe de Salud)

Podemos apreciar que existe de parte de los directivos de los centros de salud, la voluntad política para apoyar iniciativas tendientes a mejorar o fortalecer los ambientes laborales a través de actividades extra laborales para que el clima que los trabajadores perciban sea más grato, sin embargo se carece de información respecto de cómo valoran los funcionarios/as iniciativas como éstas, si son las esperadas por ellos, etc.

El estrés es uno de los aspectos que señalan los entrevistados asociados al cambio de modelo y destacan cómo éste afectó el clima laboral.

“Aparte de que todo cambio de sistema de trabajo es estresante de por sí ha coincidido con una reducción de personal y disminución de horas de trabajo (y de dinero) que ha generado un estrés máximo y preocupación en la gente que les impide pensar en la intención de la Reforma”. (No hay condiciones ideales para plantearse y pensar en la intención y contenidos de la Reforma). (Jefe de Sector).

Se considera además que el mejoramiento del clima laboral en el contexto actual requiere de estilos de gestión más participativos y que esto es también un proceso a realizar tanto en las autoridades como en los funcionarios/as.

“Es favorable (o positivo) que con esta forma de trabajar en equipo que requiere la Reforma haya mayor democratización en las relaciones laborales (que todos puedan expresar sus opiniones, construir entre todos) pero la gente está acostumbrada al sistema vertical donde se les diga lo que tienen que hacer y no a decidirlo ellos mismos. A otros (jefes) les cuesta delegar, confiar y trabajar en equipo” (jefe de sector)

Otra visión respecto del tópico Clima Laboral, es la que entrega la Directora (S), quien señala que:

“Es negativo, hay molestia en la gente. Es malo. No hay trabajo en equipo, y hay muchos problemas. En las mañanas las oficinas están sucias, el personal de aseo debería trabajar desfasado aunque fuera en media hora, el aseo que se hace es superficial, (una misma tiene que sacudir) eso desmotiva mucho. No hay compromiso ni motivación ...no resultan las estrategias, hay que asumir varias funciones y esto cansa y estresa, se han puesto a disposición de la Dirección a las personas conflictivas pero no hay solución, no hay donde colocarlas..”. (Directora (S) Centro de Salud)

Finalmente el Ex Jefe de Salud Mental, señala las circunstancias que a su juicio han tensionado las relaciones entre los funcionarios, y por tanto han incidido negativamente en el Clima Laboral que en su opinión son:

“Sectorizar y armar equipos de trabajo cuando los elementos técnicos son escasos, dificulta el trabajo, el hacinamiento conflictúa las relaciones laborales (eso se está viviendo en los

Centros de Salud de la comuna incluida el área de Salud Mental)". (Ex Jefe Salud Mental)

Finalmente como podemos observar, las respuestas aquí desplegadas muestran una variedad de aspectos que según los entrevistados tienen una mayor o menor importancia al momento de catalogar la satisfacción laboral de los trabajadores/as, pero que de todos modos inciden en el clima laboral reinante en los Centros de Salud:

"Más que el desgaste en la gente me preocupa que pierdan contacto con lo afectivo, con su trabajo y falta de compromiso con la atención al paciente". (Ex Jefe de Salud Mental)

En general observamos que los entrevistados coinciden en valorar el clima laboral de sus centros de salud de manera negativa o deficiente, confirmando entonces nuestra hipótesis inicial, que consideraba que la falta de socialización de los contenidos y fundamentos de la Reforma de Salud y la implementación del nuevo Modelo de Salud, han contribuido a deteriorar el clima laboral en los centros de salud de la comuna de San Ramón, dado que se suma a las condiciones materiales objetivamente deficientes de éstos centros, las condiciones, a nivel subjetivo, como son la inestabilidad laboral, sobreexigencia laboral y la carencia de una formación apropiada para llevar a cabo un trabajo en equipo tal como exige el nuevo Modelo de Atención y la Reforma de Salud en Marcha.

Tópico 7: Opiniones y Sugerencias

Finalmente, cuando se les pidió a los entrevistados que señalaran en términos generales sus opiniones y sugerencias frente a los temas consultados, pudimos observar algunas coincidencias con relación al trabajo en equipo, en este sentido el Jefe de Sector nos planteó lo siguiente:

“Para hacer bien la Salud Familiar, (hay que) acentuar el trabajo en equipo... que incluya a todos los niveles de personal (desde el médico hasta al administrativo)”. (Jefe de Sector)

Agregando que es necesario mejorar la comunicación al interior de éstos:

“Integrándolos a todos. Entregar más conocimientos acerca de la Reforma para que todos básicamente entendamos lo mismo y cada miembro del personal asuma y haga suyo los objetivos de la Reforma”. (Jefe de Sector)

Por su parte, la directiva del Centro de Salud remarca la necesidad de:

“Reestructurar los equipos sectoriales...” (Directora (S) Centro de Salud).

Profundiza su análisis señalando que, la falta de equivalencia en la forma de administrar los Centros de Salud, provocaría a su juicio, malestar entre los funcionarios/as de ambos Centros, especialmente entre los jefes de sector quienes se sentirían vulnerados en materias salariales con respecto a sus pares del otro Centro de Salud debido a que:

“...no se les pagan horas extras, en La Bandera sí se les pagan las horas extras a los jefes y eso genera envidia. Esto vino desde el Departamento de Salud. Con la explicación de que allá se paga porque hay mayor cantidad de población... pero eso desmotiva y los jefes hacen sólo lo que pueden, si no se le paga como a los otros. ...” (Directora (S) Centro de Salud).

Otro aspecto emergente en este Tópico, dice relación con la importancia del rol que se debe asumir frente a estas profundas modificaciones, las que en su conjunto, implican un cambio de paradigma, ante el cual, quienes lideran éste proceso debieran:

“...reforzar nuestra responsabilidad frente a la salud de la Comuna y el sentido de nuestra misión...” (Jefe de Sector)

“Hace falta involucrarse más, desde el Jefe de salud debe haber una mejor conducción, más compromiso, mayor generación de ideas, ser más propositivos. Es un tema de voluntad y de creerse el cuento”. (Ex jefe de Salud Mental)

El tenor de las opiniones o sugerencias está marcado por las características personales de cada uno de nuestros entrevistados, así podemos apreciar que por una parte algunos de ellos se manifiestan disconformes frente a estos procesos de cambio, centrándose en las dificultades cotidianas de su implementación, y por otra parte, encontramos una visión más general, que les permite analizar éstos procesos a largo plazo, proyectándose en un sentido más optimista, lo que deja entrever un mayor compromiso con la Reforma de la Salud y con el cambio de Modelo de Atención, esto se visualiza claramente en las siguientes opiniones:

“Aunque los recursos son importantes, (son necesarios y escasos) es importante la gestión, la Reforma no sólo debe ser de un estamento sino de todos los que forman parte de la Comuna, sobre todo en los municipios pobres como este”. (Ex jefe de Salud Mental)

“Creo que la Reforma va a salir al final pero se va a demorar más de lo pensado porque implica un cambio de disco duro en la gente que no se logra por decreto.” (Ex jefe de Salud Mental)

Si bien, en la materialización de estos procesos, se han destacado aspectos positivos también se han producido roces y conflictos al interior de los equipos y por ende en los Centros de Salud. Pero si contáramos con el compromiso y voluntad suficiente de parte de todos los estamentos involucrados en dichos procesos dentro de la comuna, sobrepasando las dificultades inherentes a todo cambio de paradigma, la implementación de la Reforma y del cambio de Modelo de Atención podrían llegar a la población usuaria cumpliendo con los objetivos inicialmente trazados.

CONCLUSIONES

Como hemos mostrado en el presente trabajo, el escenario en el que se desarrolla nuestra investigación, es el de una profunda Reforma en el Sistema de Salud que involucra un cambio en el Modelo de Atención. Este cambio ha sido impulsado por políticas de salud públicas orientadas a lograr una mayor equidad y acceso al derecho constitucional de salud para todo ciudadano independientemente de sus ingresos.

La Constitución asegura a todas las personas “*el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona*”, (Const. Pol. De Chile, Art.19, i.1).

El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”, (Const. Pol. De Chile, Art.19, i.9).

En este marco, la hipótesis desde la cual se desprende esta investigación se justifica fundamentalmente en el entendido que una buena atención en salud requiere que los equipos responsables de otorgarla estén en condiciones adecuadas y dispongan de las condiciones necesarias para ello. Sin embargo, **“La puesta en marcha de la Reforma de Salud, así como, la implementación del Modelo de Salud con Enfoque Familiar, sin una adecuada socialización de lo**

que ello significa, han contribuido a deteriorar el clima laboral en los Centros de Salud de Atención Primaria de la comuna de San Ramón” que fue nuestra hipótesis, se ve confirmada tanto por los funcionarios/as en general, así como por los funcionarios/as con responsabilidades directivas de los centros de salud.

Las múltiples razones que dan validez a la hipótesis planteada, están ya referidas en el capítulo “Análisis de datos” de este informe. Queremos destacar que una de las principales razones argumentadas en este estudio como un obstaculizador, es la escasa difusión y asimilación del espíritu de la Reforma, derivado, según nuestra visión, de la falta de comunicación clara de estos procesos a todos los niveles funcionarios en forma igualitaria.

Ello se confirma principalmente en los funcionarios/as de las categorías D, E y F (constituidas principalmente por técnicos, administrativos y auxiliares de servicio). Estos/as han recibido capacitaciones dentro de la comuna en Salud Familiar, sin embargo éstas han sido de corta duración y en la mayoría de los casos, sólo orientadas a la parte instrumental, por lo tanto no se han tratado los temas de fondo que se desprenden de éstos profundos procesos de cambio

Los cursos y diplomados en Salud Familiar han estado orientados principalmente hacia profesionales de las categorías A y B, quienes preferentemente son quienes ocupan cargos directivos, y por lo tanto son quienes deben liderar los cambios y replicar lo aprendido a los funcionarios/as de las otras categorías, sin embargo ello no se ha cumplido necesariamente y/o no se ha aplicado adecuadamente. En la práctica, hay un nivel de transmisión de estos conocimientos, que no es óptima, debido en gran medida a la falta de tiempo, derivada del vertiginoso quehacer diario, ya que la absorción de información y aplicación de ella deben hacerse a la vez y sobre la marcha, puesto que no existen los recursos económicos ni humanos orientados a capacitar al grueso de los funcionarios/as de un modo realmente efectivo.

Si bien en el papel, quienes deben liderar este cambio y sobre quienes descansa la implementación de la Reforma y el nuevo Modelo de Atención son los funcionarios/as de mayor categoría, no se contempla formación para los funcionarios/as de menor categoría, que constituyen el mayor número y la base de esta pirámide, a pesar de que son de importancia gravitante en este proceso. Sobre ellos descansa en mayor medida el trato cotidiano y directo con los pacientes y por lo tanto necesitan una capacitación e información minuciosa, junto con válvulas de escape y técnicas para el manejo de estrés.

Otro de los factores que incide en el deterioro del clima laboral es que, añadido al estrés producido por estos cambios, a la desinformación y a la sobrecarga de trabajo, destaca además el hecho de que la base de la pirámide funcionaria de nuestra muestra, que es el 51% de las categorías D, E y F está constituida en su mayoría por mujeres, en muchos casos jefas de hogar, quienes junto al desgaste producido por un trabajo mal remunerado e inestable y con alta demanda por parte de los usuarios, deben añadir a su jornada laboral, el rol de dueñas de casa que no pueden contar con la ayuda de otra persona que las apoye en los quehaceres del hogar, por lo que suelen verse sobrecargadas.

A la Resistencia al cambio, natural de todo medio humano, se suma la de funcionarios/as mal remunerados, que realizan una labor agotadora y a quienes se les pide un cambio sustancial en la forma de enfrentar sus tareas, lo que les ha provocado ansiedad, miedo e inseguridad, por tener que aprender e incorporar nuevas dinámicas de trabajo. Complejizando una labor que desarrollaban en forma automática -en algunos casos por años- viéndose obligados a formar equipos permanentes de trabajo con personas que quizás no conocen o con las que no se llevan bien. También influye en ésto el temor de ver afectadas las relaciones interpersonales entre los funcionarios/as por verse obligados a formar equipos de trabajo, o en algunos casos por tener que romper una costumbre de realizar su labor en forma individual, o por la desconfianza hacia el sistema de calificación. Estos son entre otros, factores de resistencia que resultan gravitantes a la hora de comprometerse con los cambios en marcha y que naturalmente inciden en el grado

de insatisfacción o satisfacción que presentan éstos trabajadores/as con respecto a su ámbito laboral.

Otra dimensión añadida, en el marco de las dificultades que surgen con la implementación de la Reforma, en el contexto de la escasez de recursos, de espacio físico, e instrumental, así como la falta de estímulos de sueldos acorde a la importancia social y a las exigencias de la tarea y, principalmente, a la falta de capacitación a fondo de la mayoría de los funcionarios/as involucrados en este proceso, es que el Nuevo Modelo requiere de un cambio en profundidad del modo de ver a la población asistida, esta pasa de ser “paciente” a ser “usuario”, lo que significa en la práctica que se deben reconocer y respetar sus derechos y deberes, éste debe tener un papel activo en la procuración del alivio y mantención de su propia salud. Idealmente se debe establecer bajo estas premisas una nueva forma de relacionarse, de mayor empatía y comunicación, pero para los funcionarios/as, ésto se constituye en otra fuente directa de exigencia y de evaluación subjetiva de su trabajo, proveniente de los usuarios, que en algunos casos resultan ser sus propios vecinos.

El espíritu de la Reforma requiere que el funcionario/a se sensibilice e imbuya de una nueva visión y de un nuevo trato hacia el usuario, debe reaprender esta relación y para que ésto ocurra será necesaria una reeducación con profundidad y a distintos niveles, es decir, no sólo en lo referente a tareas funcionales y trabajo en equipo, sino también, dirigidas a dimensiones subjetivas, de adecuado trato psicológico y de resolución de conflictos, es decir de una nueva cultura laboral.

Por otro lado, el Nuevo Modelo de Atención Familiar, junto con proponer el acompañamiento de los usuarios como grupo familiar a través del tiempo, por parte de un mismo equipo de salud, y con ello aprovechar mejor el recurso del conocimiento a fondo de los casos y del control epidemiológico derivado de ésto, choca con la realidad estadística (según fuentes del Colegio Médico) de la alta rotación de profesionales en el área de la salud pública. Estos, en su mayoría, usan como plataforma de inicio de su carrera profesional al sistema público especialmente, en el caso de la Atención Primaria, que no cuenta con una política

de incentivo para los profesionales que asegure su permanencia en este nivel. Las aspiraciones de perfeccionamiento técnico y de mejores ingresos, lleva a que, al cabo de poco tiempo de trabajo, emigren dejando sin continuidad el trabajo ya comenzado con las familias pertenecientes al sistema. Por lo general, y según nuestros propios datos estadísticos, sólo los funcionarios/as de rango inferior de dichos equipos permanecen por años en sus puestos de trabajo porque son quienes tienen menores posibilidades de movilidad laboral. Esta es una situación objetiva que dificulta la aplicación de este plan de seguimiento profesional, en el que sólo la base de la pirámide funcionaria, en general no profesional, tendría permanencia dentro del equipo.

De los resultados del cuestionario, se desprende que los profesionales de la categoría A (médicos, odontólogos y farmacéuticos) son los menos afectados por este deterioro del clima laboral, posiblemente incida en ésta percepción las mejores expectativas económicas que ellos pueden tener en el mercado laboral, junto con el factor de rotación y el de una mejor capacitación que, junto con los funcionarios/as de la categoría B, les permite una mayor compenetración con el espíritu de la Reforma y del Cambio de Modelo.

Por su parte los funcionarios/as de la categoría B (todos los otros profesionales) específicamente tienen posiciones divergentes respecto a la satisfacción laboral. Desde esta categoría en adelante se aprecia que el grado de disconformidad va en aumento.

Una de las mayores falencias en la implementación de la Reforma, que podemos visualizar a partir del trabajo de campo realizado para esta investigación es la falta de información principalmente en los funcionarios/as, ello lleva a la confusión en cuanto a contenidos de esta Reforma y proceso de cambio de Modelo. Se entiende que el Plan AUGE, hoy GES, constituyen por sí sólo la Reforma de Salud, y esta percepción no sólo es para la opinión pública, sino que, lo que es más grave, para los propios/as funcionarios/as que trabajan en la Salud Pública y que se ven directa y totalmente involucrados/as en dichos procesos. Ello evidencia una deficiencia a nivel central de falta de información clara y precisa como punto de partida para

conocer tanto los deberes y derechos de los usuarios, como el nuevo campo desde donde deben moverse los diferentes funcionarios/as de la salud.

La razón de la confusión y del desconocimiento de estos procesos, se debe en gran parte a que ambos se pusieron en marcha al mismo tiempo en la comuna. Cabe destacar que este cambio comienza con la iniciativa de algunos funcionarios/as de promover el cambio de modelo. Dichos funcionarios/as postularon en forma individual a pasantías en Salud Familiar, e impulsaron, a pesar de la precariedad de los recursos, la incorporación a estos cambios. A partir de esta iniciativa, y luego de cumplir con algunos requerimientos mínimos de la implementación, habiendo obtenido el apoyo de parte del gobierno comunal. Desde este origen se podría suponer que el conjunto de los funcionarios estuvo al margen de esta iniciativa y en realidad se vio sumergido en un proceso de cambio que desconocía sus reales dimensiones.

A partir de esta situación, que no ha sido superada hasta ahora, podemos concluir que se hace urgente informar y capacitar al conjunto de los funcionarios, no sólo desde lo operativo sino del contenido teórico y del espíritu que anima ambos procesos de cambios, de tal manera de generar conciencia y convicción de que el nuevo modelo es una superación del anterior.

Deseable es ciertamente si se pudiera incidir en mejores remuneraciones y/o política de estímulos a los funcionarios que sostienen el sistema. En este sentido, uno de los aspectos significativos encontrados en esta investigación es que la iniquidad persiste con la Reforma principalmente en relación a los funcionarios/as de menor grado, de tal manera que el espíritu de la Reforma que tiene que ver, entre otros puntos, con la horizontalidad en la toma de decisiones, no se aprecia en las relaciones intra institucionales, de ahí gran parte del descontento y la falta de compromiso de algunos de los funcionarios/as con el consiguiente aumento de la insatisfacción laboral.

Otro de los puntos importantes encontrados en esta investigación es la accesibilidad y demanda en este Modelo de Atención. Se parte del supuesto de que la responsabilidad sobre el cuidado de la salud es compartida entre las personas, comunidades y equipo de salud, por lo que el problema de la demanda no debe ser entendido sólo desde la perspectiva del Centro de Salud, aunque es responsabilidad ineludible de este último responder adecuadamente a la demanda de atención, y para ésto, debe contar con la organización y recursos necesarios. En el caso de la comuna de San Ramón, encontramos que bajo ninguna perspectiva, la demanda sería bien resuelta si nos ciñéramos a los estándares de calidad donde idealmente se espera para una población de 20.000 usuarios inscritos, es necesario contar con, al menos, cuatro equipos de salud. Sólo a modo de ejemplo podemos mencionar que, en el Centro de Salud La Bandera, hay 63.897 usuarios inscritos, atendidos por cuatro equipos de salud (319% más). Este antecedente explica la sobre carga laboral a que se ven sometidos en la actualidad los equipos de salud comprendidos en este estudio.

Por otra parte, vale la pena considerar las experiencias de países donde se implementó con anterioridad el proceso de Reforma en la Salud; en ellas se señala que para ponerla en marcha se requiere de la capacitación y el desarrollo de nuevas habilidades en la fuerza laboral. El cumplimiento o no de éste requerimiento puede afectar la manera en que los trabajadores/as perciban su propia eficacia y por ende a su motivación para incorporarse con interés a este nuevo Modelo de Atención.

Asimismo, es responsabilidad de las personas y comunidades, demandar, en forma adecuada la atención de salud, teniendo presente que el primer ámbito de cuidado es la familia y que los recursos asistenciales siempre serán escasos ante una demanda incontrolada. Es necesario, entonces, incentivar y educar a las personas y familias, para hacer un adecuado uso del sistema de atención en salud y de los recursos de autocuidado que ellas poseen. En este sentido, la accesibilidad debe ser racionalizada, y se define no sólo como una respuesta efectiva a la demanda, sino además como una característica relacionada con la resolutivez, oportunidad y costo-efectividad de la atención. Para ello se requiere de mucho trabajo promocional y preventivo.

El contexto de la Reforma y del nuevo Modelo de Atención es una situación donde las mayores y nuevas exigencias, sin contar con los recursos técnicos, de infraestructura y de capacitación necesarias, hacen que las sensaciones de malestar, inseguridad e insatisfacción aumenten y con ello disminuya la motivación laboral.

La motivación laboral afecta directamente al desempeño del trabajador/a, lo que a su vez afecta a los resultados que la Reforma del sector salud intenta lograr, es decir, a la calidad, equidad y a la eficiencia de la atención de salud, (Franco, et al, op.cit), transformándose este periplo en un círculo vicioso necesario de romper por el bien, principalmente, de la población sujeto de atención de los centros de salud.

Al comparar los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción laboral aplicada a los funcionarios/as con la entrevista aplicada a los directivos de los centros de salud, podemos concluir que ambos instrumentos resultan coincidentes. En lo referente a las condiciones físicas en las que los trabajadores/as de los centros de salud deben enfrentar el día a día, las opiniones son coincidentemente negativas a la hora de evaluarlas. Desde este punto de vista, los problemas de infraestructura contribuirían entre otros, al deterioro del clima laboral. Coinciden también, en que el enfrentar un proceso de cambio sustancial, como el aquí descrito, con los desafíos que ello implica, suele ir acompañado de una importante resistencia al cambio, la que además se ve reforzada por la resistencia cultural, lo en su conjunto, contribuirá al deterioro del clima laboral, debido también principalmente, a la falta de conocimiento cabal de todo lo que estos procesos implican. Sin embargo, respecto del conocimiento de ambos procesos, las opiniones con relación a las capacitaciones son coincidentes, haciendo la salvedad en cuanto a calidad o contenido de las mismas. En la encuesta sobre satisfacción laboral, la mayoría se manifiesta satisfecho con dicho conocimiento lo que resulta coincidente con la opinión expresada por los directivos entrevistados.

El sistema de recompensas justas que es abordado en el marco teórico de esta investigación, se transforma en un tema preocupante tanto para directivos como para funcionarios/as. Las remuneraciones, la estabilidad laboral y las condiciones favorables de trabajo (vale decir condiciones físicas que ya fueron tratadas en el párrafo anterior) se transforman en importantes factores de insatisfacción laboral, debido a que ellos inciden directamente en el quehacer cotidiano de los funcionarios/as, además de representar como su nombre lo indica “recompensas justas” a la labor que realizan. Los funcionarios/as al mostrarse más insatisfechos con su situación contractual, connotan que no son reconocidos en la labor que realizan al interior de estos centros de salud, de ahí también la resistencia al cambio que se expresa recurrentemente en el análisis de los datos recogidos.

La perspectiva de género como lo mencionamos en capítulos anteriores resulta un área importante para ser explorada, la alta concurrencia de mujeres en el sector salud sugiere que este es un tema que necesita ser investigado en cualquiera de sus dimensiones, y, aunque no existen estadísticas de género, en el trabajo de campo se pudo apreciar que las mujeres son mayoría en la Salud Primaria en esta comuna. Este es un tema que, aunque queda enunciado, consideramos un punto pendiente para una investigación futura, debido a que, por las características de la presente investigación no ha podido ser abordado a fondo por su complejidad, pese al reconocimiento de su importancia.

Podemos concluir, aseverando que la Reforma de Salud y el Modelo de Atención de Salud Familiar que se encuentran en ejecución, aunque su implementación corresponde a la parte operativa del este proceso, - vale decir la sectorización de los centros de salud- no serán reales, mientras no se cuente con la infraestructura adecuada y todos aquellos requerimientos que el modelo necesita para su cabal puesta en marcha. Otro aspecto muy importante y tal como lo expresa un entrevistado “mientras los cambios y el espíritu de la Reforma y del nuevo Modelo de Atención no sean asimilados por la totalidad de los funcionarios/as ésto no será posible” (Ex Jefe Salud Mental).

Cabe reconocer que, si bien ambos procesos serán muy beneficiosos para la población usuaria del Sistema Público de Salud, aún falta que ello se pruebe en la práctica y se adecúe a las verdaderas necesidades de la población, si éstas resultan coincidentes con lo que el modelo plantea, su validación, tanto a nivel de usuario como de funcionario/a, será su consecuencia lógica. Esto es aún un desafío para los directivos de los centros y los equipos de salud. Es necesario entonces considerar algún tiempo de profundización, socialización y mejoramiento en su aplicación para que éste cambio no sea visto como una amenaza sino como una fortaleza y un real aporte para la población en su totalidad.

Desde el quehacer del trabajo social en la dimensión del bienestar de los trabajadores, podemos observar que efectivamente se deteriora el clima laboral y la salud física y psíquica de los funcionarios/as, con los procesos en curso debido a: la sobrecarga de trabajo, el desgaste físico y emocional, la falta de medios para desarrollar las nuevas funciones requeridas, la falta de estímulos económicos y de garantías contractuales acordes a la importancia de la función social que cumplen.

En este sentido, es importante recordar que, el funcionario/a requiere también de asistencia en cuanto a su salud mental, de dinámicas psicológicas destinadas a desestresarlo/a y a ayudar a que exista una adecuada interacción de equipo y manejo de situaciones estresantes o conflictivas. En este plano, el papel del área de recursos humanos debería ampliarse y con ella el ámbito correspondiente al trabajo social, que actualmente está circunscrita al estudio y seguimiento de casos de usuarios y de las comunidades. El rol del trabajo social, es también de mediación entre los intereses de los trabajadores y de los empleadores. Cabe reconocer que por formación, el trabajador social defiende los intereses de los trabajadores preferentemente por sobre los del empleador, sin embargo, debe en el ámbito del bienestar, desarrollar la habilidad mediadora creativa y asertiva para apoyarlos pero al mismo tiempo demostrar su utilidad, también en términos de productividad y rendimiento del capital humano en un área de servicio tan importante como es la salud.

Hasta ahora las tareas de los trabajadores/as sociales en Atención Primaria han sido orientadas al usuario y no a los trabajadores/as, creemos en consecuencia que estamos frente a una gran oportunidad de ampliar nuestro campo de acción hacia la mediación y el bienestar de los trabajadores en el sector salud. Desde nuestra perspectiva podemos desarrollar la experticia para realizar una adecuada labor en cuanto a la resolución de conflictos históricos que se ven agudizados ante estos procesos de cambio.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien, en el transcurso de la presente investigación hemos dado a conocer los principales factores que afectan al clima laboral, en el cual se desenvuelven las y los funcionarios que prestan sus servicios en Atención Primaria de la comuna de San Ramón, y que por lo tanto se constituyen en aspectos que confluyen en la insatisfacción laboral y deterioro del clima organizacional, y al abarcar este estudio desde la perspectiva evaluativa, consideramos que cada uno de aquellos aspectos que aquí se mencionan ampliamente podrían constituirse por sí solos como posteriores fuentes de investigación.

Sin perjuicio de lo anterior, podemos visualizar como una importante fuente de estudio el rol de la mujer en el ámbito de la salud, en tanto funcionaria, como mujer, madre, jefa de hogar, y persona inmersa en un mundo predominantemente femenino. Al referirnos al ámbito de la salud no sólo considerando la salud pública, sino que también al sector privado, todos nosotros podemos afirmar fehacientemente que al concurrir a cualquier servicio o Centro de Salud, la mayoría de los funcionarios que allí trabajan son mujeres, sin embargo, respecto a este fenómeno no existen estadísticas, al menos de carácter público. Cuando tratamos de indagar en la municipalidad de San Ramón, tampoco encontramos estadísticas que nos muestren el relevante papel femenino dentro de este quehacer. Además es necesario considerar que hemos constatado que la base de la pirámide funcionaria de esta comuna está constituida por mujeres, sin embargo no podemos afirmar que este fenómeno se repita en otros municipios o en otros sectores que se relacionan con la salud, tampoco podemos afirmar que quienes dirigen este sistema sean mayoritariamente hombres, pero si tomamos en cuenta que entre quienes respondieron la encuesta de satisfacción laboral hay 22 personas de sexo masculino, y la mitad de ellos son profesionales, en contraposición a las 101 restantes que son de sexo femenino nos lleva a la reflexionar acerca del lugar de la mujer en la salud. Aunque podríamos seguir enumerado distintos y variados temas en torno al estudio de género y el papel que le cabe a la mujer en este importante

ámbito de acción, por ahora no podemos hacer más que constatar que este es un tema que no ha sido explorado en toda su importancia.

Por otro lado, no podemos dejar de mencionar la manera en que se aplican las políticas sociales y las grandes reformas en nuestro país, cuando consideramos la dimensión de la salud pública, y al enfrentar estos grandes cambios y desafíos, pareciera que la forma en que se traspasan estos cambios no es la más adecuada, en lo referido, tanto a los usuarios como a quienes deben implementarlos, nos referimos a los funcionarios/as, quienes han sido ampliamente mencionados en el transcurso de esta investigación. Tampoco ha habido alguna evaluación de cómo les afectan estos cambios o cuál es la mejor manera de llevarlos a cabo, para que el espíritu de la Reforma de Salud sea traspasado en la mejor forma a todos los actores involucrados en esta gran cruzada.

Por último nos referiremos al rol del trabajo social en la salud y los aportes del trabajo social a este importante ámbito de acción. Este rol pareciera no estar bien delimitado, en cuanto al perfil de profesional necesario en los distintos ámbitos en que se desenvuelven, específicamente en la salud municipal, no hay una clara delimitación de los distintos roles ejercidos por el trabajador social, sin existir una clara definición de los aspectos que este profesional debe abarcar.

A continuación daremos a conocer las dimensiones que visualizamos se constituyen en aporte del trabajo social a la luz de los resultados que arrojó esta investigación.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL

Desde nuestro punto de vista, dado el fuerte énfasis social de la Reforma de Salud y del cambio de Modelo involucrados en nuestra investigación, el rol del trabajador/a social se revitaliza y adquiere una importancia distinta fundamentalmente en dos ámbitos.

a. Nuestra propuesta es que el papel que tradicionalmente ha cumplido el trabajador/a social dentro de las políticas de salud pública se profundiza y amplía hacia otros ámbitos, entrando a cumplir el rol de mediador no sólo entre el sistema de salud y el usuario sino que además, necesariamente entre éste y sus funcionarios/as.

No sólo necesita abarcar todas las dimensiones psicosociales que determinan la situación del usuario, acentuando su trabajo en lo comunitario, donde además debe considerar a todos los estamentos sociales que determinan y/o contribuyen a la salud del usuario en todos sus aspectos, sino que, además, se le ofrece un amplio nuevo campo cuál es la mediación, al visualizar también al propio funcionario/a de la salud como sujeto de salud en cuanto el ambiente y clima laboral en el que éste se desenvuelve.

Tradicionalmente el trabajador/a social se ha hecho cargo de comprender y dar cuenta de todos aquellos aspectos psicosociales que envuelven y determinan la salud del usuario, siendo ésta a menudo una tarea considerada un tanto irrelevante para algunos profesionales de la salud, sin embargo el nuevo enfoque de salud familiar ve al usuario en forma integral, pone énfasis en la prevención y promoción de salud y estos aspectos pasan a ser considerados fundamentales.

Por primera vez podemos observar en esta misma perspectiva que los funcionarios/as de la salud necesitan ser considerados también como sujetos de salud, que es necesario abordar sus dimensiones psicosociales, construir y afianzar las redes que contribuyan a sustentarlos en tanto personas integrales e inaugurar, y

al menos así lo hemos vislumbrado en el ámbito de la presente investigación, el área de Bienestar de los propios funcionarios/as en la Comuna de San Ramón, porque, a la luz de nuestra investigación, en cuanto al clima laboral se refiere hemos concluido que, los funcionarios/as necesitan ser sujetos sanos para promover la salud dentro de la comunidad en la que participan. Necesitamos que la prevención y mantención de la salud sean también para quienes cumplen esta labor al interior de esta red. Estimamos que de este modo, el círculo se completa y los cambios se sustentan en forma humana, de lo contrario, flaquea el capital humano, que es la sustancia fundamental para construir un cambio de fondo.

b. La actividad tradicional del trabajador/a social en el área de la Salud Pública dentro de la Comuna de San Ramón, ha sido principalmente la atención de casos, facilitando el acceso de los usuarios a las distintas prestaciones de salud activando a la vez todas aquellas redes que pudieran serles útiles en este aspecto, tanto en forma directa como indirecta. Para ésto, se debe evaluar al usuario con relación a las condiciones psicosociales que lo determinan, además es necesario hacer el seguimiento de su caso, y ver que las derivaciones y redes se concreten y activen.

Adicionalmente, el trabajador/a social debe ser el articulador, como ya dijimos, entre las demandas de las organizaciones sociales de la comunidad y del Centro de Salud correspondiente, un importante porcentaje de su trabajo debe ser comunitario, formando parte de los consejos locales de salud, donde se encuentran representados la mayoría de los estamentos y las organizaciones sociales de la comuna.

Por otra parte, pertenece también a nuestro ámbito la generación y facilitación de medios para promover la creación y mantención en el tiempo de grupos de interés, donde usuarios con una problemática específica de salud se organizan y obtienen apoyo mutuo y de otras vías, por ejemplo, en la comuna existen grupos de diabéticos, de dializados, de alcohólicos, de obesos, de hipertensos, de mujeres, etc.

También, a los trabajadores/as sociales dentro de esta comuna corresponde la labor de educar en la prevención entregando contenidos a la comunidad, en las diversas campañas de salud llevadas a cabo históricamente, como en la prevención del cólera por ejemplo.

A menudo, dentro del Sistema de Salud tradicional, la importancia del trabajo social no ha sido entendida en toda su magnitud, al no considerar que la salud de una persona pueda estar determinada por factores sociales, psicológicos, y económicos que no se presentan directamente a la observación y que es necesario investigar, considerar y solucionar. Desde el nuevo modelo dichos aspectos no sólo pasan a hacerse visibles, sino que a ser relevantes, en esta perspectiva, es necesario considerar al usuario en toda su integridad, y observar todas sus dimensiones para que la mantención de su salud en el tiempo se haga estable, de lo cual se deriva además, un mayor control epidemiológico con el consiguiente ahorro de recursos humanos y económicos.

Dos de los pilares fundamentales de estas reformas son la Prevención y la Promoción de Salud, lo que nos lleva a la necesidad de reforzar el área del trabajo comunitario, siendo este el rol que por excelencia puede desarrollar el trabajador/a social, debido a que la salud debe ser abordada desde un prisma más amplio, haciendo que el usuario pueda comprenderla desde su propia realidad y se transforme en un agente activo en la mantención de su propia salud.

Con este nuevo enfoque, nuestro papel como trabajadores/as sociales dentro del Equipo de salud se valida ampliamente, puesto que para este nuevo paradigma, la salud, es vista como totalidad y como calidad de vida, donde se contemplan todas las dimensiones involucradas en la vida y el entorno del usuario. Otro aspecto relevante del trabajo comunitario, es la constitución tanto de equipos de profesionales, como de grupos de usuarios permanentes en el tiempo que deben aprender a trabajar unidos y a solucionar todos los nuevos problemas derivados de esta dinámica.

De la consideración de todos estos aspectos el agente mediador por excelencia pasa a ser el trabajador/a social porque por un lado resulta imperativo hacer comunidad dentro del ámbito de los propios trabajadores de la salud, y por otro, en consecuencia con el espíritu de la Reforma y del Modelo de Atención Familiar, es necesario hacer un aporte desde el área del trabajo social para implementar de mejor modo éstas nuevas políticas que contribuyan a mejorar la situación de salud de la población considerando las condiciones laborales de los funcionarios /as de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Cabrera, Franco, González, Vega, Parra, Iñiguez.** (2003) "Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002" Universidad de Guadalajara.
- Chile. Ministerio de Salud** (1993) "Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud", Unidad de Participación Social. Santiago, Minsal.
- Chile. Ministerio de Salud** (1997) "De Consultorio a Centro de Salud, Marco Conceptual". Santiago, Minsal.
- Constitución Política de la República de Chile de 1980** (Reformada en 1989 y 2005), Edición oficial, p.15, Editorial Jurídica de Chile, marzo de 2006".
- McWhinney I.;** (1987:1-24) Introducción a la medicina familiar. Mérida: Universidad de los Andes
- Ministerio de Salud.** (2001) Informe Preliminar de Sistematización Jornadas Ciudadanas "La Salud Que Queremos para Chile". Seremi de Salud, RM. Documento Inédito.
- Miotto.** (1998). Atención primaria ambiental para el siglo XXI. Rev. Panam. Salud Pública, Oct. 1998, Vol.4, no.4. ISSN 1020-4989.
- Municipalidad de San Ramón.** (2005) Plan Municipal de Salud 2005". Departamento de Salud.
- Olmo, M. A,** (1997), Diccionario de Administración Pública. Editorial Jurídica ConoSur Ltda.
- Organización Mundial de la Salud** (1978) Declaración de Alma-Ata.: Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Ginebra.

- Parra, S. y Paravic K.** (2002). Revista Iberoamericana Ciencia y Enfermería. Satisfacción Laboral en Enfermeras que trabajan en el SAMU en región Metropolitana y Octava. Vol. II. 2002.
- Robbins, S. P.** (1998) Comportamiento Organizacional. México: Prentice Hall, Octava edición.
- Rodríguez, D.** (1991). Gestión Organizacional Elementos para su Estudio. Serie Capacitación y Desarrollo P. Universidad Católica de Chile.
- Santacruz, J.** (2002) La Atención Primaria De Salud. Viejo Compromiso Y Nuevos Retos. OPS/OMS. Costa Rica.

Páginas Electrónicas

- Aedo, C.** (s/f) La Transformación Económica de Chile Capitulo 14: Las Reformas en la Salud en Chile”, www.cepchile.cl
- Anónimo** (s/f) La salud para la nueva población. Consulta: Junio 2006.
http://www.risolidaria.cl/chile/libro/pdfs/librori_scl_salud.pdf
- Ceitlin, J.** (s/f) Conferencia “MEDICINA DE FAMILIA: UN MODELO MEDICO DE PENSAMIENTO Y ACCION”
<http://anm.encolombia.com/n-04ceitlin.htm>
- Colegio Médico de Chile** (2003) Política de Salud para Chile: Nuestra Visión, Unidad de Estudios, Documentación e Investigación (UNEDI).
http://www.bcn.cl/pags/home_page/muestra_documentos.php?id=30
- Colegio Médico de Chile** (s/f). “El Sistema de salud Chileno”, Contexto Histórico y Normativo. Consulta: Enero 2006.
<http://www.colegiomedico.cl>

- Colegio Médico de Chile A. G.** (2003) “Reforma de Salud Proyecto País”. Recopilación de propuestas, análisis y documentos sobre la Reforma de la Salud, Enero 2003, (Consultado: Febrero 2006) <http://www.cemuc.cl/pdfs/informate/Proyecto.pdf>
- Definición de Salud** (s/f) Enciclopedia Virtual Wikipedia, (consultado en Enero 15 de 2006.) (<http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>)
- Escart, M.** (s/f) Artículo Definición de Clima Laboral, <http://www.degerencia.com/articulos.php?artid=241>
- Franco, et al.** (2000) Cartillas de Políticas PHR. Motivación de los Trabajadores de la Salud y Reforma del Sector Salud. <http://www.phrplus.org/Pubs/pps3s.pdf>
- Hernández, M.** (s/f) Diagnóstico de Satisfacción Laboral en una empresa textil peruana. (consultado abril de 2006): <http://www.monografias.com/trabajos13/emtex/emtex.shtml>
- Ministerio de Planificación,** (1999) Casen 1998, Documento N°4, Situación de Salud en Chile, http://www.mideplan.cl/admin/docdescargas/centrodoc/centrodoc_38.pdf
- Márquez M.,** (s/f) Satisfacción Laboral, (<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/satlab.htm>)
- Meeroff, M.** (s/f) “Cambio de Modelo Médico, de la Medicina Biológica a la Medicina Bioantropológica, Fundamentación Científica. Sociedad Argentina de Medicina Antropológica (S.A.M.A.). <http://www.genaltruista.com/notas2/00000644.htm>
- Ministerio Secretaria General de la Presidencia** (2005) Grandes Reformas: Reforma de Salud, consultado Diciembre, 2005. <http://www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html>

**Peñaloza B., Rojas P., Rojas P.,
Téllez A., (2001)**

“Modelo de Atención en Salud Familiar” Una
Propuesta para contribuir al cambio. Pág. 64
<http://escuela.med.puc.cl/departamentos/mefamiliar/index.htm/>

Pollack, M. (2002)

“Equidad de Género en el Sistema de Salud
Chileno” Unidad de Estudios Especiales,
CEPAL, Naciones Unidas.
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/11461/lcl1784e.pdf>

Seisdedos N. (1986)

“El clima laboral y su medida”, Revista
“Psicología del Trabajo y de las
Organizaciones” (Núm. 2), Pág. 77-100.
<http://www.copmadrid.org/publicaciones/trabajo/>

Entrevista / Artículos Diarios

La Nación 03-10-2005

Entrevista a Subsecretario Osvaldo Salgado

ANEXOS

ANEXO N°1 : Encuesta Satisfacción Laboral

ESCALA DE SATISFACCIÓN LABORAL

A continuación entregamos a usted, una serie de preguntas relacionadas con el clima laboral en los Centros de Salud de San Ramón. Agradeceremos contestar con la máxima sinceridad, ya que de sus respuestas obtendremos información valiosa para definir futuras acciones en estas materias. Sus respuestas son confidenciales.

Datos descriptivos:

- a. Cuál es su ocupación (escríbala y detalle, por favor, su rama profesional o especialidad. (Escriba sólo aquella ocupación que desempeña en su actual puesto de trabajo). En caso de que sean varias, la que le ocupe más tiempo.

- b. Cuál es su categoría laboral: A B C D E F

- c. Sexo

1.	Varón	
2.	Mujer	

- d. Edad. Escriba su edad en años

- e. Señale el último año cursado :

	Sin estudios	
1.		
2.	Enseñanza básica incompleta	
3.	Enseñanza básica completa	
4.	Enseñanza media incompleta	
5.	Enseñanza media completa	
6.	Estudios de nivel Técnico	
7.	Estudios de nivel Técnico Profesional (No universitario)	
8.	Estudio de Nivel Profesional (Universitario) Incompleto	
9.	Estudio de Nivel Profesional (Universitario) Completo	
10.	Magíster, Doctorados.	

f. Situación Laboral

1.	Planta	
2.	Contrata	
3.	Honorario	
4.	Código del Trabajo	
5.	Otra, escríbala	

g. ¿Qué tipo de horario tiene usted en su trabajo?

1.	Jornada completa (44 hrs.) fija	
2.	Jornada 33 hrs. Fija	
3.	Jornada media (22 hrs.) fija	
4.	Jornada 11 hrs. Fija	
5.	Jornada Turnos rotatorios	
6.	Jornada Turnos fijos	
7.	Otros descríbalos	

h. Indíquenos en cual de las siguientes categorías jerárquica, se sitúa usted, aproximadamente en su actual puesto de trabajo:

1.	Funcionario	
2.	Encargado de programa	
3.	Jefatura	
4.	Directivo	

i. ¿Cuál es su antigüedad en el centro de salud?

Años Meses

Habitualmente, nuestro trabajo y los distintos aspectos del mismo, nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique de acuerdo con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

Por favor marque sólo un casillero por pregunta.

	Muy Insatisf.	Insatisf.	Mod. Insatisf.	Ni satisf. Ni insatisf.	Mod. Satisf.	Satisf.	Muy Satisf.
1. Condiciones físicas del trabajo							
2. Libertad para elegir tu propio método de trabajo							
3. Tus compañeros de trabajo							
4. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho							
5. Tu superior inmediato							
6. Responsabilidad que se te ha asignado, con el cambio de modelo de atención.							
7. Tu salario							
8. La posibilidad de utilizar tus capacidades.							
9. Relaciones entre dirección y trabajadores en tu centro de salud.							
10. Tus posibilidades de ascender							
11. El modo en que tu centro de salud es administrado.							
12. La atención que se presta a las sugerencias que haces							
13. Tu horario de trabajo							
14. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.							
15. Tu estabilidad en el empleo.							
16. La forma en que se evalúa tu rendimiento laboral.							
17. La nota que obtuviste en la última evaluación.							
18. Con el nivel de conocimientos que manejas de la Reforma de Salud.							
19. Con los cambios que la reforma trajo consigo							
20. Con el cambio de consultorio a centro de salud							

ANEXO N°2 : Pauta Entrevista a Informantes Claves

TEMAS PAUTA ENTREVISTA

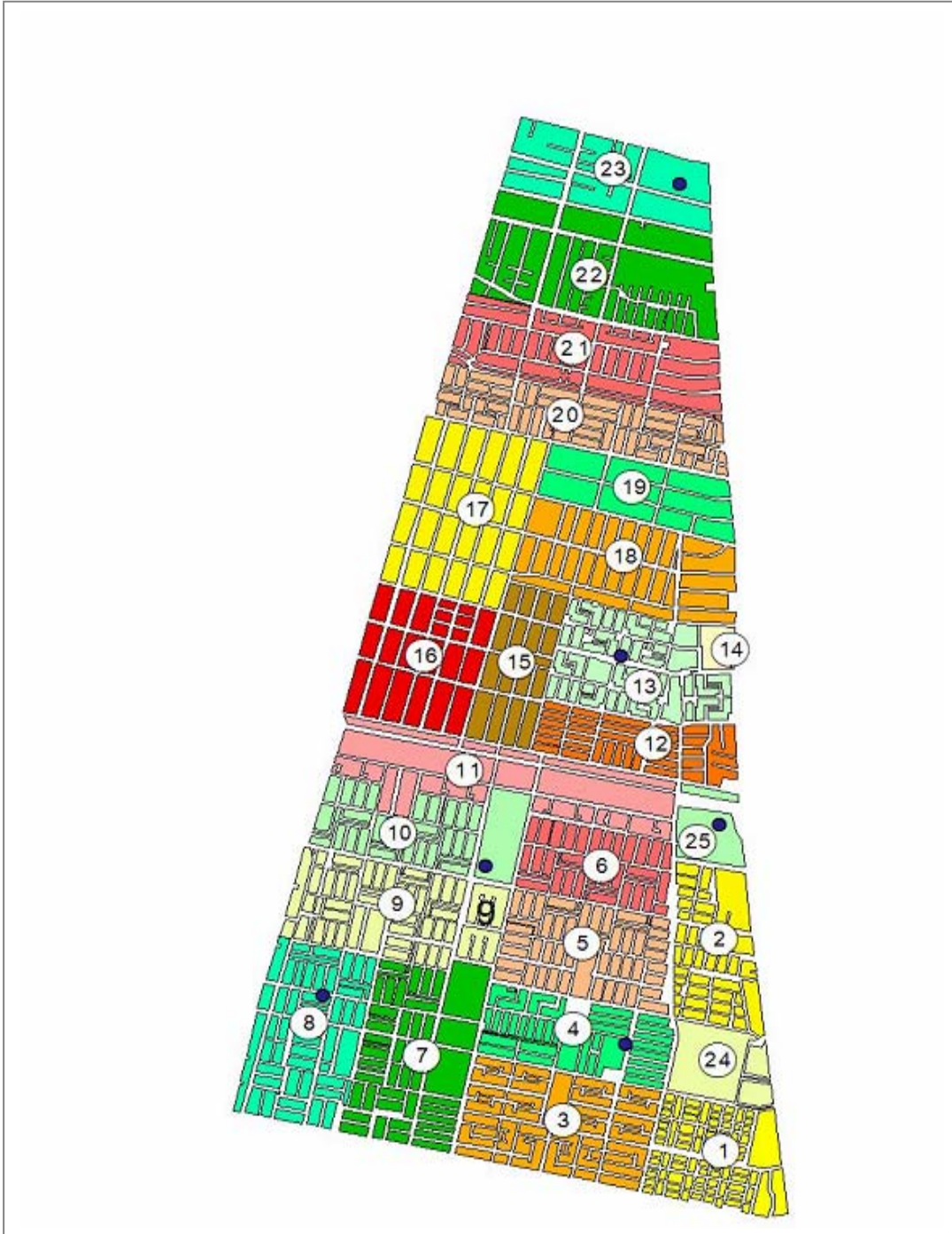
Preguntas:

1. ¿Como evalúa usted su nivel de conocimiento acerca de la reforma de salud?
2. ¿Como evalúa usted, el nivel de conocimientos del personal a su cargo?
3. ¿Se han entregado capacitaciones al personal?
4. ¿Qué contenidos han sido abordados en estas capacitaciones?
5. ¿Han tenido dificultades para la puesta en marcha de la Reforma de Salud con los funcionarios a su cargo?
6. ¿Ha tenido dificultades con el cambio de modelo de atención desde su cargo?
7. ¿Cuáles han sido los principales aciertos de la puesta en marcha de la Reforma de Salud?
8. ¿Opiniones y sugerencias sobre la Reforma de Salud?
9. A partir de estas experiencias, ¿Cómo describiría usted el clima de trabajo de su sector?
10. ¿Cómo han influido la puesta en marcha de la Reforma de Salud y el nuevo Modelo de Atención de Salud en el clima laboral de este Centro de Salud?
11. ¿De estos dos procesos cuál cree usted, ha generado mayores niveles de conflicto o de aceptación? Fundamente.

ANEXO N°3: Plano de la comuna de San Ramón



ANEXO N°4 Plano de la comuna de San Ramón por Unidades Vecinales



ANEXO N°5: Cuadro Resumen de Carrera Funcionaria 2006

Funcionarios de la Salud, comuna de San Ramón.

Categorías Funcionarias por 44 horas.

NIVEL	A	B	D	E	F
15	264.135	200.678	101.725	94.572	83.392
14	295.832	224.758	107.828	100.241	87.560
13	324.510	246.547	114.294	106.262	91.939
12	356.582	270.916	120.868	114.861	95.834
11	384.884	292.419	127.901	121.601	101.410
10	415.069	315.351	137.489	130.661	109.017
9	449.028	338.287	147.083	139.777	116.914
8	475.442	361.219	156.675	148.893	124.228
7	505.630	384.154	166.266	158.008	131.833
6	535.818	407.090	175.858	167.124	139.439
5	566.003	430.024	185.450	176.233	147.045
4	596.190	452.962	195.042	185.352	154.651
3	626.378	475.896	204636	194.471	162.260
2	656.562	498.828	214.225	203.589	169.863
1	686.751	521.763	223.829	212.709	177.470

Fuente: Departamento de Salud de San Ramón.

A estos valores se agrega un 100% más de Asignación de Atención Primaria de Salud.

Definiéndose además ingresos mínimos otorgados por la Ley 19.429 Art. N°21, Modificados por Ley 19813, (25.06.02), Art. 18, Ley 20079 (30.11.05), a partir del 01 de enero de 2006 quedando de la siguiente manera:

Auxiliar \$165.971.-
Administrativo \$188.223
Auxiliar Enfermería \$202.458.-

ANEXO N°6: Tablas de Contingencia según Nivel Educativo.

Tabla de contingencia Nivel educacional * Condiciones físicas del trabajo

Recuento		Condiciones físicas del trabajo								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	1	0	0	2	2	2	0	0	7
	Enseñanza media completa	4	4	6	2	7	8	2	2	35
	Estudio de nivel técnico	3	5	5	2	7	3	0	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	2	1	6	1	4	2	1	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	3	5	6	0	7	5	0	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	No contesta	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		14	15	23	10	33	22	4	2	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Libertad para elegir método de trabajo

Recuento		Libertad para elegir método de trabajo								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	1	0	0	1	3	1	0	1	7
	Enseñanza media completa	1	4	2	4	9	9	5	1	35
	Estudio de nivel técnico	1	0	3	3	7	9	1	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	0	0	3	2	7	3	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	0	1	1	0	3
	Estudios Universitarios completos	0	2	0	0	6	13	5	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	0	2	1	0	4
	No contesta	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total		4	7	6	15	27	44	16	4	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * En relación a los compañeros de trabajo

Recuento		En relación a los compañeros de trabajo							Total
		Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	0	1	0	0	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	0	3	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	1	1	2	3	0	0	7
	Enseñanza media completa	1	3	2	8	14	3	4	35
	Estudio de nivel técnico	0	4	2	8	7	3	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	1	2	3	5	4	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	0	3	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	0	2	2	3	15	3	1	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	3	1	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		3	11	10	24	53	15	7	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Reconocimiento por el trabajo bien hecho

Recuento		Reconocimiento por el trabajo bien hecho								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	1	0	0	0	0	1	0	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	0	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	2	0	1	2	0	0	2	7
	Enseñanza media completa	2	3	2	2	6	18	2	0	35
	Estudio de nivel técnico	2	1	3	4	2	9	4	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	4	1	0	1	1	8	1	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	2	0	0	0	1	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	1	3	2	3	6	10	1	0	26
	Magister, Doctorados	0	1	0	0	0	2	1	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		9	15	7	12	17	49	11	3	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * En relación al superior inmediato

Recuento		En relación al superior inmediato								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	1	0	0	0	1	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	2	0	0	3	1	0	1	7
	Enseñanza media completa	0	2	2	2	3	16	6	4	35
	Estudio de nivel técnico	0	2	2	2	4	7	7	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	1	0	0	3	6	3	3	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	1	0	0	0	1	1	0	3
	Estudios Universitarios completos	0	1	0	2	5	13	3	2	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	0	2	2	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total		1	10	4	7	18	50	22	11	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención

Recuento		Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	0	1	2	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	0	0	1	2	2	0	2	7
	Enseñanza media completa	1	2	1	6	6	15	1	3	35
	Estudio de nivel técnico	1	1	3	2	6	9	2	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	2	0	1	3	7	3	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	0	0	3	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	0	3	0	3	5	11	4	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	1	1	2	0	4
	No contesta	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total		2	8	5	14	24	51	12	7	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * En relación al Salario

Recuento		En relación al Salario									Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema		
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Enseñanza básica completa	0	0	0	2	0	0	0	1	3	
	Enseñanza media incompleta	0	1	0	2	3	1	0	0	7	
	Enseñanza media completa	6	6	5	4	9	2	1	2	35	
	Estudio de nivel técnico	6	4	6	0	5	3	0	1	25	
	Estudios de Nivel técnico profesional	4	6	2	1	1	2	0	1	17	
	Estudios Universitarios Incompletos	2	0	0	0	1	0	0	0	3	
	Estudios Universitarios completos	3	6	5	3	6	1	1	1	26	
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	1	2	0	0	4	
	No contesta	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
Total		23	24	18	13	26	11	2	6	123	

Tabla de contingencia Nivel educacional * Posibilidad de usar capacidades propias

Recuento		Posibilidad de usar capacidades propias									Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema		
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
	Enseñanza básica completa	0	1	1	0	0	1	0	0	3	
	Enseñanza media incompleta	0	2	0	0	2	3	0	0	7	
	Enseñanza media completa	0	3	2	5	10	13	1	1	35	
	Estudio de nivel técnico	1	5	0	4	2	12	1	0	25	
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	1	2	2	2	6	2	1	17	
	Estudios Universitarios Incompletos	1	1	0	0	0	1	0	0	3	
	Estudios Universitarios completos	0	6	0	0	6	12	1	1	26	
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	2	0	1	0	4	
	No contesta	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
Total		3	19	5	12	26	48	6	4	123	

Tabla de contingencia Nivel educacional * Relaciones entre dirección y trabajadores

Recuento		Relaciones entre dirección y trabajadores									Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema		
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
	Enseñanza básica completa	0	0	0	1	0	2	0	0	3	
	Enseñanza media incompleta	0	0	0	1	2	4	0	0	7	
	Enseñanza media completa	1	5	2	2	9	11	3	2	35	
	Estudio de nivel técnico	4	5	2	2	3	9	0	0	25	
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	3	2	3	1	6	1	0	17	
	Estudios Universitarios Incompletos	0	2	0	0	0	0	1	0	3	
	Estudios Universitarios completos	2	2	4	2	6	8	1	1	26	
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	1	2	0	0	4	
	No contesta	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
Total		9	18	10	12	22	42	7	3	123	

Tabla de contingencia Nivel educacional * En relación a las posibilidades de ascenso

Recuento		En relación a las posibilidades de ascenso								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	1	0	0	0	0	0	1	2
	Enseñanza básica completa	0	2	0	0	1	0	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	3	0	1	1	1	0	1	7
	Enseñanza media completa	5	10	0	6	10	2	1	1	35
	Estudio de nivel técnico	2	10	2	3	2	5	1	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	3	4	2	3	1	2	0	2	17
	Estudios Universitarios Incompletos	2	0	0	0	0	1	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	4	3	1	5	6	6	1	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	1	2	0	0	4
	No contesta	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		17	33	5	19	22	19	3	5	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Administración del centro de salud

Recuento		Administración del centro de salud								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	0	0	0	0	1	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	1	1	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	1	1	0	1	3	1	0	0	7
	Enseñanza media completa	1	5	2	6	7	9	1	4	35
	Estudio de nivel técnico	4	4	5	2	3	7	0	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	1	2	3	4	4	3	0	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	3	3	2	4	5	9	0	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	1	0	1	1	1	0	4
	No contesta	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total		11	16	13	19	24	34	2	4	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Atención prestada a las sugerencias que realizas

Recuento		Atención prestada a las sugerencias que realizas								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	1	0	0	0	1	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	1	0	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	1	0	1	3	2	0	0	7
	Enseñanza media completa	1	4	4	4	7	14	1	0	35
	Estudio de nivel técnico	2	1	5	5	4	7	1	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	4	1	1	4	4	2	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	0	0	2	0	1	3
	Estudios Universitarios completos	2	2	1	3	5	11	2	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	1	2	0	0	4
	No contesta	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total		5	14	12	16	25	43	6	2	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Horario de trabajo

Recuento		Horario de trabajo								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	0	1	1	1	0	3
	Enseñanza media incompleta	1	0	0	0	2	4	0	0	7
	Enseñanza media completa	3	2	1	3	4	18	4	0	35
	Estudio de nivel técnico	2	2	2	1	2	10	5	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	3	1	0	1	2	7	3	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	1	0	0	0	0	0	1	1	3
	Estudios Universitarios completos	0	0	0	1	1	18	6	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	1	3	0	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		10	5	3	6	13	62	22	2	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Variedad de tareas realizadas

Recuento		Variedad de tareas realizadas								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	0	0	0	1	0	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	0	0	0	0	2	1	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	0	0	1	0	5	1	0	7
	Enseñanza media completa	1	3	0	2	4	21	3	1	35
	Estudio de nivel técnico	2	0	2	2	3	10	6	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	0	0	1	5	8	3	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	Estudios Universitarios completos	0	0	0	0	6	15	5	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	0	4	0	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total		4	3	2	6	19	67	20	2	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Estabilidad laboral

Recuento		Estabilidad laboral								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	0	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	1	1	0	1	0	3	0	1	7
	Enseñanza media completa	7	5	1	0	4	14	2	2	35
	Estudio de nivel técnico	3	2	3	1	5	8	3	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	5	1	0	3	4	2	2	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	1	1	0	0	0	1	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	3	1	1	2	7	8	3	1	26
	Magister, Doctorados	0	0	1	1	0	1	1	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		20	12	6	9	20	40	12	4	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * La forma en que se evalúa tu desempeño laboral

Recuento		La forma en que se evalúa tu desempeño laboral								
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	Total
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	0	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	1	3	0	1	1	0	1	7
	Enseñanza media completa	3	3	1	3	5	14	4	2	35
	Estudio de nivel técnico	3	2	4	2	0	9	4	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	2	2	3	3	2	4	1	0	17
	Estudios Universitarios Incompletos	1	1	0	0	0	0	1	0	3
	Estudios Universitarios completos	1	5	4	3	3	6	4	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	1	0	2	1	0	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Total	11	16	16	12	13	36	15	4	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Nota obtenida en la última evaluación

Recuento		Nota obtenida en la última evaluación								
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	Total
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	1	0	0	0	0	0	1	0	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	0	1	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	2	0	0	2	2	0	1	7
	Enseñanza media completa	1	1	2	6	3	14	4	4	35
	Estudio de nivel técnico	3	1	3	1	2	10	4	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	2	0	2	3	6	2	2	17
	Estudios Universitarios Incompletos	1	1	0	0	0	0	0	1	3
	Estudios Universitarios completos	1	0	1	1	1	6	11	5	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	1	1	0	2	4
	No contesta	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Total	7	8	6	10	13	40	23	16	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud

Recuento		Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud								
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	Total
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	0	1	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	2	0	3	1	1	0	0	7
	Enseñanza media completa	2	4	3	6	10	8	1	1	35
	Estudio de nivel técnico	1	1	4	3	9	4	3	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	1	3	4	5	2	1	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	0	1	1	0	3
	Estudios Universitarios completos	1	0	0	2	7	14	2	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	0	1	2	1	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Total	4	9	10	21	33	34	9	3	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * En relación a los cambios producidos por la reforma

Recuento		En relación a los cambios producidos por la reforma								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	Enseñanza básica completa	0	1	0	1	1	0	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	0	1	3	0	1	0	2	7
	Enseñanza media completa	4	3	0	5	10	10	1	2	35
	Estudio de nivel técnico	3	1	7	4	6	3	0	1	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	2	3	4	5	1	1	1	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	0	1	0	5	9	10	1	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	1	2	0	0	4
	No contesta	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total		7	8	12	25	32	29	3	7	123

Tabla de contingencia Nivel educacional * Con el cambio de consultorio a centro de salud

Recuento		Con el cambio de consultorio a centro de salud								Total
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho	Perdido en el sistema	
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	Enseñanza básica completa	0	0	1	1	1	0	0	0	3
	Enseñanza media incompleta	0	0	0	3	0	3	0	1	7
	Enseñanza media completa	4	2	1	3	14	8	2	1	35
	Estudio de nivel técnico	5	1	4	6	6	1	2	0	25
	Estudios de Nivel técnico profesional	0	1	5	2	3	3	1	2	17
	Estudios Universitarios Incompletos	0	0	0	1	0	2	0	0	3
	Estudios Universitarios completos	1	2	0	1	6	11	5	0	26
	Magister, Doctorados	0	0	0	1	0	3	0	0	4
	No contesta	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total		10	6	11	19	30	32	10	5	123

ANEXO N°7: Tablas de Contingencia según Categoría Funcionaria

Tabla de contingencia Condiciones físicas del trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Condiciones físicas del trabajo	Muy insatisfecho	1	2	3	5	1	2	14
	Insatisfecho	0	4	3	3	0	5	15
	Moderadamente insatisfecho	0	6	5	9	3	0	23
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	0	1	2	3	4	10
	Moderadamente satisfecho	5	7	5	5	3	8	33
	Satisfecho	2	3	2	3	8	4	22
	Muy Satisfecho	0	0	1	2	1	0	4
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Libertad para elegir método de trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Libertad para elegir método de trabajo	Muy insatisfecho	0	0	1	0	2	1	4
	Insatisfecho	0	2	0	2	1	2	7
	Moderadamente insatisfecho	0	0	2	3	0	1	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	0	2	3	5	4	15
	Moderadamente satisfecho	1	4	2	10	5	5	27
	Satisfecho	3	12	10	7	4	8	44
	Muy Satisfecho	3	4	3	3	1	2	16
	Perdido en el sistema	0	0	0	2	1	1	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia En relación a los compañeros de trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación a los compañeros de trabajo	Insatisfecho	0	0	0	2	0	1	3
	Moderadamente insatisfecho	0	2	3	3	0	3	11
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	2	0	5	1	10
	Moderadamente satisfecho	0	2	3	7	3	9	24
	Satisfecho	5	14	6	12	10	6	53
	Muy Satisfecho	2	2	4	4	1	2	15
	Perdido en el sistema	1	0	2	2	0	2	7
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Reconocimiento por el trabajo bien hecho * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Reconocimiento por el trabajo bien hecho	Muy insatisfecho	0	1	1	3	1	3	9
	Insatisfecho	1	3	2	2	5	2	15
	Moderadamente insatisfecho	0	2	2	1	2	0	7
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	2	3	2	3	12
	Moderadamente satisfecho	1	5	1	3	3	4	17
	Satisfecho	4	9	10	14	4	8	49
	Muy Satisfecho	2	0	2	3	1	3	11
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	1	1	3
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia En relación al superior inmediato * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación al superior inmediato	Muy insatisfecho	0	0	0	1	0	0	1
	Insatisfecho	0	1	1	3	3	2	10
	Moderadamente insatisfecho	0	0	1	1	1	1	4
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	1	1	2	1	7
	Moderadamente satisfecho	0	4	2	8	1	3	18
	Satisfecho	4	11	8	9	7	11	50
	Muy Satisfecho	3	3	7	5	2	2	22
	Perdido en el sistema	1	1	0	2	3	4	11
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención	Muy insatisfecho	0	0	1	0	0	1	2
	Insatisfecho	0	3	0	4	1	0	8
	Moderadamente insatisfecho	0	0	3	0	0	2	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	3	1	4	3	3	14
	Moderadamente satisfecho	2	3	3	7	4	5	24
	Satisfecho	3	10	9	9	9	11	51
	Muy Satisfecho	3	3	2	4	0	0	12
	Perdido en el sistema	0	0	1	2	2	2	7
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia En relación al Salario * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación al Salario	Muy insatisfecho	0	3	3	7	4	6	23
	Insatisfecho	0	6	2	11	4	1	24
	Moderadamente insatisfecho	0	4	9	2	0	3	18
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	3	0	3	4	2	13
	Moderadamente satisfecho	5	3	2	4	2	10	26
	Satisfecho	1	2	4	1	3	0	11
	Muy Satisfecho	0	1	0	0	1	0	2
	Perdido en el sistema	1	0	0	2	1	2	6
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Posibilidad de usar capacidades propias * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Posibilidad de usar capacidades propias	Muy insatisfecho	0	0	1	0	2	0	3
	Insatisfecho	0	6	3	4	5	1	19
	Moderadamente insatisfecho	0	0	0	2	1	2	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	0	2	5	2	2	12
	Moderadamente satisfecho	3	4	3	6	4	6	26
	Satisfecho	4	9	10	10	5	10	48
	Muy Satisfecho	0	2	1	2	0	1	6
	Perdido en el sistema	0	1	0	1	0	2	4
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Relaciones entre dirección y trabajadores * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Relaciones entre dirección y trabajadores	Muy insatisfecho	0	2	2	2	1	2	9
	Insatisfecho	0	2	4	9	1	2	18
	Moderadamente insatisfecho	0	4	1	4	1	0	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	2	2	0	3	4	12
	Moderadamente satisfecho	1	5	1	5	5	5	22
	Satisfecho	4	6	9	8	7	8	42
	Muy Satisfecho	2	0	1	1	1	2	7
	Perdido en el sistema	0	1	0	1	0	1	3
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia En relación a las posibilidades de ascenso * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación a las posibilidades de ascenso	Muy insatisfecho	0	4	1	6	4	2	17
	Insatisfecho	0	2	6	12	6	7	33
	Moderadamente insatisfecho	0	1	2	1	0	1	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	5	4	2	4	3	19
	Moderadamente satisfecho	4	3	2	5	2	6	22
	Satisfecho	3	6	4	3	0	3	19
	Muy Satisfecho	0	1	1	0	0	1	3
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	3	1	5
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Administración del centro de salud * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Administración del centro de salud	Muy insatisfecho	0	3	2	3	1	2	11
	Insatisfecho	0	3	3	8	1	1	16
	Moderadamente insatisfecho	1	2	5	3	1	1	13
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	4	2	3	6	4	19
	Moderadamente satisfecho	2	3	3	4	4	8	24
	Satisfecho	4	7	5	8	5	5	34
	Muy Satisfecho	1	0	0	0	1	0	2
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	3	4
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Atención prestada a las sugerencias que realizas * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Atención prestada a las sugerencias que realizas	Muy insatisfecho	0	2	1	2	0	0	5
	Insatisfecho	0	2	0	5	4	3	14
	Moderadamente insatisfecho	0	1	3	6	0	2	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	3	4	2	4	2	16
	Moderadamente satisfecho	1	4	5	3	5	7	25
	Satisfecho	5	9	6	8	6	9	43
	Muy Satisfecho	1	1	1	3	0	0	6
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Horario de trabajo * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Horario de trabajo	Muy insatisfecho	0	0	1	4	2	3	10
	Insatisfecho	0	0	1	2	1	1	5
	Moderadamente insatisfecho	0	0	1	1	1	0	3
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	1	0	1	1	3	6
	Moderadamente satisfecho	1	1	2	1	3	5	13
	Satisfecho	4	16	11	14	8	9	62
	Muy Satisfecho	3	4	4	6	3	2	22
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Variedad de tareas realizadas * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Variedad de tareas realizadas	Muy insatisfecho	0	0	2	1	0	1	4
	Insatisfecho	0	0	0	1	1	1	3
	Moderadamente insatisfecho	0	0	0	2	0	0	2
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	0	1	0	2	3	6
	Moderadamente satisfecho	2	3	2	5	2	5	19
	Satisfecho	4	15	13	15	12	8	67
	Muy Satisfecho	2	4	2	5	2	5	20
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	0	1	2
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Estabilidad laboral * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Estabilidad laboral	Muy insatisfecho	0	3	2	7	4	4	20
	Insatisfecho	0	1	0	4	6	1	12
	Moderadamente insatisfecho	1	1	3	1	0	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	2	0	0	3	3	9
	Moderadamente satisfecho	2	5	5	5	1	2	20
	Satisfecho	2	7	8	7	5	11	40
	Muy Satisfecho	2	2	2	6	0	0	12
	Perdido en el sistema	0	1	0	0	0	3	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia La forma en que se evalua tu desempeño laboral * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
La forma en que se evalua tu desempeño laboral	Muy insatisfecho	0	1	2	3	3	2	11
	Insatisfecho	0	5	2	4	3	2	16
	Moderadamente insatisfecho	1	3	5	3	2	2	16
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	3	1	3	2	3	12
	Moderadamente satisfecho	2	3	0	1	3	4	13
	Satisfecho	3	4	9	10	4	6	36
	Muy Satisfecho	2	3	1	6	1	2	15
	Perdido en el sistema	0	0	0	0	1	3	4
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Nota obtenida en la última evaluación * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Nota obtenida en la última evaluación	Muy insatisfecho	0	1	2	2	1	1	7
	Insatisfecho	0	0	2	2	3	1	8
	Moderadamente insatisfecho	0	1	3	1	0	1	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	1	0	2	4	3	10
	Moderadamente satisfecho	1	1	1	5	2	3	13
	Satisfecho	3	4	11	9	5	8	40
	Muy Satisfecho	2	9	1	7	2	2	23
	Perdido en el sistema	2	5	0	2	2	5	16
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud	Muy insatisfecho	0	1	1	1	1	0	4
	Insatisfecho	0	0	1	4	4	0	9
	Moderadamente insatisfecho	0	0	4	4	1	1	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	0	2	1	5	5	8	21
	Moderadamente satisfecho	1	6	7	9	5	5	33
	Satisfecho	5	11	4	6	2	6	34
	Muy Satisfecho	2	2	2	0	0	3	9
	Perdido en el sistema	0	0	0	1	1	1	3
Total	8	22	20	30	19	24	123	

Tabla de contingencia En relación a los cambios producidos por la reforma * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
En relación a los cambios producidos por la reforma	Muy insatisfecho	0	0	3	3	1	0	7
	Insatisfecho	0	1	2	2	2	1	8
	Moderadamente insatisfecho	0	0	3	6	1	2	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	5	2	4	6	7	25
	Moderadamente satisfecho	2	7	7	7	3	6	32
	Satisfecho	5	8	2	6	4	4	29
	Muy Satisfecho	0	1	1	0	0	1	3
	Perdido en el sistema	0	0	0	2	2	3	7
Total		8	22	20	30	19	24	123

Tabla de contingencia Con el cambio de consultorio a centro de salud * Categoría laboral

Recuento		Categoría laboral						Total
		Categoría A	Categoría B	Categoría D	Categoría E	Categoría F	No Contesta	
Con el cambio de consultorio a centro de salud	Muy insatisfecho	0	1	3	4	1	1	10
	Insatisfecho	0	2	1	2	1	0	6
	Moderadamente insatisfecho	0	0	3	5	1	2	11
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1	1	2	2	5	8	19
	Moderadamente satisfecho	1	4	7	7	4	7	30
	Satisfecho	6	9	2	6	5	4	32
	Muy Satisfecho	0	5	2	1	1	1	10
	Perdido en el sistema	0	0	0	3	1	1	5
Total		8	22	20	30	19	24	123

ANEXO N°8: Tablas de Contingencia según Relación Contractual

Tabla de contingencia Condiciones físicas del trabajo * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Condiciones físicas del trabajo	Muy insatisfecho	10	3	0	1	14
	Insatisfecho	7	7	0	1	15
	Moderadamente insatisfecho	12	11	0	0	23
	Ni satisfecho ni insatisfecho	3	7	0	0	10
	Moderadamente satisfecho	16	10	4	3	33
	Satisfecho	9	12	1	0	22
	Muy Satisfecho	3	1	0	0	4
	Perdido en el sistema	1	0	0	1	2
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Libertad para elegir método de trabajo * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Libertad para elegir método de trabajo	Muy insatisfecho	2	2	0	0	4
	Insatisfecho	4	3	0	0	7
	Moderadamente insatisfecho	5	1	0	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	5	0	2	15
	Moderadamente satisfecho	12	14	0	1	27
	Satisfecho	23	16	3	2	44
	Muy Satisfecho	5	8	2	1	16
	Perdido en el sistema	2	2	0	0	4
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia En relación a los compañeros de trabajo * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación a los compañeros de trabajo	Insatisfecho	2	0	0	1	3
	Moderadamente insatisfecho	8	3	0	0	11
	Ni satisfecho ni insatisfecho	3	6	1	0	10
	Moderadamente satisfecho	13	7	0	4	24
	Satisfecho	24	25	3	1	53
	Muy Satisfecho	6	8	1	0	15
	Perdido en el sistema	5	2	0	0	7
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Reconocimiento por el trabajo bien hecho * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Reconocimiento por el trabajo bien hecho	Muy insatisfecho	3	5	0	1	9
	Insatisfecho	10	5	0	0	15
	Moderadamente insatisfecho	3	4	0	0	7
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	3	0	1	12
	Moderadamente satisfecho	5	10	1	1	17
	Satisfecho	25	18	3	3	49
	Muy Satisfecho	6	4	1	0	11
	Perdido en el sistema	1	2	0	0	3
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia En relación al superior inmediato * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación al superior inmediato	Muy insatisfecho	0	0	0	1	1
	Insatisfecho	5	5	0	0	10
	Moderadamente insatisfecho	2	2	0	0	4
	Ni satisfecho ni insatisfecho	4	3	0	0	7
	Moderadamente satisfecho	8	9	0	1	18
	Satisfecho	26	20	3	1	50
	Muy Satisfecho	11	8	2	1	22
	Perdido en el sistema	5	4	0	2	11
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Responsabilidad asignada con cambio de Modelo de atención	Muy insatisfecho	2	0	0	0	2
	Insatisfecho	4	3	0	1	8
	Moderadamente insatisfecho	5	0	0	0	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	5	0	1	14
	Moderadamente satisfecho	12	11	0	1	24
	Satisfecho	22	22	4	3	51
	Muy Satisfecho	5	6	1	0	12
	Perdido en el sistema	3	4	0	0	7
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia En relación al Salario * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación al Salario	Muy insatisfecho	10	12	0	1	23
	Insatisfecho	9	15	0	0	24
	Moderadamente insatisfecho	13	4	0	1	18
	Ni satisfecho ni insatisfecho	6	5	1	1	13
	Moderadamente satisfecho	13	8	3	2	26
	Satisfecho	5	5	1	0	11
	Muy Satisfecho	1	1	0	0	2
	Perdido en el sistema	4	1	0	1	6
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Posibilidad de usar capacidades propias * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Posibilidad de usar capacidades propias	Muy insatisfecho	1	2	0	0	3
	Insatisfecho	10	8	0	1	19
	Moderadamente insatisfecho	3	2	0	0	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	3	0	1	12
	Moderadamente satisfecho	13	11	1	1	26
	Satisfecho	21	21	3	3	48
	Muy Satisfecho	2	3	1	0	6
	Perdido en el sistema	3	1	0	0	4
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Relaciones entre dirección y trabajadores * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Relaciones entre dirección y trabajadores	Muy insatisfecho	8	1	0	0	9
	Insatisfecho	9	8	0	1	18
	Moderadamente insatisfecho	4	6	0	0	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	7	4	0	1	12
	Moderadamente satisfecho	9	11	1	1	22
	Satisfecho	18	18	4	2	42
	Muy Satisfecho	3	3	0	1	7
	Perdido en el sistema	3	0	0	0	3
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia En relación a las posibilidades de ascenso * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación a las posibilidades de ascenso	Muy insatisfecho	6	11	0	0	17
	Insatisfecho	18	13	0	2	33
	Moderadamente insatisfecho	3	1	0	1	5
	Ni satisfecho ni insatisfecho	10	9	0	0	19
	Moderadamente satisfecho	10	7	4	1	22
	Satisfecho	10	7	1	1	19
	Muy Satisfecho	3	0	0	0	3
	Perdido en el sistema	1	3	0	1	5
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Administración del centro de salud * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Administración del centro de salud	Muy insatisfecho	8	3	0	0	11
	Insatisfecho	7	8	0	1	16
	Moderadamente insatisfecho	6	6	0	1	13
	Ni satisfecho ni insatisfecho	10	9	0	0	19
	Moderadamente satisfecho	12	9	1	2	24
	Satisfecho	15	14	3	2	34
	Muy Satisfecho	0	1	1	0	2
	Perdido en el sistema	3	1	0	0	4
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Atención prestada a las sugerencias que realizas * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Atención prestada a las sugerencias que realizas	Muy insatisfecho	4	1	0	0	5
	Insatisfecho	7	6	0	1	14
	Moderadamente insatisfecho	10	2	0	0	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	8	7	0	1	16
	Moderadamente satisfecho	12	12	0	1	25
	Satisfecho	17	19	4	3	43
	Muy Satisfecho	2	3	1	0	6
	Perdido en el sistema	1	1	0	0	2
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Horario de trabajo * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Horario de trabajo	Muy insatisfecho	1	9	0	0	10
	Insatisfecho	0	5	0	0	5
	Moderadamente insatisfecho	2	1	0	0	3
	Ni satisfecho ni insatisfecho	2	4	0	0	6
	Moderadamente satisfecho	4	7	1	1	13
	Satisfecho	38	17	3	4	62
	Muy Satisfecho	13	7	1	1	22
	Perdido en el sistema	1	1	0	0	2
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Variedad de tareas realizadas * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Variedad de tareas realizadas	Muy insatisfecho	4	0	0	0	4
	Insatisfecho	2	1	0	0	3
	Moderadamente insatisfecho	1	1	0	0	2
	Ni satisfecho ni insatisfecho	3	2	0	1	6
	Moderadamente satisfecho	14	4	0	1	19
	Satisfecho	29	31	4	3	67
	Muy Satisfecho	7	11	1	1	20
	Perdido en el sistema	1	1	0	0	2
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Estabilidad laboral * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Estabilidad laboral	Muy insatisfecho	1	19	0	0	20
	Insatisfecho	3	9	0	0	12
	Moderadamente insatisfecho	2	2	2	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	2	6	0	1	9
	Moderadamente satisfecho	11	6	2	1	20
	Satisfecho	28	7	1	4	40
	Muy Satisfecho	12	0	0	0	12
	Perdido en el sistema	2	2	0	0	4
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia La forma en que se evalua tu desempeño laboral * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
La forma en que se evalua tu desempeño laboral	Muy insatisfecho	6	5	0	0	11
	Insatisfecho	6	10	0	0	16
	Moderadamente insatisfecho	8	6	0	2	16
	Ni satisfecho ni insatisfecho	7	3	1	1	12
	Moderadamente satisfecho	5	6	2	0	13
	Satisfecho	19	15	2	0	36
	Muy Satisfecho	9	5	0	1	15
	Perdido en el sistema	1	1	0	2	4
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Nota obtenida en la última evaluación * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Nota obtenida en la última evaluación	Muy insatisfecho	5	2	0	0	7
	Insatisfecho	2	6	0	0	8
	Moderadamente insatisfecho	2	4	0	0	6
	Ni satisfecho ni insatisfecho	7	2	0	1	10
	Moderadamente satisfecho	8	5	0	0	13
	Satisfecho	20	20	0	0	40
	Muy Satisfecho	15	8	0	0	23
	Perdido en el sistema	2	4	5	5	16
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Nivel de conocimientos manejados sobre la reforma de salud	Muy insatisfecho	4	0	0	0	4
	Insatisfecho	6	3	0	0	9
	Moderadamente insatisfecho	5	5	0	0	10
	Ni satisfecho ni insatisfecho	11	9	0	1	21
	Moderadamente satisfecho	15	14	2	2	33
	Satisfecho	14	16	3	1	34
	Muy Satisfecho	5	3	0	1	9
	Perdido en el sistema	1	1	0	1	3
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia En relación a los cambios producidos por la reforma * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
En relación a los cambios producidos por la reforma	Muy insatisfecho	6	1	0	0	7
	Insatisfecho	6	2	0	0	8
	Moderadamente insatisfecho	8	4	0	0	12
	Ni satisfecho ni insatisfecho	11	13	0	1	25
	Moderadamente satisfecho	17	11	1	3	32
	Satisfecho	9	15	4	1	29
	Muy Satisfecho	1	2	0	0	3
	Perdido en el sistema	3	3	0	1	7
Total		61	51	5	6	123

Tabla de contingencia Con el cambio de consultorio a centro de salud * Situación laboral

Recuento		Situación laboral				Total
		Planta	Contrata	Honorarios	Código del trabajo	
Con el cambio de consultorio a centro de salud	Muy insatisfecho	10	0	0	0	10
	Insatisfecho	3	3	0	0	6
	Moderadamente insatisfecho	7	4	0	0	11
	Ni satisfecho ni insatisfecho	7	11	0	1	19
	Moderadamente satisfecho	16	11	0	3	30
	Satisfecho	11	16	4	1	32
	Muy Satisfecho	4	5	1	0	10
	Perdido en el sistema	3	1	0	1	5
Total		61	51	5	6	123

Anexo Nº10
TABLA ESTIMACION NUMERO BENEFICIARIOS DEL SEGURO PUBLICO DE SALUD
Y SU PARTICIPACION JUNTO A OTROS SISTEMAS EN LA POBLACION NACIONAL
NUMERO DE PERSONAS, AÑOS 1990 A 2003

GRUPOS \ AÑO	SEGURO PUBLICO (1)	% Part.	SEGUROS PRIVADOS (2)	% Part.	OTROS (3)	% Part.	POBLACION (4)
1990	9.729.020	73,7	2.108.308	16,0	1.372.292	10,4	13.209.620
1991	9.414.162	70,1	2.566.144	19,1	1.452.039	10,8	13.432.345
1992	8.788.817	64,3	3.000.063	22,0	1.869.196	13,7	13.658.076
1993	8.537.786	61,5	3.431.543	24,7	1.913.442	13,8	13.882.771
1994	8.644.479	61,3	3.669.874	26,0	1.788.039	12,7	14.102.392
1995	8.637.022	60,3	3.763.649	26,3	1.913.976	13,4	14.314.647
1996	8.672.619	59,7	3.813.384	26,3	2.034.606	14,0	14.520.609
1997	8.753.407	59,5	3.882.572	26,4	2.086.055	14,2	14.722.034
1998	9.137.599	61,2	3.679.835	24,7	2.102.303	14,1	14.919.737
1999	9.403.455	62,2	3.323.373	22,0	2.387.706	15,8	15.114.534
2000	10.157.686	66,4	3.092.195	20,2	2.056.749	13,4	15.306.630
2001 (5)	10.156.364	67,2	2.940.795	19,5	2.026.541	13,4	15.114.800
2002	10.327.218	67,5	2.828.228	18,5	2.149.065	14,0	15.304.511
2003	10.580.090	68,3	2.729.088	17,6	2.182.575	14,1	15.491.753

Nota:

- (1) Considera a todos los beneficiarios de seguro público de salud administrado por FONASA a diciembre de cada año
- (2) Considera a todos los beneficiarios de seguros privados de salud administrados por el sistema de ISAPRES, a diciembre de cada año
- (3) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los seguros público y privados antes indicado
- (4) Considera estimación de población a diciembre de cada año. Años 1990-2001 Proyecciones a partir del Censo 1992, año 2002 según resultados preliminares CENSO 2002
- (5) Según Resultados Preliminares CENSO 2002 la población proyectada a diciembre de 2001, sería de 15.007.793, notoriamente menor que la proyección dada por el CENSO del 1992, aquí, a diferencia de los otros años se considera la correspondiente al CENSO de 2002.

Fuente:

Elaboración en base a Encuesta CASEN 1996 y 1998,
Boletines Superintendencia de ISAPRE (Enero - Diciembre de cada año)
Proyecciones Población Censo 1992 INE (a junio de cada año) y resultado preliminares CENSO 2002