



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

**LA SALUD DESDE UNA NUEVA PERSPECTIVA
COMUNITARIA, LA EXPERIENCIA DE LOS
CENTROS DE SALUD FAMILIAR**

Alumnos: Angelo Ortega Abarca

Esteban Ponce Ancapan

Prof. Guía: Rodrigo Ahumada Cabello

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO
EN TRABAJO SOCIAL**

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

Santiago de Chile, 2008

INDICE

INTRODUCCION.....	6
1. Planteamiento del Problema.....	10
2. Objetivos de Investigación.....	14
3. Hipótesis.....	17
4. Estrategia Metodológica.....	18
5. Variables del Estudio.....	21
PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO.....	22
CAPITULO I: DESARROLLO LOCAL.....	23
1.1 Conceptos Generales del Desarrollo Local.....	23
1.2 Dimensión Social del Desarrollo Local.....	38
1.3 Dimensión Cultural del Desarrollo Local.....	46
1.4 Dimensión Económica del Desarrollo Local.....	50
1.5 El Desarrollo Local como desafío Teórico.....	52
1.6 El Desarrollo Local como desafío Metodológico.....	55
1.7 Sociedad y Desarrollo Local.....	59
CAPITULO II : ENFOQUE BIOPSIKOSOCIAL	62
2.1 Antecedentes del Enfoque de Salud.....	62
2.2 Cambio del paradigma Biomédico al Biopsicosocial.....	66
2.3 Teorías que sustentan el enfoque Biopsicosocial.....	69
2.4 Antecedentes del Modelo de Salud Familiar.....	71
2.5 Acciones concretas de la Medicina Familiar	76
2.6 Salud Familiar y el Rol de lo Local.....	83
2.7 Salud Familiar, Promoción de Salud y Contexto Local: Los Entornos Saludables.....	83

CAPITULO III: PARTICIPACIÓN EN SALUD.....	87
3.1 Antecedentes del Concepto Participación.....	87
3.2 Aspectos de la Participación.....	91
3.3 Evolución del concepto participación en el ámbito de la salud.....	93
3.4 Consideraciones operativas de la participación en salud.....	98
3.5 Promoción de la Salud: Estrategia comunitaria participativa.....	106
 SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL.....	108
 CAPITULO IV: REFORMAS DEL SECTOR SALUD.....	109
4.1 Reforma de salud en la década del 50.....	109
4.2 Reforma de salud en la década del 80.....	111
4.3 Proceso de Municipalización de la Salud.....	116
4.4 Reforma de salud de los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia.....	118
 CAPITULO V: MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD.....	126
5.1 Nociones para el Nuevo Modelo de Atención.....	126
5.2 Ejes del modelo de salud de la década del 50.....	128
5.3 Ejes del modelo de salud de la década del 80.....	130
5.4 Ejes de modelo de salud de los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia.....	131
5.5 Características de las Instituciones.....	133
5.5.1 Antecedentes del Territorio.....	133
5.5.2 Centro de Salud Familiar “Dr. Arturo Baeza Goñi.....	135
5.5.3 Centro de Salud Familiar “Sor Teresa de Los Andes”.....	136
5.5.4 Programas que se implementan.....	137
5.5.5 Principales Problemáticas Abordadas.....	137

5.5.6 Política institucional.....	139
5.5.7 Programas que se desarrollan, población objetivo y ámbito de intervención.....	140
5.6 Consejos de Desarrollo Locales de Salud	142
5.6.1 Marco Político Institucional de los CDL.....	143
5.6.2 Constitución de Consejos de Desarrollo Locales de Salud en Establecimientos de la red asistencial.....	144
TERCERA PARTE: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	147
CAPITULO VI: CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN EL NUEVO ENFOQUE DE SALUD.....	148
6.1 Caracterización de la Población Usuaría.....	148
6.2 Caracterización del Trato y Acogida	153
6.3 Caracterización Tiempos de Espera para ser atendidos.....	165
6.4 Disponibilidad de Medicamentos.....	175
6.5 Caracterización de la Infraestructura, Higiene y Señalizaciones.....	178
6.6. Descripción de los tiempos para conseguir hora para Atención Médica.....	182
6.7.Descripción general de la atención brindada por los Cesfam.....	184
6.8 Descripción de los usuarios respecto del trabajo realizado Por La Oirs.....	186
6.9. Descripción de los usuarios respecto al conocimiento de los CDL.....	187
6.9.1 Importancia del Consejo de Desarrollo Local.....	189
CAPITULO VII: INFLUENCIA EN EL DESARROLLO LOCAL.....	192
7.1 Percepción de los Dirigentes de ambos CDL sobre la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar.....	192
7.2 Percepción de los directivos y encargados de participación de ambos Cesfam sobre la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar.....	213

CONCLUSIONES.....	238
Hallazgos de la Investigación.....	256
Reflexiones en torno al Trabajo Social.....	259
BIBLIOGRAFÍA.....	268
Fuentes electrónicas consultadas	282
ANEXOS.....	285
Definición variable 1.....	279
Operacionalización Variable 1.....	280
Definición Variable 2.....	283
Operacionalización Variable 2.....	284
Instrumentos.....	289

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el Gobierno de Chile ha manifestado el compromiso de originar un proceso integral de modernización a su gestión, específicamente al sector salud. Lo que se busca es lograr un cambio sostenido e intencionado mejorando la eficiencia, equidad y eficacia del servicio. En relación a esto el Estado pretende lograr un Sistema de Salud más cercano a la comunidad, reduciendo las inequidades y mejorando la satisfacción de los usuarios.

Por eso hemos visto, que a través de la reforma que han realizado los Gobiernos de la Concertación a este sector, se propone que los Consultorios se transformen en establecimientos responsables para otorgar respuestas efectivas, oportunas y eficientes a las necesidades de salud de las personas y familias, además de contribuir a mejorar el ambiente donde trabaja, vive y se desarrolla la población.

Es por esto que en Chile, a partir de 1997, se pone en marcha este nuevo cambio conceptual y operativo: los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este nuevo enfoque basado en el modelo Biopsicosocial, tiene su origen en el año 1977 cuando George Engel, catedrático de la Universidad de Rochester propone un paradigma que sea capaz de incluir el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. Este modelo, que se deriva de la Teoría General de Sistemas, parte de la biología y responde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico. (<http://encolombia.com/medicina/academedicina/n-04ceitlin.htm>)

Considerando que la salud y la enfermedad son temas que constantemente se encuentran en disputa, al menos así se presentan para aquellas ciencias que se relacionan y tratan directamente estas temáticas, el Modelo Biopsicosocial, viene a aliviar en parte esta discordia, puesto que lo que éste plantea es que, si bien las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales.

La salud tanto como la enfermedad, son fenómenos individuales y colectivos. Son el producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico. Los diferentes colectivos sociales participan de la producción social y de la distribución de lo que se produce. Esto determina sus condiciones laborales, su acceso a la cultura, a la educación formal, etc. Pero, además su ubicación geográfica lo relaciona con condiciones físicas como el clima, la riqueza del suelo y los recursos naturales disponibles. (<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/IREPS.pdf>)

Por tanto, los CESFAM vienen a ofrecer una atención continua e integral, a través de un equipo de salud de cabecera que realiza acciones de recuperación y control de la enfermedad, de prevención y de promoción a través de todo el ciclo vital de cada uno de los miembros, desarrollando en ellos habilidades para que, como individuos y como familias, sean capaces de adoptar sus propias decisiones en salud de manera oportuna.

Lo que se busca, es lograr un continuo entre las acciones de prevención y promoción con prestaciones de curación, incorporando efectivamente el componente sectorial en los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO), mediante el Plan de Salud Comunal del cual es parte integrante el Plan Comunal de Promoción de la Salud.

Este cambio tiene gran importancia, en la medida que pretende dar respuesta a las necesidades de las familias, mejorando la satisfacción de los usuarios y la capacidad resolutoria de los Centros de Salud Familiar, especialmente en los sectores más vulnerables, a través de equipos motivados, comprometidos y técnicamente capacitados en el enfoque familiar de salud.

La Salud es un derecho fundamental reconocido por nuestro país, así vemos que: *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”* (Const. Pol. Chile, Art. 19, i.9), que precisa de un sistema sanitario público universal, el cual debe contar con los siguientes atributos: Equidad en el acceso a la salud; Solidaridad en el financiamiento de la salud para todos los ciudadanos; Calidad y efectividad sanitaria; Eficiencia en la gestión de salud; Participación, mediante un sistema permanente de relación recíproca entre prestadores y

comunidad cercana al sector donde se emplazan los Cesfam, teniendo como eje la participación de la comunidad en el desarrollo de los programas de prevención y promoción que implementan los Centros de Salud Familiar, así éstos se transforman en un actor que potencia el desarrollo de la comunidad a nivel local. (http://www.senado.cl/prontus_senado/antialone.html?page=http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20050516/pags/20050516221649.html)

Es por esto, que el tema de los Cesfam tiene gran importancia en el desarrollo local de un sector determinado, pues pueden promover una mayor cantidad de actividades sociales, formación de nuevos locales comerciales, además de generar la construcción de vías de acceso que faciliten el transporte y la locomoción hacia éstos.

Por todo lo anterior, la presente investigación tiene como propósito abordar el tema del impacto que genera en la población la transformación de los Consultorios de atención de salud pública a Centros de Salud Familiar, donde el paradigma tradicional de atención de salud cambia radicalmente hacia una nueva propuesta, que tiene por objetivo dar un tratamiento holístico a las enfermedades de los pacientes, rompiendo con la relación vertical entre paciente y Médico e incorporando una relación horizontal que se funde en una relación cercana entre el Médico, el paciente y su familia. A su vez, esta investigación nos permitirá identificar cuáles son aquellos cambios sociales, culturales, económicos, que genera en la población, en la comuna, en su entorno inmediato, la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar.

Un tema asociado a lo anterior y que también merece ser mencionado para entender el contexto del presente estudio, es lo que dice relación al modelo de gestión que se intenta implementar en este nuevo enfoque asociado a la reforma de la atención primaria. Es en este sentido, que el proceso de modernización de la gestión de estos Centros de Salud, involucra necesariamente la participación de todos los integrantes de la Institución. Esto, aumenta el grado de identidad organizacional de sus integrantes y disminuye la resistencia a los cambios. Por otra parte, mejorar la calidad de atención al usuario y humanizarla, contempla múltiples factores como trato digno, derecho de información y participación, entre otros ejes, y la entrega de un servicio de calidad va a depender en gran medida de que

la Institución cuente con funcionarios satisfechos, determinado esto, por las relaciones interpersonales, el clima laboral, la capacidad de organización y el trabajo en equipo. Además, vemos que en muchos lugares, la comunidad usuaria de estos Centros de Salud, están cada día más informados y, por ende son cada vez más exigentes y más proclives a cuestionar al sistema, expresando sus opiniones y/o inquietudes.

Para comprender teóricamente nuestra investigación, se desarrollaron tres capítulos. El primero trata acerca del *Desarrollo Local*, desde lo que se entiende por desarrollo, sus principales actores y su participación en el desarrollo de un territorio. Posteriormente se describirán sus distintas dimensiones, y cómo este fenómeno se encuentra presente en el ámbito comunitario (identitario), especialmente en la Salud Primaria, ya que es aquí en donde se podrá reflejar si existe un proceso de Desarrollo Local a través de los Consejos Locales de Salud de los Cefam del presente estudio.

En la segunda parte, se describirá el *Enfoque Biopsicosocial* en salud, desde el contexto histórico en que nace, hasta las experiencias a nivel latinoamericano, posteriormente se revisarán las teorías en que se sustenta este enfoque, luego se mostrará la experiencia de la aplicación de éste al modelo de Salud Familiar, específicamente a la atención primaria. Para finalizar se identificará el rol de la salud familiar en el ámbito de lo local.

En la tercera parte, se describirá el fenómeno de la *Participación*, desde los antecedentes del concepto y sus aspectos más relevantes, además se mostrará su evolución en el ámbito de la salud primaria. Para finalizar se terminará por señalar como éste se transforma en un medio crucial para promover la salud y la calidad de vida de las personas.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como hemos visto en los últimos años en nuestro país, los cambios experimentados a raíz de la reforma a la salud (específicamente la reforma que transforma los Consultorios a Centros de Salud Familiar) consideran a los usuarios como clientes con deberes y derechos, muy bien determinados. Para conseguir la satisfacción de los usuarios todo el equipo de salud debe cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los usuarios de los Centros de Salud.

Es importante no confundir el cumplimiento de las expectativas, con el cumplimiento respecto de las necesidades de salud de los usuarios. Las expectativas se conocen, se miden, a través de encuestas de satisfacción usuaria, libros de sugerencias, reclamos y felicitaciones, buzones de sugerencias, y las necesidades de salud de los usuarios se determinan a través del trabajo técnico específico que incluyen todas aquellas acciones que ayuden a los usuarios a recuperar su bienestar tanto físico como psíquico.

Por eso, a través del tiempo hemos visto que las demandas en salud se han ido modificando de acuerdo a factores de índole epidemiológicos, demográficos, educacionales, así como también del nivel de vida de la población.

Estos cambios que han ido ocurriendo, nos hacen pensar que es necesario actuar para mejorar la calidad de vida de las personas, y que tanto los Centros de Salud, como la comunidad usuaria deben ser agentes responsables de sus atenciones frente a la salud y la enfermedad.

Si bien es indudable que en nuestro país se ha avanzado considerablemente en reducir los índices de mortalidad en la población en las últimas décadas, no se ha avanzado respecto al manejo administrativo de los sistemas públicos de salud, por lo que hoy en día es frecuente observar dificultades de este tipo, que traen como consecuencia la mala percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención que otorgan estos Centros de Salud,

repercutiendo además en la baja participación de los usuarios en programas realizados por éstos.

No obstante aquello, el Ministerio de Salud está trabajando para efectuar modificaciones a los modelos de atención en todos los niveles de atención (primario, secundario, terciario), con el fin de resolver problemáticas tales como: equidad, eficiencia y eficacia ante las demandas de la población, sin embargo esto no siempre es así, ya que a juicio de muchos de los usuarios, el sistema sigue igual. Es así que la presente investigación, nos permitirá dilucidar, a través de los usuarios y funcionarios, si esta reforma efectivamente está mejorando la gestión de los Cesfam y, por tanto la percepción de los usuarios.

Además de lo anterior, cabe mencionar la reforma a la salud, en específico a lo referido a la atención primaria, ello reflejado en el proceso de transformación de Consultorio de Salud a Cesfam, lo que se traduce en un cambio vital que lleva consigo un proceso gradual en donde la institución misma (administrativos, Médicos y auxiliares), así como la comunidad organizada en los Consejos de Desarrollo Local de Salud, se integran en un proceso de desarrollo y progreso en pos de una salud que abarque la opinión de todos los actores sociales de cada sector donde los Cesfam se encuentren ubicados, trayendo consigo las dificultades propias de una transformación de esta envergadura en la Salud Pública chilena.

Esta reforma realizada por el Ministerio de Salud, lo que busca es poder responder de mejor manera a las necesidades de la población usuaria, además intenta comprender mejor el proceso de salud de la comunidad, mediante un equipo multidisciplinario que realiza acciones de carácter preventivas, más que curativas. Por eso consideramos que abordar el tema de los Cesfam es tan importante, ya que permitiría indagar de qué manera están actuando éstos, no solo en la atención brindada, sino también describir si los programas realizados responden a las necesidades de los usuarios, así como también el nuevo rol del Trabajo Social dentro de éstos.

Por otro lado, en lo que respecta a la viabilidad de la investigación, se considera que no existiría mayor problema en el abordaje y desarrollo de la investigación, ello debido a que los alumnos que realizan el presente estudio, realizaron la práctica de nivel comunitario en uno de los Cesfam de nuestra investigación, el Centro de Salud Familiar “Dr. Arturo Baeza

Goñi”, donde se logró conocer de manera directa cómo trabaja éste en lo que respecta a la atención de la población usuaria, así como la interacción y el trabajo que se tuvo en conjunto con el equipo de salud del Cesfam. A ello se suma el hecho de realizar estudios tendientes a la caracterización de la comunidad del sector, lo que permitió el conocimiento de los aspectos culturales, sociales, económicos y políticos de dicho sector, así como también las principales demandas y problemáticas sociales que aquejan a la población.

A su vez el equipo de salud, integrado por un consejo directivo que comprende a la directora del Centro de Salud, representantes de los funcionarios y las Asistentes Sociales mostraron interés en la realización de un estudio de este tipo, ya que todavía no se ha realizado uno, abriendo la posibilidad de poner a disposición todos los elementos institucionales disponibles para tal efecto.

Por eso consideramos que:

“Con la actual tendencia hacia la globalización, la competencia tiende a plantearse ya no sólo entre empresas sino entre territorios. Es como oposición a ésta que nace el Desarrollo Local como un conjunto de dinámicas políticas, institucionales, económicas y sociales que persiguen de manera coordinada el logro de propósitos comunes de bienestar, convivencia y calidad de vida para todos los grupos sociales que se encuentran en un territorio determinado”.

(Blanco, 2003: 28).

Puesto que hemos visto que el Desarrollo Local nace como respuesta a los problemas del desempleo y desorganización económica causados por la decadencia industrial y las deslocalizaciones, y después del fracaso relativo de los proyectos organizados y aplicados por organismos públicos nacionales, la idea de utilizar procedimientos locales ha ido ganando vigencia las últimas décadas.

Es de acuerdo a dicha definición, que se considera importante como ámbito de estudio los Cesfam como agentes de Desarrollo Local, especialmente el Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y el Sor Teresa de Los Andes, ambos ubicados en la comuna de San Joaquín, el primero de los Centros de Salud funciona como Cesfam mediante decreto del Minsal desde el año

2002, en cuanto al segundo su data de transformación administrativa es del año 2004, (recordando que estas fechas responden una vez terminado el proceso por el cual los Centros de Salud deben ir transformándose tanto administrativamente como en su infraestructura para obtener el grado de Centros de Salud Familiar) entre ambos Centros de Salud atienden una población total de 32.000 habitantes, inscritos y divididos por área de atención, facilitando el trabajo de los equipos de salud de los Cesfam correspondientes, delineados en esta nueva mirada a la atención primaria.

Desde la perspectiva gubernamental, se establecen nuevos lineamientos respecto al rol de los Centros de Salud Familiar, en cuanto a transformarse en gestor de redes y motor de iniciativas locales mediante los Consejos de Desarrollo Local de Salud, en ellos se encuentran representados mediante dirigentes de las diversas organizaciones sociales del sector, las inquietudes y los proyectos de desarrollo, tanto en los ámbitos de salud y de desarrollo social y económico de la población, a través de la gestión y elaboración de diversos proyectos sociales dirigidos a dicho desarrollo; es en este aspecto, que dentro de los lineamientos de la actual reforma de la salud primaria se establecen los llamados compromisos de gestión, los cuales se presentan como indicadores de una gestión eficiente, tanto hacia la población usuaria como al servicio de salud provincial que corresponda, que en este caso es dependiente del servicio de salud de la zona Metropolitana sur, es por ello que se hace necesario realizar un estudio que permita describir si los cambios asociados tanto al modelo de atención en salud, como a la nueva propuesta de polos de desarrollo local en el rol de articuladores que tienen los nuevos Centros de Salud Familiar, integrando la participación social de los usuarios y pobladores de su área de influencia más cercana, influyen en la calidad de vida de todos los pobladores.

Por esto, nos parece relevante dar una mirada a cómo con la reforma que nace del Minsal de transformar a los Consultorios en Centros de Salud Familiar, tienen un impacto no sólo en la población usuaria, mediante el cambio en la atención brindada, sino también en el sector en donde éstos se encuentran ubicados, a través del Desarrollo Local

A partir de lo planteado anteriormente, las preguntas de investigación que guiarán nuestra investigación son las siguientes:

Preguntas De Investigación

1.- ¿Cuál es el cambio que genera en la población usuaria la transformación de los Consultorios a Cesfam?

2.- ¿De qué manera la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar potencia el Desarrollo Local de los territorios en donde éstos se encuentran ubicados?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General 1

- Determinar la influencia que tiene en el Desarrollo Local de su territorio, los Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes de la comuna de San Joaquín, a raíz del cambio en su modelo de intervención.

Objetivos específicos:

- Identificar de que manera la influencia en el Desarrollo Local por parte de los Cesfam de la comuna de San Joaquín, influye en el tejido social de las organizaciones sociales existentes en el sector.
- Identificar de que manera la influencia en el Desarrollo Local por parte de los Cesfam de la comuna de San Joaquín influye en la generación de proyectos y actividades culturales en dicho sector.
- Identificar de que manera la influencia en el desarrollo local por parte de los Cesfam de la comuna de San Joaquín influye en el desarrollo de iniciativas de microempresa de los sectores de dicha comuna.

2.2 Objetivo General 2:

- Determinar si los cambios en el enfoque de intervención que implementan los Centros de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes, repercuten en la población usuaria de los servicios de salud.

Objetivos específicos

- Identificar si existen cambios en la atención médica, social, en la participación social y en la infraestructura, la transformación de los Consultorios a Centros de Salud Familiar.

- Caracterizar la percepción que poseen los usuarios de los Cesfam respecto a la implementación del nuevo enfoque Biopsicosocial de la salud en las áreas de la atención en Salud Primaria y de intervención, por medio de la sectorización de los territorios que utilizan los Centros de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes, de la Comuna de San Joaquín.

3. HIPOTESIS

H1

La transformación de los Consultorios a Centros de Salud Familiar en el marco de la reforma de atención primaria de salud, ha generado un perfeccionamiento en la gestión de éstos, caracterizados en una mejora de la atención médica brindada en el trato médico-paciente, en la disminución de tiempos de espera por atención, en las modificaciones a la infraestructura de los establecimientos, lo que repercute de manera positiva en la percepción de los usuarios de los Centros de Salud.

H2

La participación de las organizaciones sociales, representadas a través de sus dirigentes en las reuniones realizadas por el Consejo de Desarrollo Local de Salud, mejora las instancias de diálogo y participación de la comunidad usuaria, en las temáticas de salud, incorporándolos de manera activa al proceso de promoción en salud.

H3

La transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar, incorporando las temáticas de promoción de la salud, difusión de estilos de vida saludable y participación usuaria en los programas de salud, ha influido de manera positiva en el desarrollo social y cultural de la población donde se encuentran emplazados los establecimientos de salud.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudio

El presente estudio se enmarca en lo que en Ciencias Sociales se denomina *Modelo Mixto*, ya que éste nos permite “*un mayor nivel de integración, donde ambos se combinan durante todo el proceso de investigación*” (Hernández et al, 1998:22).

En lo que respecta al nivel de indagación del estudio, éste es de tipo *descriptivo*, pues “*con mucha frecuencia, el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis*”. (Ibíd.: 25)

En cuanto al tiempo de investigación, éste será transversal o transeccional, ya que “*su propósito es describir variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado*” (Ibíd: 186). Pueden abarcar a su vez varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores, siempre en un momento único.

4.2 Universo

Para la presente investigación, el universo de estudio está compuesto por 46.000 usuarios que corresponden a los sectores donde se encuentran ubicados el Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y el Sor Teresa de la población La Legua, comuna de San Joaquín.

4.3 Muestra

La muestra de estudio para el enfoque Cualitativo será de de sujetos tipo, ésta se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativa, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. Preferentemente usado “*en estudios de perspectivas fenomenológica donde el objetivo es analizar los valores, ritos de un determinado grupo social, el uso tanto de expertos como de sujetos-tipo es frecuente*”. (Ibíd.: 227).

Para ello, se realizarán un número de 10 entrevistas semi-estructuradas, las cuales se aplicarán a sujetos que cumplan con los siguientes requisitos: mayores de 18 años, dirigentes de organizaciones sociales de los Consejos de Desarrollo Local de salud de ambos Centros de Salud las cuales serán seis, Asistentes Sociales encargadas del área de participación de ambos Cesfam (Baeza Goñi y Sor Teresa), además de entrevistas a la directora de cada centro de salud.

Por otra parte, para el enfoque Cuantitativo la muestra será también de tipo intencionada y considerará a 331 personas, de los cuales 165 serán usuarios del Cesfam Baeza Goñi y 166 serán usuarios del Cesfam Sor Teresa, en este caso la muestra se obtuvo mediante el programa *Stats*.

En cuanto al diseño muestral, se utilizarán muestras *no probabilísticas*, esto hace relación a “*que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base a formulas de probabilidad, sino que depende de una persona o grupo de personas, y desde luego, las muestras seleccionadas por decisiones subjetivas tienden a estar sesgadas.*” (Ibíd.: 207).

Además, la ventaja es su utilidad para determinados diseños de estudio que requiere “*no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema*” (Ibíd.: 207). Se optó por ésta, ya que así se podrá conocer mejor los aspectos que se van abordar en el presente estudio, con esa razón se podrá describir mejor el impacto del enfoque de salud y por otro describir cómo éstos potencian el Desarrollo Local del sector en donde se encuentran ubicados, teniendo la opinión de los mismo usuarios.

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de información

En el área de las ciencias sociales y en especial en carreras como la nuestra es fundamental la información que uno pueda obtener in situ, puesto que nos va a permitir poder realizar de mejor manera, ya sea informes sociales, diagnósticos, intervenciones, etc.

A continuación se mostrarán las diferentes técnicas e instrumentos que se utilizarán:

Entrevista Semi-Estructurada: Se caracteriza por ser más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por completo, en manos del entrevistador. Si bien el investigador, sobre la base del problema, los objetivos y las variables, elabora las preguntas antes de realizar la entrevista, modifica el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio.

Encuesta: Instrumento que permite obtener información de manera controlada de tipo cualitativo y cuantitativo. Se aplica para conocer las condiciones y necesidades de un individuo, grupo o comunidad, con el fin de obtener información adecuada para la planificación inteligente y la ejecución de reformas sociales constructivas (Diccionario Especializado de Trabajo Social, 2002:48)

4.5 Análisis de la Información

Para analizar la información cualitativa se utilizará *Análisis de Contenido* para describir la percepción de algunos dirigentes sociales de los CDL, Asistentes Sociales y Directoras de ambos Cesfam, sobre los niveles de participación de la comunidad, el conocimiento y la apropiación del Enfoque Biopsicosocial, iniciativas económicas, cantidad de actividades de las Organizaciones Sociales en torno a la salud y la adopción de estilos de vida saludables.

Por otro lado, para analizar los datos cuantitativos se utilizará el programa estadístico *SPSS* el cual permite *un importantísimo ahorro de tiempo y esfuerzo, realizando en segundos un trabajo que requeriría horas e incluso días, por otro lado hace posible cálculos más exactos, evitando los redondeos y aproximaciones del cálculo manual, además permite*

trabajar con grandes cantidades de datos, utilizando muestras mayores e incluyendo más variable (Bausela, 2005:63).

Es a partir de lo anterior, y mediante el análisis mixto que aplicaremos, se nos permitirá comprender las distintas aristas del discurso emanado de nuestros informantes, así como también conocer sus demandas, su percepción, sus propuestas, en definitiva entender “su realidad” a partir de la forma en que el sujeto la interpreta por medio del discurso. Por lo tanto, la interpretación de su discurso nos permitirá entender los significados sociales que el sujeto construye en torno al fenómeno en estudio, en este caso, el Centro de Salud, y como ellos comprenden y participan del cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar, y como ven en éste un foco de desarrollo local.

5. Variables del Estudio

La presente investigación se centrará en 2 variables:

- **Influencia en el Desarrollo Local**
- **Repercusiones de los Cambios en el Servicio de Salud**

Primera Parte
MARCO TEORICO

CAPITULO I

DESARROLLO LOCAL

Esta primera parte, pretende entregar una noción global de lo que significa el concepto de Desarrollo local, mediante una revisión bibliográfica que nos permita identificar y comprender sus distintas aristas, todo bajo la mirada del Trabajo Social.

1.1 Conceptos Generales del Desarrollo Local

Territorio

Se denomina territorio (de la palabra "*terra*", que significa tierra) a un área definida a menudo considerada posesión de una persona, organización, institución, animal, estado o país subdividido. Por otro lado la Tradición Social la entiende como el sistema socioecológico que reúne la sociedad y el medio que ésta habita. El territorio se puede estudiar tanto en sus relaciones verticales (entre sociedad y medio físico), como en sus características (organización económica, política, demográfica, espacio construido, medio físico en cuanto condiciona a la sociedad...) como en sus relaciones horizontales (entre los diversos subterritorios que lo conforman) (<http://es.wikipedia.org/wiki/Territorio>).

Ahora bien, "*el territorio nunca es algo dado, está siempre (auto) construyéndose, supera tanto al organismo como a las circunstancias del medio*". (Deleuze y Guattari, 1988: 513).

De acuerdo a Esparcia (1999: s/n) el territorio constituye el elemento vertebrador de todos aquellos procesos que tienen incidencia sobre un cierto espacio en el que actúa una determinada sociedad. Consiguientemente, el análisis de la estructura territorio y sus componentes es uno de los elementos fundamentales en toda actuación vinculada al desarrollo local y fundamentada en la revalorización de su potencial endógeno.

Para el presente estudio, lo definiremos como el ámbito geográfico de una población o comunidad delimitado, ya sea de forma natural o política, sobre el cual un grupo social ejerce un control o dominio y en el que el ser humano construye su identidad y concretiza sus acciones. Los factores políticos, económicos, sociales y culturales hacen a un territorio caracterizándolo.

A.- Evolución del concepto de desarrollo

Hemos visto hablar muchas veces de desarrollo económico, social, cultural, etc. en nuestras vidas. Por ejemplo según el Diccionario Especializado de Trabajo Social (Op.Cit:45) lo define como:

“Un conjunto de elementos que conlleva a las personas hacia la aceptación y realización de innovaciones, bien sea de tipo material, inmaterial o cambios estructurales en su organización social, económica, política o cultural, con el fin de mejorar sus condiciones individuales o colectivas de vida. El desarrollo alude entonces al proceso de mejoramiento de la calidad de vida mediante el incremento de la renta y el aumento del consumo de alimentos, servicios médicos, educación, etc”.

Ya durante las décadas de los años 50 y 60 del siglo pasado el objetivo fundamental del Desarrollo Económico en el mundo era el crecimiento y su medida estaba dada por el Producto Interno Bruto (El PIB incluye la producción realizada dentro de los límites geopolíticos de un país determinado), sin embargo, estas ideas eran erróneas, pues no necesariamente todo crecimiento del Producto Nacional Bruto per cápita puede ser sinónimo de desarrollo. Posteriormente durante la década de los 70 se reconoce que además del crecimiento económico para lograr desarrollo se debía necesariamente reducir o eliminar la pobreza, la desigualdad y el desempleo logrando de esta forma lo que se conoce como la tal anhelada equidad.

En la década de los noventa como resultado de los esfuerzos del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) surge una concepción donde se aprecia un nuevo

entendimiento del concepto de desarrollo. Aquí, una visión del desarrollo enfocado a la producción material es sustituida por otra, centrada en las aplicaciones de las capacidades humanas. Junto a ello, surge una nueva forma de medición del desarrollo conocida como *Índice de Desarrollo Humano* (IDH). Por tanto creemos que el desarrollo puede establecer una condición de acceso a los servicios sociales y a la participación social activa. En el primero de los casos, se hace referencia a los sistemas de educación y a la satisfacción de las necesidades de sobrevivencia, como es el alimento, vivienda, vestimenta, salud y seguridad. En el caso de la participación social activa, se refiere a la capacidad del individuo y de las instituciones sociales a garantizar que las agrupaciones sean instancias de intermediación entre los sujetos y actores en la toma de decisiones.

Como podemos observar el desarrollo pasa por diferentes fases, acepciones o modelos de actuación “...perdiendo su carácter estrictamente cuantitativo para transformarse en un concepto más cualitativo,... más complejo, multidimensional e intangible...” (Becerra, 2003:38). Todo esto aporta y enriquece el Desarrollo Local, que puede constituir un modelo en sí mismo, con las características de los diferentes enfoques y con planteamientos basados en las sinergias de distintos conceptos.

Por eso podemos concluir diciendo que el Desarrollo, se define como la condición de vida de una sociedad en la cual las necesidades de los grupos y/o individuos se satisfacen mediante la utilización racional de los recursos y en las cuales los bienes y servicios se encuentran crecientemente al alcance de los grupos sociales que conforman la sociedad. Esta característica implicaría una mayor integración social y económica dentro de las sociedades, y por ello se disminuiría la existencia de grupos viviendo en condiciones de marginalidad, lo que lograría una mejor calidad de vida de los habitantes de un territorio determinado.

B.- ¿Qué es el Desarrollo Local?

El tema del *desarrollo local* puede clasificarse, sin duda, como una macrotendencia que ha venido surgiendo gradualmente en la última década, cobrando cada día más fuerza y relevancia. En gran medida, se manifiesta como respuesta a la convergencia de diversas

precondiciones territorio local y desarrollo y que viene a potenciar y/o definir una visión común de futuro.

A pesar de lo anterior no existe una definición universalmente aceptada de Desarrollo Local, por lo que sólo mencionaremos algunas definiciones conceptuales, que nos permitirán comprender de qué estamos hablando cuando hablamos de Desarrollo Local. Boisier citando a Di Pietro (2001:7) señala que lo local es:

Un concepto relativo a un espacio más amplio. No puede analizarse lo local sin hacer referencia al espacio más abarcador en el cual se inserta (municipio, provincia, región, nación). Actualmente se juega con la contraposición local/global mostrando las paradojas y relaciones entre ambos términos.

Siguiendo con lo anterior Max Neef (1986, s/p) señala:

...al respecto, un tipo de desarrollo orientado a fortalecer espacios locales, micro-organizaciones y la multiplicación de matrices culturales dispersas en la Sociedad Civil, no puede eludir la tarea de consolidar prácticas y mecanismos que comuniquen, socialicen y rescaten las diversas identidades colectivas que conforman el cuerpo socia".

Otro de los autores que ha trabajado el tema del Desarrollo Local es Arocena que ubica al Desarrollo Local en la Dialéctica global/local:

“El Desarrollo Local no es pensable si no se inscribe en la racionalidad globalizante de los mercados, pero tampoco es viable si no se plantea sus raíces en las diferencias identitarias que lo harán un proceso habitado por el ser humano”. (Arocena, 1997a:91)

Por último Vázquez-Barquero, define el desarrollo local como:

“Un proceso de crecimiento económico y de cambio estructural que conduce a una mejora en el nivel de vida de la población local, en el que se pueden identificar tres dimensiones: una económica, en la que los empresarios locales usan su capacidad para organizar los factores productivos locales con niveles de productividad suficientes para ser competitivos en los mercados; otra, sociocultural, en que los valores y las instituciones sirven de base al proceso de desarrollo; y, finalmente, una dimensión político-administrativa en que las políticas territoriales permiten crear un entorno económico local favorable, protegerlo de interferencias externas e impulsar el desarrollo local”. (Vázquez-Barquero, 1988: 129)

Uno de los factores más importantes para el desarrollo local es el esfuerzo que se invierte en los procesos, la dinámica económica y social y los comportamientos de los actores locales, más que en los resultados cuantitativos. Es decir, dicho esfuerzo es una posible alternativa para reconocer a los excluidos del sistema dominante como sujetos con opinión, necesidades, etc.

Así, las diferencias o desequilibrios entre economías locales no se explicaría sólo por las tasas de crecimiento económico, referido a los productos –que representa el resultado del proceso de desarrollo- , sino y por sobre todo, reflejan las diferencias entre las capacidades de iniciativa frente a los problemas o al contexto territorial existente.

En este proceso de desarrollo intervienen, claro está, diversos actores. Uno de los más significativos es el Gobierno y la Administración Urbana y/o Regional. Precisamente, como plantea la CEPAL (2003), una de las transformaciones más importantes en esta última década es la modificación del enfoque de análisis y propuesta, desde un paradigma de acción que coloca al municipio y a la administración urbana fundamentalmente como proveedor de servicios y ejecutor de obras de infraestructura, hacia otro enfoque más integral.

Esta nueva perspectiva asume la importancia de estimular el desarrollo social y económico de las comunidades y de impulsarlas en procesos de innovación. Estos procesos incluyen ciencia y tecnología, métodos, nuevos productos, nuevas formas de administrar y producir, nuevas maneras de comercializar, identificación de nuevos grupos de clientes, nuevos esquemas de distribución, nuevas formas de alianza estratégica, etc.

Además en el contexto del Desarrollo Local, la pobreza debe ser conceptualizada de una manera más integral, incorporando otras dimensiones del desarrollo que permitan comprender la presencia de lo local, el mundo social de lo comunitario, la evolución social de un grupo humano reflejada en su historia y sus símbolos culturales. Comprender que el crecimiento económico constituye sólo otra dimensión a insertarse en la dinámica vital de una población local. Ello requiere al mismo tiempo la configuración de actores que realicen esta labor. De modo que la estrategia aquí es atender, apoyar y estimular el desarrollo de estos actores.

1.1.1 Actores Locales de Desarrollo

De acuerdo a las definiciones anteriormente mencionadas el Desarrollo Local es un proceso que requiere actores y agentes locales de desarrollo. Arocena cita a Barreiro (1998) quien dice que:

“Los actores locales son simultáneamente motor y expresión de desarrollo local y define tres categorías de actor local: a) los actores ligados a la toma de decisiones (político – institucionales); b) los actores ligados a técnicas particulares (expertos profesionales); c) los actores ligados a la acción sobre el terreno (la población y todas sus expresiones activas; señala además que debe existir participación, concertación y negociación entre estos actores.” (Arocena; Op. cit.a: 26)

Bajo esta definición, no cualquiera es un actor local, se necesita en ellos que su acción posea un sentido social que busque efectivamente el bienestar de un territorio o comunidad. Por lo tanto, bajo esta definición un actor local,

“Es aquel agente que en el campo político, económico, social y cultural son portadores y fomentadores de las potencialidades locales. En suma, se trata de aprovechar mejor los recursos, pero destacando la calidad de los procesos en términos de equilibrios naturales y sociales”. (Arocena, 1998b:14)

Además éstos deben caracterizarse por tener intereses y vivencias particulares en un ámbito de relación más inmediato, con creencias y valores que van a retroalimentar lo colectivo desde sus propios aprendizajes, es una alianza entre actores con el fin de impulsar procesos de cambios para el mejoramiento de su bienestar colectivo, en la medida en que logran configurar el patrón de organización que se mantiene a lo largo del tiempo en virtud de haber adquirido ciertas capacidades de mejorar las condiciones ambientales. Por tanto si un sistema es sostenible es también durable, ya que es capaz de auto-organizarse, de reproducirse y de auto-generar las condiciones para su continuidad y, para que esto ocurra debe existir necesariamente la cooperación entre actores públicos de diferentes niveles institucionales (locales, regionales, nacionales), así como la cooperación entre el sector público y el privado.

Por tanto, los actores sociales no son sólo personas aisladas, sino que también las organizaciones e instituciones sociales y políticas que participan como protagonistas activos en los procesos locales, generan demandas y propuestas, intervienen en la vida local y se hacen cargo de los resultados logrados en la gestión local. Entre los actores locales se puede mencionar a organizaciones territoriales de base (comunidades campesinas, comunidades indígenas y originarias y juntas vecinales), comités de vigilancia, juntas escolares, asociaciones civiles, organizaciones económicas, organizaciones funcionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones privadas de desarrollo e inclusive el Gobierno Municipal.

Por esto, el Desarrollo Local es tan importante en comunas como San Joaquín, ya que potencia la identidad cultural de ésta, la solidaridad entre los distintos actores sociales en asuntos que afecten su diario vivir, en definitiva permite construir toda una dinámica de desarrollo, a partir del fortalecimiento de una identidad que se funde sobre un territorio

determinado. Por tanto los actores locales pasan a tener principal gravitación en los procesos de desarrollo, tanto en sus roles particulares, como también en sus acciones de coordinación entre ellos.

1.1.2 Evolución del Desarrollo Local

El desarrollo local surge fundamentalmente en Europa, como respuesta a las crisis macroeconómicas. Es la expresión de una lógica de regulación horizontal.

En el año 1975 el Banco Mundial expone una definición de desarrollo que se aplica al ámbito espacial, en el que el Desarrollo Local es entendido como: *“una estrategia diseñada para mejorar el nivel de vida, económico y social de grupos específicos de población.”*

(<http://www.dip-badajoz.es/areas/dlocal/servicios/proyectos/gdesarrollo/index.htm>).

Las principales corrientes que se desprenden de éste son: Desarrollo Local Endógeno, Desarrollo Local Integrado y Desarrollo con un Enfoque Local que pueden, a su vez, reunirse en un solo concepto o modelo con las tres características.

El Desarrollo Local Endógeno, se define como un proceso tendente a incrementar el bienestar de la comunidad mediante el establecimiento de actividades económicas y socioculturales utilizando básicamente o fundamentalmente sus propios recursos humanos y materiales. En este modelo, la iniciativa privada adquiere un papel preponderante por lo que se requieren nuevas fórmulas de colaboración empresarial y de participación social.

El Desarrollo Local Integrado, hace especial hincapié en la integración de todas las potencialidades de aprovechamiento de los recursos existentes en la zona. En este modelo, se intenta minimizar la utilización de tecnologías externas, poniendo especial énfasis en la movilización y el desarrollo de los recursos humanos y en la consecución de un acceso más equitativo a los medios de producción y a una más justa distribución de los sueldos.

El Desarrollo Local abarca una política global que incluya aspectos de descentralización administrativa, organización de la población, ordenación del territorio y dotación de infraestructuras y servicios, etc.

Aunque desde el año 1975 el Banco Mundial había expuesto esa definición de desarrollo aplicada al ámbito espacial de Desarrollo Local, no es hasta finales de los ochenta que se inicia a nivel internacional un importante giro en las políticas de desarrollo, que hasta entonces se imponían “de arriba a bajo” mediante políticas macroeconómicas globales alejadas de las realidades locales y que desde entonces pasan a ser tratadas “de abajo a arriba” mediante políticas mixtas macro y microeconómicas centradas en promover el protagonismo del desarrollo local. La puesta en marcha del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), marca la inflexión definitiva de esta tendencia a nivel mundial estableciendo dos principios esenciales:

- Pensar en lo global y actuar localmente. Es decir, adaptar las políticas genéricas (macro) a los casos concretos (micro) de cada entorno local.
- Fomentar la participación de las Comunidades Locales en sus Planes de Desarrollo. Es decir, convertir a las administraciones locales en los principales impulsores del desarrollo como fórmula para ajustarse al máximo a las necesidades y peculiaridades del entorno local.

Este nuevo modelo de desarrollo no se centraba solo en el progreso económico, sino también en el progreso humano y ecológico, siendo una de sus políticas principales el fomento de la cooperación entre los distintos agentes de una localidad (individuos, administración pública, organizaciones no gubernamentales, empresas, familias, entidades supralocales y los demás).

Actualmente, en cierta forma, todo el desarrollo es local, tanto sea en un distrito, en una región, en una microregión, en un país o en una región del mundo. La palabra local, no es sinónimo de pequeño ni alude necesariamente a diminuto o reducido. El concepto local adquiere, pues, una connotación de algo socio-territorial que pasa a definirse como un ámbito comprendido por un proceso de desarrollo en curso, en general cuando este proceso está pensado, planeado, promovido o inducido. Normalmente, cuando se habla de desarrollo local se hace referencia, a procesos de desarrollo que ocurren en espacios

subnacionales, y en la mayoría de los casos tales espacios son municipales o microregionales.

Algunas definiciones de desarrollo local expuestas por diferentes autores pueden ayudar a comprender el significado de éste.

De acuerdo a Enríquez el desarrollo local,

“Se trata de un complejo proceso de concertación entre los agentes – sectores y fuerzas- que interactúan dentro de los límites de un territorio determinado con el propósito de impulsar un proyecto común que combine la generación de crecimiento económico, equidad, cambio social y cultural, sustentabilidad ecológica, enfoque de género, calidad y equilibrio espacial y territorial con el fin de elevar la calidad de vida y el bienestar de cada familia y ciudadano(a) que viven en ese territorio o localidad. Más aún implica la concertación con agentes regionales, nacionales e internacionales cuya contribución enriquece y fortalece ese proceso que tiene una lógica interna, que avanza de manera gradual pero no dinámica ni lineal, que le da sentido a las distintas actividades y acciones que realizan los diferentes actores”.(Enríquez, 2001:1)

Siguiendo con lo anterior la Escuela de Planificadores del Sur (s/f: 3), plantea que el espacio local,

“en tanto sistema, se compone de un conjunto de subsistemas en interacción dinámica entre sí y con su medio ambiente, cuya finalidad es la satisfacción de las necesidades... no solo de las personas que viven y/o trabajan en esta localidad, sino de las necesidades e intereses de los diferentes subsistemas que forman parte del sistema local”.

El desarrollo local es un modo de promover el desarrollo que toma en cuenta el papel de todos los factores necesarios para convertir en dinámicas las potencialidades que pueden identificarse al examinar una unidad socio-territorial delimitada.

Las potencialidades identificadas y reconocidas hacen referencia a la diversidad y a la ventaja comparativa. Si todas las localidades fuesen iguales no tendría sentido el concepto de desarrollo local y, en rigor, tampoco el de local.

Es difícil precisar si éste se trata de un proceso voluntario o involuntario, lo que si está claro es que tiene una serie de elementos asociables al concepto:

- Inversión en sí misma y por sí sola, no es Desarrollo Local, pero generalmente es una componente esencial del mismo.
- No existe un único modelo de Desarrollo Local, hay tantos modelos como experiencias, las cuales constituyen modelos autónomos cuyo control debe ejercerse desde el ámbito local, si bien se precisa la necesidad de una “coordinación” y cooperación a escalas y ámbitos mayores y más amplios que el local.
- Es un proceso que nace y se compatibiliza con las peculiaridades locales de cada zona y del entorno inmediato a la localidad que parte con ventaja cuando se trata de territorios homogéneos, con una población mínima, es decir, con una determinada extensión, que resulte suficiente para constituir la llamada "masa crítica" necesaria.

Estos modelos persiguen normalmente las siguientes ventajas para el territorio: mejora de la calidad y nivel de vida de los ciudadanos, incremento del grado de bienestar social; reducción de la dependencia del exterior, no su eliminación, y si mejorar las condiciones para fortalecer el intercambio mutuamente ventajoso con el entorno exterior a la localidad; reforzamiento del espíritu colectivo, como componente de acción consciente por el alcance del desarrollo social e individual; crecimiento y generación de empleo; conservación del medio natural y desarrollo cultural de la comunidad.

El Desarrollo Local se basa en factores materiales e inmateriales, siendo estos últimos casi más decisivos que los primeros. Entre el grupo decisivo de factores podemos citar como principales:

La importancia de las empresas difusas, pequeñas y de núcleos poblacionales de tamaño reducido; la existencia de una sociedad cohesionada, basada en factores como la familia como elemento aglutinador y participativo a la hora de aportar mano de obra, asumir riesgos y canalizar ahorros y capital; en los valores, en la colaboración y la solidaridad, etc; una historia conjunta; la actitud y el carácter de la población en general y de los trabajadores, microempresarios, mujeres, jóvenes u otros colectivos; el consenso y la coordinación existente entre el grupo social ; la supervivencia o no de tradiciones artesanas y oficios; la familiaridad o no con los mercados internacionales; los recursos y capacidades financieras existentes en el propio territorio, su aprovechamiento y por último el nivel de infraestructuras e inversiones realizadas por parte de las administraciones.

1.1.3 Dimensiones y Principios del Desarrollo Local

De acuerdo a González (1998), una de las características del Desarrollo Local lo constituyen sus dimensiones:

- a) *Dimensión Cultural- identitaria:* Renovar, reforzar o recrear una identidad local. No hay Desarrollo Local si no existe una dimensión identitaria, la que no sólo debe ser entendida como un soporte de éste, sino también, como un objetivo incorporado a su estrategia de construcción. El Desarrollo Local es un proyecto de reforzamiento identitario, lo que supone una densidad básica de identificación entre individuos, grupos y territorio en términos de historia y/o futuro. La existencia de una identidad local “supone un umbral básico de identidad territorial.
- b) *Dimensión Política:* El Desarrollo Local implica y supone el reforzamiento de la vida política social; es decir de la cantidad y calidad de las relaciones, concertaciones y negociaciones entre actores que ocupan y constituyen el espacio local. Expresado en otros términos, el reforzamiento de escenas políticas locales y,

consecuentemente la mayor relevancia de los espacios locales como escenarios de la vida política en general.

- c) *Dimensión Económica-laboral*: El Desarrollo Local supone la existencia y el reforzamiento de una dinámica local, generadora de empleo/trabajo, de mayor riqueza local y de mayores capacidades económicas para enfrentar las carencias de la localidad respectiva. No habrá desarrollo local, especialmente en los territorios pobres, sin una dinámica económica y laboral que permita mejorar las condiciones materiales de vida y trabajo de las familias de la localidad.
- d) *Dimensión Administrativa y de Producción de Servicios y Bienes Públicos*: El Desarrollo Local supone una dinámica de internalización y apropiación local de materia de resolución público estatal. En otros términos de ampliación de aquello que resulta legítima o natural, que se aparte de la responsabilidad local y, en particular de sus gobiernos y administraciones públicas. Esto significa una alta incidencia local en la concepción y ejecución de las políticas sociales. Las acciones públicas deben ser concebidos con grados de descentralización y márgenes de maniobra local que permitan adecuarlas e integrarlas en función de las necesidades y diagnósticos locales.

Por otro lado, Martín (2000) reconoce algunos principios básicos del Desarrollo Local a partir de los nuevos procesos sociales y territoriales que se están dando:

- *La fuerza del lugar*: El fenómeno de la globalización está formando una compleja red de relaciones entre los lugares del mundo y, en esta realidad, “lo local” constituye su propia fuerza de desarrollo. La eficacia de las acciones depende de la existencia de las virtualidades locales que están relacionadas con las potencialidades y el capital sinérgico del territorio que adquieren su totalidad con las formas de interacción interna y la identidad.
- *El lugar, como espacio de solidaridad activa*: La difusión de la modernidad (medio científico e informacional de los territorios) amplía las posibilidades de interacción, generando sistemas y subsistemas de solidaridad de diferentes naturalezas en las diferentes escalas desde lo local a lo global. Sin embargo, el

espacio de la globalización está formado por puntos de interligación, movedizos e inconstantes, en los que la solidaridad es apenas una solidaridad organizacional. El espacio local es la base territorial de la convivencia cotidiana, donde la cooperación y la solidaridad se hace por la convivencia, la contigüidad, las relaciones familiares, las emociones y sentimientos compartidos, garantizando una mayor comunicación y una solidaridad orgánica. La compleja red de interacciones locales, la solidaridad social ejercida en el lugar, cuando se intensifica y asume un sentido, es la fuerza impulsora del desarrollo y del camino para la solución de las dificultades impuestas en la vida de las personas.

- *La cultura popular local:* Simboliza el hombre y su entorno, un tipo de consciencia y de materialidad social. Su valorización permite fortalecer la individualidad y la autoestima frente al mundo y da sentido a las comunidades humanas, en la búsqueda del desarrollo de la propia creatividad y conforme con sus valores. O sea, la mejor ayuda para la liberación de un pueblo es aquella dirigida a la conservación y recuperación de su identidad y de su cultura porque las culturas autónomas, como se ha resaltado, tienen potencialidades capaces de revitalizar las sociedades.

- *El dinamismo del desarrollo es dependiente también de la articulación y uso de los recursos naturales y sociales locales existentes:* Y a su vez, la decisión política sobre el modo y la capacidad de utilización económica de los recursos depende de la cultura local, de las relaciones internas y externas, entre lo local y lo global. De esta manera, la idea del desarrollo está ligada al "bien - estar" de los pueblos. El lugar ofrece las oportunidades de "bien - vivir", cuando se armonizan inteligentemente las potencialidades locales y las potencialidades ofrecidas por el sistema global, porque el desarrollo local es un nuevo paradigma de desarrollo "de tipo endógeno, territorial, autocentrado, realizado por las bases sociales, opuesto a los modelos de que vienen de arriba".

En términos generales, hemos visto que el desarrollo local es un proceso multidimensional, el cual concibe el desarrollo de un territorio a través de cuatro dimensiones esenciales: la

cultural – identitaria, económica, política y administrativa. Este enfoque multidimensional se caracteriza por ser un proceso participativo y organizado en el cual intervienen representantes de los diversos sectores de una localidad para definir una visión común de futuro, la cual forma el marco general para la planificación y ejecución de las acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la localidad.

Según Godard et al (1987) habrían condiciones que permitirían y/o obstaculizarían un proceso de Desarrollo Local. Así podemos destacar los siguientes:

Facilitadores

- Los recursos locales materiales y humanos (actuales y potenciales).
- El nivel de educación y de capacitación de la población.
- Las destrezas técnicas y las capacidades empresariales.
- Los recursos naturales (el ecosistema considerado como potencial de recursos).
- El patrimonio cultural.

Obstaculizadores

- La falta de hombres y de recursos.
- Un bajo nivel de formación general y profesional.
- El acostumbramiento a la dependencia.
- La existencia de mecanismo de transformación de recursos al exterior (mediante la imposición fiscal, el monopolio sobre la comercialización local, o por medio de términos desfavorables de intercambio, etc.)
- La centralización de los recursos y de las decisiones políticas en las instancias centrales del aparato del Estado.
- Las barreras sectoriales impuestas como consecuencia de la especialización económica de la organización vertical de la administración pública.

1.2 DIMENSIÓN SOCIAL DEL DESARROLLO LOCAL

1.2.1 Tejido Social

El concepto de *tejido social* en su acepción más simple, se refiere al conjunto de relaciones, reglas e intercambios que realizan el universo de organizaciones sociales en un territorio determinado y su capacidad para crear "puentes" de interlocución y de transacciones políticas, culturales, económicas y sociales útiles con otras esferas del orden social donde se concentran las decisiones de poder político y económico. Es así como la Gobernación de Antioquia, plantea en su plan de desarrollo 2004 -2007 (s/p):

“La existencia de un número elevado de organizaciones, aunque es condición indispensable, no garantiza por sí misma la construcción de tejido social; se requiere fundamentalmente que éstas desarrollen las capacidades necesarias para articular sus intereses y recursos mediante la construcción de redes sociales. El tejido social, por lo tanto, es un concepto íntimamente ligado al de trabajo en red que afirma los valores de la participación y el empoderamiento ciudadano, la organización y la articulación, la democracia, la cultura y el capital social”.

Por eso podemos ver que el pasaje, la manzana y su entorno son espacios donde las personas ensayan las relaciones sociales inmediatas, enmarcadas en un contexto de fuerte cercanía física e intensidad social. Al respecto, Castillo señala: *"En el vecindario poblacional, la red de relaciones sociales es intensa y nítida, cada cual conoce relativamente bien a quienes son sus vecinos más próximos y establece algún tipo de relaciones con ellos", algunas veces de carácter positivo y otras negativo*". (Castillo y Obile; 1984, en Fuenzalida; 1991:23).

Por otro lado, el *tejido social* adquiere relevancia, ya que:

"la garantía de continuidad y consolidación de las experiencias organizativas están asociadas a los nexos que establezcan con el tejido de las relaciones cotidianas que pre-existen en el barrio o zona de acción. Los individuos que

entran a formar parte de los grupos y organizaciones participan ya de relaciones, (familia, trabajo, religión), que han configurado una subjetividad compartida legítima: el tejido social es como una malla o una red bastante tupida que en algunos puntos está rota o desconexa y en otras se agolpan relaciones de cotidaneidad". (Torres, 1995:51)

Así podemos decir, que el tejido social está constituido por distintos elementos tales como el desarrollo local, la participación, organización, ciudadanía, democracia, cultura y capital social que incluye a su vez varios elementos como la vida cotidiana, representaciones de mundo, relaciones cotidianas, autonomía y autodeterminación.

Según lo anterior, un elemento constitutivo del tejido social es el capital social que consiste en todos aquellos elementos acumulados por las personas o grupos sociales a lo largo de su vida, que implican normas, redes de cooperación, procesos de socialización, y que les son útiles para enfrentar las situaciones futuras de manera efectiva, esto a su vez incluye las representaciones del mundo y de la vida cotidiana.

No obstante lo anterior, cabe señalar que el *tejido social* se ha ido rompiendo o simplemente no existe, producto del estilo de vida actual, marcado por el individualismo y la desconfianza. Por esto se han deteriorado profundamente las relaciones humanas, lo cual también ha repercutido en el ambiente físico de los barrios, ya que la falta de comunicación entre los habitantes, la pérdida de confianza en los otros y el escaso valor que se le asigna a lo comunitario, trae como consecuencia, el abandono de los espacios colectivos.

A pesar de aquello, el desarrollo y la acumulación de capital social en un país, región o comuna, presuponen también un nuevo ciudadano, formado para el ejercicio y control democrático, organizado para la tramitación de las demandas y diferencias y con un claro sentido de empoderamiento para fortalecer la esfera de lo público.

1.2.2 Generación de Redes

Las personas, las familias, las instituciones, las organizaciones, todos se desenvuelven en un espacio, en un territorio donde el encuentro diario permite que nos relacionemos, que nos encontremos. La mayor parte de estas relaciones que generamos en nuestra vida cotidiana, nos permiten sobrevivir y lograr satisfacer necesidades de una u otra forma. Por ejemplo las relaciones sociales con los vecinos, si tenemos buena relación podremos apoyarnos mutuamente con préstamos de dinero o simplemente para cuidar a nuestros hijos. En el caso de los amigos nos pueden ayudar a conseguir otro trabajo.

Elkhaïm afirma que una red social es:

“Un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia. Es, en síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esa unidad y la sociedad”. (Elkhaïm, 1987:12)

Por otro lado, Madariaga et al citando a Light y Keller (2003:14) afirman que las redes sociales no son más que:

[...] el tejido de relaciones entre un conjunto de personas que están unidas directa o indirectamente mediante varias comunicaciones y compromisos que pueden ser vistos como una apreciación voluntaria o espontánea, siendo heterogénea y a través de los cuales cada una de ellas está buscando dar y obtener recursos de otros.

Por tanto las redes sociales han permitido generar relaciones de colaboración, poner en común recursos, desarrollar actividades en beneficio de los usuarios de los Cesfam, con lo que se amplían y estrechan vínculos, en donde el sentido de pertenencia aumenta, para que efectivamente se establezcan relaciones de intercambio y reciprocidad.

Entre los distintos tipos de redes encontramos:

- Primarias: Familia, amigos, vecinos, etc.
- Secundarias: Clubes Deportivos, grupo de Scout, compañeros de trabajo, etc.
- Institucionales o formales: Estado, Municipalidad, Ong's etc.

Como resumen podemos decir que con la generación de redes sociales en un determinado territorio, se pueden:

Establecer relaciones sociales estables y formales entre participantes de distintas organizaciones e instituciones. Reconstruir la confianza con nuestros vecinos, aprender a creer en el otro, compartir los conocimientos, saberes y tecnologías, entre los distintos miembros de la red. Crear lazos de cooperación al realizar actividades que benefician al conjunto de los participantes, aportando lo que cada uno tiene. Relaciones de reciprocidad, la cooperación es para un lado y para el otro, para cada uno de los que participa en la red.

1.2.3 Participación

Los distintos niveles de la participación

Para muchos,

“la participación puede aparecer como una inquietud traída del pasado, una reminiscencia de los sesenta, aquella época en que todos nos orientábamos según las tareas de la igualdad, en el contexto de las políticas sociales, puede entenderse como un continuo o gradiente que crece en intensidad, según la incidencia efectiva de los ciudadanos en la toma de decisiones”. (Palma, 1998:3).

Los servicios de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan

sus objetivos, ya que la población al no intervenir en ello le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social (Morón, 1995:45).

Con relación a esto, la Organización Mundial de la Salud (1990a, s/p) plantea:

“La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud”.

Por otro lado, la experiencia histórica revela que la participación ciudadana en materia de salud ha sido entendida de diversas formas (Celedón y Noé; 2000a:99).

- *La participación como beneficiario*, que ha sido la forma más rudimentaria de interpretar la participación por parte de los organismos gubernamentales responsables de la salud en los distintos países, considera a las personas como simples receptoras o beneficiarias de la atención de salud.
- *La participación como contribución a la promoción de la salud*. En el sector de la salud es frecuente definir la participación como el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales. Está claro que la contribución de la comunidad es fundamental para lograr el éxito de estos programas.

- *La participación comunitaria*, que en general promueven los organismos multilaterales, interpreta la participación como la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social. El objetivo de la organización es, además de la obtención de recursos de la comunidad, transmitir conocimientos y capacitar a la población para que se transforme en un agente activo de su desarrollo.

Un aspecto que nos parece relevante para que se den estos nuevos espacios participación, es que necesariamente para que sea realmente democrática y efectiva, además de la existencia de espacios y mecanismos, se necesita que una serie de requisitos de orden político, organizativo y poblacional estén presentes: recursos e información suficiente para la población usuaria, existencia de organizaciones sociales, voluntad de la población a participar y, sobre todo, la voluntad de los servicios de compartir las decisiones en salud y la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la población, tareas que en esta nueva reforma a la salud, las deben cumplir los Consejos de Desarrollo Local de Salud.

Siguiendo con lo anterior, Celedón y Noé (1998; b) distinguen distintos niveles o modalidades de participación, por ejemplo en el ámbito de la definición de los servicios o productos y sus características.

A.-Información: Este es el nivel más precario de participación. En este ámbito ésta tiene por objetivo dar a conocer la oferta pública y sus características y en algunos casos puede incluso extenderse a los ámbitos de extensión y capacitación (uso del producto, campañas de salud etc.). Por otro lado, puede considerarse también a la información como un requisito para habilitar o perfeccionar la capacidad de participación de los actores en los niveles superiores de participación (empowerment). La información puede proporcionarse por la vía de afiches, folletos, medios de comunicación masiva o talleres o charlas para grupos objetivos específicos.

B.- Consulta: La consulta corresponde a un ámbito mayor de participación que la mera información. Consiste en recoger, por diferentes medios, tales como, encuestas, grupos

focales, consultas y votaciones, la opinión de la ciudadanía sobre las características de los servicios proporcionados.

C.-Queja o Reclamo: Existen diversos mecanismos mediante los cuales pueden ser recogidas las quejas o reclamos de la ciudadanía. El establecimiento de buzones en los servicios públicos, de libros de reclamo, de teléfonos, hasta la creación de mecanismos institucionales como el defensor del pueblo. Este nivel de participación en la definición del servicio público y sus características no requiere necesariamente la definición de derechos explícitos de los ciudadanos.

D.-Apelación: El derecho a apelación exige la definición de derechos explícitos de los ciudadanos en lo que se refiere a la disponibilidad y características de los servicios públicos, entre ellos, acceso, calidad y oportunidad de servicio (carta ciudadana, contratos o compromisos).

E.-Compensación: Este es un derecho que está recientemente siendo implementado en algunos países desarrollados. El establecimiento de este derecho implica el reconocimiento que las deficiencias en el desempeño de un servicio público perjudican a los usuarios y ante ello se les asigna el derecho a ser compensados por los costos que hayan incurrido por este motivo. Este nivel de participación, así como el anterior, implica definir algún mecanismo mediante el cual los derechos ciudadanos sean exigibles, ya sea por la vía judicial u otro mecanismo institucional.

A partir de lo anterior, podemos desprender lo siguiente:

- La participación de los individuos es tan diversa como lo sean los escenarios y las circunstancias en las cuales se encuentren, es decir, hoy se puede hablar de participación social, ciudadana, comunitaria, individual, pero estas categorías no son limitantes ni exclusivas, ya que en el futuro creemos que existirán nuevas modalidades de la participación de los individuos.
- A través de la historia se observan lapsos de un mayor involucramiento de los sujetos por resolver y construir su presente y futuro.

- El promotor de la participación social tiene un compromiso de incluirse y mantenerse en formación permanente.

Por tanto, una visión más moderna de participación, específicamente en salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud tanto individual como familiar.

1.2.4 Proceso de Toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones, se caracteriza porque una persona(s) haga uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una decisión a un problema o situación que se le presenta en la vida, es decir, si una persona tiene un problema, ésta deberá tener la capacidad de resolverlo individualmente a través de la toma de decisiones respecto de dicho problema.

“La capacidad para tomar decisiones sensatas en forma calmada y con razonable rapidez resulta provechosa en cualquier situación de la vida. Entender el porqué y el cómo de la toma de decisiones constituye un activo para las personas, pues el conocimiento tiende a disminuir tanto la tensión como la presión que sienten cuando están obligadas a razonar, analizar y actuar en relación con un problema”. (Weiss, 1987:2).

Consideramos, que estos procesos en que la gente no participa en el proceso de toma de decisiones, específicamente en lo que concierne a su salud. Quizás el problema no se haya tratado con profundidad, por ejemplo una de las características que más resalta al momento de tomar una decisión es la experiencia, pero si ésta no se encuentra en la persona, por

cuanto no se le han dados los canales suficientes para poder participar como un agente social activo en el proceso de su salud-enfermedad.

Por eso, creemos que para que efectivamente las personas puedan tomar decisiones, se deben tener en cuenta al menos estos tres puntos:

- *Información:* Estas se recogen tanto para los aspectos que están a favor como en contra del problema, con el fin de definir sus limitaciones. Aquí es donde la nueva reforma a la salud debe hacer hincapié, ya que nadie puede participar de algo y menos tomar una decisión si no tiene la información suficiente para ello, por eso son tan importante los Consejos de Desarrollo Local, ya que son el puente entre los usuarios y el Centro de Salud Familiar.
- *Conocimiento:* Si quien toma la decisión tiene conocimientos, ya sea de las circunstancias que rodean el problema o de una situación similar, entonces éstos pueden utilizarse para seleccionar la mejor solución.
- *Experiencia:* Cuando un individuo soluciona un problema en forma particular, ya sea con resultados buenos o malos, esta experiencia le proporciona información para la solución del próximo problema similar. Si carecemos de ésta, no podemos experimentar con nuestras decisiones, ya que problemas tan importante como lo son la salud de las personas, no pueden solucionarse tomando decisiones que no lo traerán ningún beneficio.

1.3 DIMENSIÓN CULTURAL DEL DESARROLLO LOCAL

Frente a la uniformidad cultural que nos ponen los medios de comunicación internacional, han surgido como respuestas nacionalismo, regionalismos o incluso municipalismo. Por otro lado, las ciudades han prestado más atención a su propia imagen, entendiendo la cultura como factor importante de la imagen global, ya que las diferencias existentes entre un territorio y otro, son sobre todo culturales, por eso consideramos que el Desarrollo Cultural debe ser considerado como un motor para llegar al Desarrollo Económico y Social.

Al hablar de una identidad cultural, podemos distinguir tres planos de definición teórica (González, 1995: 161):

a.- *Plano Psicosocial*: como proceso mediante el cual a través de los aprendizajes y las identificaciones se producen adscripciones y la estructuración del sí mismo o self. Este proceso subjetivo, viabilizado a través de figuras de identificación permite entender la determinación de la identidad personal como construcción social.

b.- *Plano Social*: construcción colectiva, proceso que genera cohesión, cooperación y competencia dentro de referentes que son adscritos y reconocidos como propios. Construcción del “nosotros” en oposición a la alteridad, definiendo y conformando los contenidos propios. En esta categorización o Digitalización se comprende el proceso psicológico anterior que significa la internalización de los contenidos de las identidades.

c.- *Plano Cultural*: La identidad está conformada por contenidos gramaticales de la cultura (sistemas cognoscitivos y universos simbólicos) que se estructuran en los realitarios imaginarios colectivos que son reproducidos y retroalimentados por el ejercicio y la praxis de la cultura que se transforma en conducta. Toda sociedad contiene un repertorio de identidades que forma parte del conocimiento objetivo de sus miembros.

Kayser (1994, s/p) plantea que el tema de la cultura y el Desarrollo Local debe ser reflexionado en todas sus dimensiones, sobre todo lo que tiene que ver con la cultura de la gente de un sector determinado.

“Cultura de la gente, cultura para la gente: Hay que situar el problema de la cultura de la gente, de la cultura local y más específicamente de la cultura rural, en el contexto de la mundialización: hoy en día, por muy original que sea una cultura, ésta estará sometida a los mensajes de una información tanto inmediata como mediatizada e impregnada de lo que se denomina la cultura de masa”.

El concepto de cultura para la gente recurre a otras nociones. Se trata de la cultura propuesta como un conjunto de servicios puestos a la disposición de la población: cines,

museos, teatros, etc. La organización de estos servicios, que depende muy a menudo de los poderes públicos, es el resultado de una política cultural y, como tal, depende de principios que están en permanente discusión.

En la reflexión sobre el Desarrollo Local, no se pueden separar ambos conceptos, cultura de la gente y cultura para la gente. Tampoco puede estar ausente la dimensión cultural en los proyectos de desarrollo, ya que de lo contrario, estos serían incompletos, por cuanto se les habría privado de una parte de su eficacia.

La reivindicación de la identidad: A pesar de la globalización universal de la comunicación y de los intercambios, el recogimiento hacia culturas específicas es hoy, a menudo, el origen o el pretexto de separatismos o irredentismos, y por la misma razón de conflictos territoriales. Esto constituye una muestra de la importancia de la cultura a nivel de los grupos étnicos o regionales. Pero la reivindicación cultural crece también a escala local. Por cierto, ésta puede engendrar conflictos que paralicen los esfuerzos del desarrollo, pero hay que reconocer que generalmente intensifica su acción y es favorable a los mismos. Sin duda, las diferenciaciones culturales localizadas preparan a veces competiciones y competencias que justifican las fugaces rivalidades entre pueblos, aldeas y barrios: éstas pueden servir para encauzar las pasiones individuales y colectivas que no encuentran aplicación. Pero, al contrario, la búsqueda o la reconstrucción de una identidad territorial constituye la razón evidente de individuos, de grupos, de localidades y de espacios motivados por un deseo de situarse, de enraizarse en una sociedad sin rumbo o que se percibe como tal. De esta manera en particular, la connotación cultural regional es reconocida por todos, a través de las especificidades legadas por el pasado, y que se encuentran aún vivas: el acento, la lengua o el habla regional, los gustos, los comportamientos colectivos e individuales, etc. (Ibíd.: s/p).

Se perfilan, entonces, lugares comunitarios que propicien la socialización a través de la cultura, pues una densa trama social e intensa demanda espacios para tal fin. Campo de la animación y dinamización sociocultural, un Centro de Participación Cultural tiene como objetivos fundamentales:

- Favorecer el acercamiento de los usuarios al disfrute de la cultura, el ocio y el tiempo libre.
- Propiciar el intercambio social y cultural mediante acciones formativas, lúdicas, festivas, creativas, etc.

La gestión de la cultura, implica también realizar una lectura territorial. Existen pistas, huellas, que trazan el camino: demanda de los vecinos, análisis institucionales, diversos modos de captar las señales del territorio y emprender una tarea de estudio de las dinámicas ascendentes para que la dinámica cultural en el territorio local se vaya precisando dialécticamente. En síntesis, todo lleva a lograr una suerte de consultoría pública del Estado local hacia las instituciones y las personas y orientar la oferta y la demanda hacia un proyecto de desarrollo cultural basado en redes.

Los agentes sociales - culturales analizan e interpretan la realidad de la propia sociedad dando respuesta a sus problemáticas, demandas o necesidades, y organizan servicios para su bienestar, posibilitando y canalizando la participación y la incorporación de grupos y personas a los trabajos y a la acción para su comunidad. Estos agentes son creadores de estados de opinión sobre temas de su preocupación y pueden ayudar a estructurar y construir las demandas de carácter social, cultural y educativo. Son también una plataforma para fomentar la autoorganización de servicios y la asunción de responsabilidades públicas, y ejercen una función proyectiva al descubrir y evidenciar nuevas necesidades o problemáticas de la sociedad y despertar una preocupación en los niveles oficiales por estos temas, a veces con mucha eficacia.

Si la sociedad, en su conjunto, no es consciente del grado de participación que debe ir construyendo para su desarrollo social-cultural, se corre el peligro de deteriorar y desarticular el rico potencial social y cultural que se posee, en contra del propio desarrollo.

Por eso, creemos que si uno no ataca uno de los más grandes problemas que la globalización genera en nuestra sociedad, la exclusión social, el individualismo, la indiferencia, etc. Comenzará a perderse todo trabajo hecho para preservar la cultura y la identidad, como ha ido ocurriendo en La Legua, sin embargo si se crean procesos de

democratización de la cultura, ésta puede generar espacios asequibles para todos los sectores, principalmente los más vulnerables, fortaleciendo a la institución más básica de integración social, la familia y esto es así por que la cultura es el ámbito básico donde una sociedad genera valores y los transmite de generación en generación.

1.4 DIMENSIÓN ECONÓMICA DEL DESARROLLO LOCAL

Todo desarrollo es “*local*”, porque ocurre en algún territorio determinado. El concepto de *local* no se puede confundir con el concepto de “*municipio*”. En el debate sobre la temática de desarrollo económico local, el concepto de “*local*” surge en relación al concepto de “*global*”, bien sea en una relación de oposición, o también en una relación de integración o subordinada, lo *local* en lo *global*.

Según Vázquez, el Desarrollo Económico puede ser definido como “*un proceso de crecimiento y cambio estructural que, mediante la utilización del potencial de desarrollo existente en el territorio, conduce a elevar el bienestar de la población de una localidad o una región*”. (Vázquez, 2000:21)

De acuerdo a lo anterior, el desarrollo económico local:

- Debe ser parte fundamental de todo plan de desarrollo integral de la localidad;
- Se refiere a procesos de acumulación de capital en ciudades, municipios o regiones determinadas;
- Combate la pobreza a través de la generación de riqueza, la expansión democrática de la misma y la promoción de empleo;
- No sólo se apoya en la capacidad de adquirir tecnología, sino que depende también de la capacidad innovadora del sistema productivo de cada localidad. Las empresas crean e introducen innovaciones en el sistema productivo como respuesta a las necesidades y desafíos del entorno, lo que genera modificaciones cualitativas en el propio sistema y propicia la dinámica de desarrollo.

Algunos factores que permiten avanzar en esa dirección son:

- Intervenir en las economías locales, es decir, promover la generación de más puestos de trabajo e incentivar la producción local;
- La disponibilidad de mano de obra suficientemente cualificada para las tareas que se realizan;
- Capacidad empresarial y organizativa fuertemente articulada a la tradición productiva de la localidad;
- Una cultura atenta a las innovaciones y al cambio, para favorecer el desarrollo y la acumulación de capital en los sistemas productivos locales.

1.4.1 Aspectos Claves del Desarrollo Económico Local

De acuerdo a Llach (2005), una de las características más importantes del desarrollo económico local depende de combinar varios factores:

- *Articulación entre el sector Público y el sector Privado:* el sector público debe conocer en detalle al sector privado para diseñar los instrumentos de política de mayor impacto sobre la actividad privada (leyes, infraestructura, instituciones, incentivos, etc.);
- *Articulación del sector Privado con la Oferta de Servicios de Apoyo:* en todas las regiones existe un número de instituciones (de orden local, departamental y nacional) destinadas a fortalecer el desarrollo económico desde diferentes campos de trabajo. Es fundamental organizar a todas esas instituciones en proyectos colectivos que atiendan a las necesidades de competitividad de los sectores económicos;
- *Articulación de lo Local con lo Departamental, Nacional, Regional e Internacional:* para ser competitivos a nivel local se requiere hacer alianzas con otros municipios, con entidades departamentales y nacionales, tener como objetivos mercados en otros departamentos y en otros países (solamente cuando se aumenta el

tamaño del mercado – el número de compradores – se pueden generar mayores ventas / ahorro / inversión / calidad de vida).

En resumen, puede decirse que el Desarrollo Económico Local es:

“un proceso de crecimiento y cambio estructural de la economía de una ciudad, comarca o región, en que se pueden identificar al menos tres dimensiones: una económica, caracterizada por un sistema de producción que permite mejorar la competitividad en los mercados; otra sociocultural, en la cual el sistema de relaciones económicas y sociales, las instituciones locales y los valores sirven de base al proceso de desarrollo, y otra política y administrativa, en la que las iniciativas locales crean un entorno local favorable a la producción e impulsan el desarrollo”.
(Alburquerque, 2001:22)

1.5 EL DESARROLLO LOCAL COMO DESAFÍO TEÓRICO

No se puede abordar la cuestión del Desarrollo Local sin una lectura crítica de las grandes corrientes del pensamiento contemporáneo que estructuran los diferentes modos de aproximación a este tema, así es como Arocena (1995; c) identifica tres enfoques para comprender mejor lo que llamamos Desarrollo Local.

De Lo Tradicional A Lo Moderno

El enfoque evolucionista: La significación del término “desarrollo” está estrechamente ligada a la noción de evolución. Un organismo vivo se desarrolla, crece durante el periodo evolutivo que va del nacimiento a la muerte. En este sentido se han estudiado en el hombre las diferentes fases del desarrollo desde el punto de vista psicológico, biológico, relacional, etc. El concepto de desarrollo aparece entonces aparece entonces indisolublemente ligado al de “proceso evolutivo”, compuesto de etapas que es necesario recorrer para llegar al final.

El pensamiento evolucionista supone el conocimiento del “punto de llegada” de la evolución para poder luego reconstruir las etapas gracias a un análisis retrospectivo. Este “punto de llegada” será entonces sacralizado como el modelo que permitirá la determinación de los criterios que definirán el grado de avance en el proceso evolutivo. Así, un animal será considerado como más evolucionado cuando sus características se aproximen a las del hombre. La evolución de las especies no sería entonces más que un gran movimiento constante e ininterrumpido hacia el hombre. De la misma forma en la psicología evolutiva, el adulto es el punto de llegada de la evolución de los individuos.

La economía y la sociología del desarrollo adoptaron este enfoque. El proceso de transformación fundamental- la industrialización, que desembocó en la constitución de sociedades llamadas “desarrolladas”- fue concebido como un único y vasto movimiento planetario de evolución hacia una forma social más “avanzada”.

Arocena (Ibíd., c: 39) cita a Rostow, quien plantea que:

“Las sociedades locales pueden entrar en la marcha hacia la madurez si se adaptan a las exigencias del modelo. Para ello deben ser capaces de introducir las tecnologías que demostraron su eficacia en otras latitudes, aunque eso signifique suprimir características importantes de su ser local”.

El Enfoque Historicista: La concepción historicista subraya el carácter único y enteramente nuevo de cada proceso de desarrollo. Lo esencial no es el punto de llegada, transformado en modelo, sino el “punto de partida”, irreductiblemente diverso. Este enfoque pondrá entonces de relieve los perfiles nacionales y regionales específicos. El éxito de un proceso de desarrollo dependerá de la capacidad de sus actores para tomar en consideración la especificidad de cada nación, país o microregión. La historia se vuelve por lo tanto un punto de referencia fundamental. No hay posibilidades reales de desarrollo si no se toman en cuenta los factores de determinación que vienen del pasado. Es en las trazas del pasado donde el actor debe buscar sus proposiciones de futuro.

En el historicismo, cada proceso de desarrollo está marcado por una historia específica construida sobre las opciones políticas de las élites que orientaron el devenir social. La palabra clave no es el progreso sino la estrategia; la lógica del desarrollo no está más dirigida por una ley socioeconómica “natural”, sino por una opción política contingente adaptada a cada realidad específica.

En este enfoque, hay que buscar dentro de cada sociedad las respuestas a los desafíos del desarrollo; lo endógeno se privilegia claramente. El exterior debe adaptarse al interior, lo general a lo particular, lo global a lo local. Por esa razón las exigencias del desarrollo en materia de transferencia tecnológica plantean necesariamente la cuestión de la tecnología apropiada. La producción de conocimientos no es universal; necesita de una capacidad local de creación.

Esta aproximación al desarrollo, permite el análisis de sociedades locales que presentan una profundidad suficiente de sus campos históricos respectivos. Lo “local” no se considera como un receptor pasivo de las técnicas producidas en otras latitudes, sino como un productor capaz de aportar su especificidad en los procesos de creación de conocimiento.

El Enfoque Estructuralista: De acuerdo a este enfoque, el desarrollo es concebido como un proceso sistémico cuyos componentes estructurales son por lo tanto interdependientes. Se pondrá entonces el acento en las diferentes posiciones de las unidades sociales en el sistema mundial. El éxito de un proceso de desarrollo exige una acción sobre esa posición estructural. La determinación fundamental no proviene de una ley evolutiva ni de la profundidad de un campo histórico, sino de la racionalidad de un sistema.

Los esfuerzos teóricos se centran entonces en la precisión de los factores determinantes. ¿Dónde se encuentra la zona sensible del sistema? ¿Cuál será la estructura determinante del cambio? Si se trata de la economía, habría que buscar la contradicción en las relaciones de producción. En cambio, si es la dimensión política la que sobredetermina, la contradicción principal se situaría en la relaciones de dominación.

La idea de reproducción es fundamental para esta concepción. El sistema produce y reproduce sus estructuras de tal manera que el margen de acción es únicamente revolucionario, es decir, está exclusivamente orientado a destruir el sistema. La idea de desarrollo en el sistema queda excluida. El actor histórico desaparece tras el peso de las estructuras; puede ser dominante o dominado, pero no podrá cambiar nada si no es en una transformación total del sistema.

El cambio además es de carácter endógeno, el sistema es coherente y reproduce sin fin sus estructuras, pero existe un principio de contradicción en el corazón mismo del sistema que permite considerar la posibilidad de un cambio como el resultado de una mecánica interna. De esta forma, el desarrollo no es el resultado de una ley evolutiva, sino de un choque de principios de carácter universal. Por consiguiente, se tenderá a considerar lo “local” como un simple lugar de reproducción de los mecanismos globales. Una vez que un sistema mundial es definido como “dominante”, todas las sociedades locales serán analizadas a la luz de las contradicciones fundamentales que atraviesan ese sistema.

1.6 EL DESARROLLO LOCAL COMO DESAFIO METODOLOGICO

Como hemos visto por diferentes razones en los últimos años se constata una revalorización de los espacios locales. Distintas lecturas convergen en la importancia de «lo local». Podemos constatar una tendencia descentralizadora, la cual se da íntimamente ligada al cambio en el modo de acumulación, a la revolución científica y tecnológica, a la reestructuración del Estado y a las demandas por espacios de autonomía planteadas por la sociedad civil.

Cobra relevancia entonces, el territorio local/regional como unidad socioterritorial con una dimensión económica, una dimensión identitaria e histórica, social y como espacio con un potencial endógeno para promover el desarrollo. Entonces el Desarrollo Local aparece como una nueva forma de mirar y de actuar desde el territorio en este nuevo contexto de globalización.

Para comprender de mejor manera el tema de lo social mirado bajo la perspectiva del Desarrollo Local, situaremos la problemática en lo que históricamente han sido las grandes corrientes del pensamiento sobre lo social, según lo plantea Arocena. (Ibíd, c: 103)

- Una teoría de la justicia: *John Rawls*

Este autor plantea la maximización del bienestar mínimo, como lo afirma Van Parijs, este principio intenta responder al utilitarismo con una suerte de compromiso:

“Para presentar este principio empezamos por reformular el problema a resolver en términos de un compromiso defendible entre el imperativo utilitarista de maximizar el nivel medio de bienestar individual y el imperativo igualitarista de minimizar la variabilidad de este bienestar”. (Van Parijs Citado en Arocena, Ibíd., c: 103)

Además es preciso señalar que Rawls propone tres principios básicos:

- 1.- Igual libertad
- 2.-Igualdad de oportunidades
- 3.- diferencia socioeconómica admisible.

De acuerdo a este orden se impide que en nombre del igualitarismo se violen las libertades y los derechos del individuo. Junto con esto un aspecto importante de destacar en la teoría de Rawls es el principio de diferencia, según éste sólo es justo alterar la igualdad socioeconómica cuando las desigualdades que se generan permite que el menos favorecido acceda a una posición mejor que la que tenía en la situación anterior, o en toda otra situación, manteniendo la igualdad de oportunidades y la libertad.

- Una nueva forma de sociedad solidaria: *Pierre Rosanvallon*

Para poder llegar a una sociedad solidaria, propone cuatro características que la irán modelando:

- 1.- Salir de la opción privatización/estatización: Aquí propone redefinir las fronteras y las relaciones entre el Estado y la sociedad,

Igualdad=público=economía no mercantil=Estado

Desigualdad=privado=economía de mercado

2.-Reducir la demanda del Estado: Es necesario construir una sociedad más flexible, en la que se multipliquen los lugares de sociabilidad. El Estado-providencia ha creado una gran rigidez social estructurada en torno a dos polos: el mercado y el Estado. Salir de esa rigidez supone una sociedad civil más “espesa” y construir espacios de solidaridad e intercambio que puedan ser encastrados en la sociedad.

Además Rosanvallon plantea que:

“Cuando se agrupan individuos para prestarse un servicio a ellos mismos, un servicio público habitualmente suministrado por una institución especializada, el Estado reconoce, sobre todo bajo la forma de deducción fiscal, que esa iniciativa “privada” cumple una función de esencia “pública”. La única manera no regresiva de reducir la demanda del Estado consiste en favorecer la multiplicación de estos autoservicios colectivos o servicios públicos puntuales de iniciativa local.” (Rosanvallon, 1995:117)

3.- Reencastrar la solidaridad en la sociedad: Rosanvallon nos dice que:

“No hay otra vía posible más que acercar la sociedad a ella misma. Se trata de volverla más espesa, de multiplicar los lugares intermediarios de composición social, de reinsertar a los individuos en redes de solidaridad directas. El Estado-providencia reposa fundamentalmente sobre una lectura de lo social geográficamente indiferente. No piensa lo social en términos de proximidad o alejamiento, de diseminación o aglomeración. Los mecanismos de redistribución, la oferta de equipamientos colectivos no son indiferentes a los modos de estructuración en el espacio”. (Ibíd.:119)

4.- Aumentar la visibilidad social: el citado autor aboga por dejar aflorar el movimiento de la sociedad, y plantea que *“aumentar la visibilidad social es también hacer emerger de*

manera más localizada las necesidades y las aspiraciones. La solidaridad no puede reposar solamente sobre reglas y procedimientos; debe tener una dimensión voluntaria". (Ibíd.: 128)

El vínculo social no se produce por un "contrato" entre individuos, sino que es una dimensión esencial del ser humano. El individuo no existe más que en la relación con el otro.

- El sector solidario de la economía: *Luís Razeto*

Plantea que el sector solidario son todo un conjunto de actividades productivas difícilmente ubicables en las categorías tradicionales: talleres comunitarios, microempresas, asociaciones sin fines de lucro. Y a través de esto *distinguió distintas relaciones económicas, entre éstas destacan relaciones de intercambio, relaciones de donación, relaciones de reciprocidad, relaciones de cooperación, etc.* (Razeto, 1988:250).

A partir de estas distinciones, propone tres grandes mercados especiales:

- 1.- El mercado de intercambios:
- 2.-El mercado de donaciones
- 3.- El mercado de tributaciones y asignaciones jerárquicas.

El mercado de donaciones englobaría las relaciones de comensalidad, de reciprocidad y de cooperación, definiéndolo como mercado solidario. Dando un paso más allá, identifica tres sectores (Ibíd.: 272)

A) *El sector solidario*: integrado principalmente por los sujetos, actividades y flujos que producen preferentemente conforme a relaciones de comensalidad, de cooperación, de reciprocidad y de donación.

B) *El sector intercambios*: constituido por los sujetos, actividades y flujos donde se establecen preferentemente relaciones de intercambios.

C) *El sector regulado*: constituido sobre la base de las relaciones de tributación y de asignación jerárquica.

- Aportes para una metodología de intervención en áreas locales: De acuerdo a Marsiglia,

“Si pensamos el diseño de estrategias y proyectos de desarrollo local, debemos partir de que Chile no es un país homogéneo. Pueden diferenciarse regiones con muy diverso dinamismo, con una movilidad diferente tanto de su población como en la localización de las actividades económicas. Encarar acciones de desarrollo en contextos diferenciados implica concebir estrategias adecuadas a las condicionantes y potencialidades de los territorio”. (Marsiglia, s/d: 8)

Por tanto, para que esto pueda suceder, se necesita necesariamente actores sociales comprometidos por generar cambios y políticas de desarrollo en sectores determinados, ya que en cada territorio la vida en sociedad es primordial, por consiguiente cada de estas relaciones se encuentran unidas por diferentes lazos sociales que los unen y que además los representan, como son las organizaciones que defienden sus intereses, ligado esto estrechamente a los cambios económicos y sociales por los que transita el país y que se quiera o no los afecta directamente, por esto consideramos que cada territorio posee sus propias particularidades y/o características, entonces la intervención debe estar acorde a las potencialidades y limitaciones que presentan éstos.

1.7 Sociedad y Desarrollo Local

Pensar el desarrollo local, requiere abarcar diversas dimensiones: económica; social; cultural; ambiental y físico territorial; político institucional; y científico – tecnológica. Implica considerar los diferentes patrones de interrelación activa de los diversos actores de la sociedad. El desarrollo local conlleva, necesariamente, una profunda transformación de las relaciones sociales. Además, no se refiere sólo a procesos técnicos de producción: también incluye la preservación ambiental, ya que su incorporación es estratégica para el desarrollo futuro de la humanidad. En este sentido, los programas y proyectos de desarrollo

tienen un doble objetivo; En primer lugar, asegurar mejores condiciones materiales y de sustentabilidad de la sociedad y en segundo lugar, fortalecer la identidad y condiciones subjetivas de las comunidades locales.

Desde una perspectiva positivista, los procesos de desarrollo local requieren de la comparación de datos e indicadores que permitan mostrar la evolución, o la involución, del desarrollo de una comunidad local. El desarrollo se expresa, entonces, como un determinado grupo de factores medibles y cuantificables en el tiempo.

Tal concepción de desarrollo, que nace de la perspectiva liberal–económica, declara que el uso máximo de la libertad individual maximiza la producción material de la sociedad en su conjunto, es decir, la suma agregada de cada una de las producciones de las personas generan el total de la producción de una comunidad local, ello se sustenta en la visión del economista Adam Smith, el cual sentenció que la realización del interés individual de las personas traería consigo el desarrollo de una sociedad. En contraposición a esta concepción del desarrollo están los estructuralistas, que plantean que el desarrollo de una sociedad depende de tres unidades de producción, a saber, la público – estatal; de exportación y de producción., si estas tres unidades se encuentran presentes en un espacio territorial y maximizan su producción, se logra mayor desarrollo.

El desarrollo, supone procesos de generación de actores con capacidad de iniciativa local. Experiencias de renovación de actividades tradicionales, tales como introducción de nuevas fuentes de energía, nuevas tecnologías, apertura de canales de comercialización, revitalización de la pequeña empresa y el artesanado, explotación integral de los recursos, ampliación de los sistemas de crédito y otras alternativas, supone una movilización mayor del conjunto de los actores locales, inclusive en áreas de servicios esenciales como el salud, agua y luz.

Finalmente, como último punto a señalar es la institucionalización del neoliberalismo, como modelo único de crecimiento económico, ha generado un clima de soledad y desamparo. La universalización monologizante ha dificultado la construcción de un mundo más justo, reduciendo el sentido de la existencia a la libertad de consumo como un único satisfactor, sin dar respuesta a búsquedas y necesidades más constitutivas de lo humano,

como la necesidad del vínculo, de la solidaridad, del compromiso, de la imaginación, de la creatividad y la esperanza. Por esto, el Desarrollo Local debe ser efectivamente una oposición clara a esta postura, buscando resaltar lo local sin perder de vista global.

CAPITULO II

ENFOQUE BIOPSIKOSOCIAL DE LA SALUD

En esta segunda parte, intentaremos interpretar lo que significa en la actualidad el concepto de Salud, así como también el cambio de enfoque desde el Biomédico al Biopsicosocial, dando a conocer todas las teorías en las que éste se sustenta, con el propósito de comprender como este enfoque se aplica a la Medicina Familiar, para terminar finalmente explicando las acciones que se realizan bajo este nuevo enfoque de salud.

2.1 Antecedentes del enfoque de salud

El concepto de salud–enfermedad ha evolucionado radicalmente en las últimas dos décadas. La definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2006b:1) señala que, "*salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo*", ante esta primera definición, no obstante, el hombre debe ser considerado como un ente biopsicosocial, pero para hacer esto primero se debe definir cada uno de los términos que se encuentran en esta afirmación:

Ente: Se refiere a lo que existe o puede existir.

Bio: Significa vida.

Psico: Significa alma, mente o actividad mental.

Social: Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados.

El hombre es un *ente*, porque existe y su componente *bio* se refiere a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza. Su componente *psico* se refiere a que además de ser un organismo vivo tiene mente, lo que le permite estar consciente de su existencia. El hombre es un ente *social* porque recibe influencias favorables y desfavorables como resultado de la interacción con la sociedad (constituida por semejantes a él) que lo rodea y con el medio ambiente físico, en el cual lleva a cabo su vida. Por lo tanto, se establecen interrelaciones

complejas de los seres humanos con éstos y con su entorno, dando ello como resultado de que el hombre es un elemento más de la comunidad social y de un ecosistema, que permite enmarcar a la salud como la correcta aptitud para dar respuestas armónicas que sean acordes y ajustadas a los estímulos del ambiente (físico y la comunidad) y que garanticen una vida activa, creadora y una progenie viable, lo que conlleve al hombre a manifestarse en el óptimo de su capacidad.

Por ello y considerando la situación principalmente epidemiológica, las características de los tratamientos y los resultados del proceso de curación, es que en el año 1977, George Engel catedrático de la Universidad de Rochester en Nueva York, propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. En este sentido el modelo Biopsicosocial de la salud, es derivado de la Teoría General de Sistemas como parte de la Biología, en su esencia corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea ha hecho en su cuerpo teórico, como por ejemplo, la introducción del principio de indeterminación de Heisenberg en la física cuántica.

Además de lo anterior, algunos antecedentes directos del Enfoque Biopsicosocial de Salud se pueden encontrar en la medicina Psicosomática que se desarrolló durante la década de los años treinta, como una rama especial de la medicina tradicional desarrollado por un pequeño grupo de Médicos que se hallaban insatisfechos con la explicación de síntomas de enfermedad desde sólo términos bioquímicos.

Sin embargo, esta iniciativa concluyó con la desacreditación del mundo académico, en cuanto a las escuelas de medicina que continuaron con su malla inalterable, desde el sentido biológico de la enfermedad como el único factor posible de causas de la misma.

Por su parte, Engel (1977; a) desarrolla desde su rol académico una crítica al modelo tradicional, considerando que aquella visión de la enfermedad y en si de la medicina, son reduccionistas y mecanicistas, al igual que sus planteamientos, los cuales calificó como dogmáticos. Cabe recordar que por aquellos años la enfermedad era considerada como unifactorial, es decir, sólo como una disfunción biológica, con una mayor importancia de la

enfermedad, más que en la preocupación de no estar sanos, en donde la relación Médico - paciente se establecía por un régimen de obediencia del paciente.

Probablemente suena a redundancia hablar de humanizar al ser humano, pero cuando con tanta frecuencia se visualiza al interior del Sistema de Salud, formas de interacción que no poseen los valores esperados para éstas, hay que aceptar que se ha producido una deshumanización en dicha atención de salud.

La deshumanización tiene que ver con la incapacidad de crear vínculos, con el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras cosas.

“El origen de tal deshumanización es múltiple y entre las situaciones que la explican está el modelo asistencial predominante desde décadas, centrado en la enfermedad, como entidad ajena a la vivencia de la persona y carente de una mirada integradora del ser humano”. (OPS, 2002a: 84)

En lo macro se encuentra la complejidad del sistema socio sanitario, la escasez de recursos, el desgaste profesional, la creación de sistemas masivos de salud; la incorporación de la medicina al mercado, la tecnificación, la especialización, la biologización de la medicina, la súper especialización de la ciencia, la aplicación irresponsable de la tecnología y la farmacología, sumado a la falta de participación de los ciudadanos en la gestión de su salud, etc. y al interior de los sistemas están los estilos autoritarios de dirección, los modelos de relación entre los miembros del equipo y en muchas ocasiones aspectos emocionales deficitarios de quienes trabajan en el sector salud, entre otros. Una respuesta ante la frustración, muchas veces, agresiva de parte de usuarios completa la espiral de interacción deshumanizada.

Una atención deshumanizada tendría por lo menos los siguientes elementos:

- La conversión del paciente en un objeto, su cosificación: importa la enfermedad y no la persona que la sufre ni su sufrimiento.
- La ausencia de calor, afecto y empatía en la relación humana: la relación será distante, con la menor implicación humana posible.
- La falta de autonomía y la impotencia del enfermo: las decisiones son tomadas por los técnicos. El paciente o su familia son irrelevantes en los planes y decisiones.

De un modo general, el comportamiento paternalista de los profesionales, la falta de atención a los síntomas que más preocupan a los enfermos, el lenguaje poco claro, la privación de la intimidad y de la libertad del enfermo, la incomunicación y el silencio agravan la situación ya crítica del paciente. En las últimas décadas ha habido un florecimiento de grupos que destacan la necesidad de humanizar la atención de salud. Esta humanización, es la búsqueda activa de una relación cercana con el ser humano.

“No es más que una buena atención de salud. Es generar vínculos que produzcan sensación de seguridad y protección en las personas. Es abrir la atención de salud a una interacción participativa, igualitaria, equitativa”.
(Minsal, 2007a:77)

Es reconocer la dimensión personal y única del enfermar. Pero por sobre todo es crear una relación comprensiva, empática y comprometida. Humanizar la atención es recordar que en la relación profesional usuario hay dos seres humanos, con toda su grandeza, puestos en común. Por tanto, el Modelo de Salud Biopsicosocial, sitúa a la persona y su entorno en un rol protagónico y proactivo, dado esto por la relación horizontal que se espera entre el paciente y Médico, en conjunto con un equipo multidisciplinario llamado equipo de salud, este último, aumenta su capacidad para comprender lo que le pasa a individuos y familias, desde una perspectiva holística, buscando en conjunto con ellos, formas más integrales de

abordar las demandas, este último punto se abordará con más profundidad en el desarrollo de la temática de salud familiar.

2.2 Cambio del Paradigma Biomédico al Biopsicosocial

Recogiendo los motivos, con su parte de razón, que las voces críticas del modelo Biomédico han realizado, por lo ya expuesto, parece necesario para cualquier sociedad dotarse de un sistema de atención al sujeto enfermo, sin detrimento de un análisis de la situación y la búsqueda de modelos eficaces y eficientes.

En un estudio nacional realizado en EEUU se precisó que:

“los adultos con un médico de Atención Primaria como médico personal, en lugar de un especialista, tenían costes de atención un tercio menores, y una quinta parte menos de posibilidades de morir. En dicho estudio se controlaban los efectos de la edad, género, ingresos, seguro, consumo de tabaco, salud inicial y once condiciones importantes”. (Franks, 1998:105).

El determinante de la enfermedad no es un agente biológico específico en muchos casos, sino un problema multifactorial en el que intervienen entre otros factores la susceptibilidad del huésped (persona que padece el problema de salud), el entorno social, acontecimientos vitales, agentes infecciosos. El nuevo paradigma surge para tener en cuenta estas anomalías y adaptar los problemas de salud a la clínica. La adaptación funcional de la atención primaria a la clínica, fuerza el cambio desde el paradigma Biomédico al Biopsicosocial. Engel postuló *“la necesidad de este modelo holístico como respuesta al modelo biomédico operante en las sociedades industrializadas.”* (Engel, 1997b: 38)

En la práctica, el Médico general no trata con enfermedades, sino con personas que se encuentran en una familia y con un entorno social determinado. Su enfoque exige conocimiento y capacidad técnica igual que en el modelo biomédico, pero no es suficiente. *“Debe comprender el mundo interno de su paciente, sus valores, sus pensamientos,*

sentimientos, miedos, su percepción del problema de salud y su efecto sobre la vida” (Engel, 1983c: 78).

Cabe mencionar, que a partir del siglo XIX la medicina ha estado dominado por el concepto positivista del conocimiento, propio del paradigma Biomédico. Con la perspectiva biopsicosocial la atención se centra en el paciente y el abordaje requerido es hermenéutico o de interpretación. En él, *“una persona, el Médico, intenta comprender a otra, el paciente, mediante un diálogo en el que se aclaren de forma progresiva el significado de palabras y símbolos”* (Brown, 1986:75).

El conocimiento obtenido mediante la hermenéutica, no es objetivo, y, por lo tanto, no es científico en el sentido convencional del término. Pero tiene sus propios métodos de verificación, como puede ser el acuerdo entre el Médico y el enfermo en el caso que nos ocupa. Se han elaborado métodos para evaluar el grado en el que el médico se centra en el paciente en una visita, pero continua siendo una faceta profesional difícil de evaluar y poco evaluada.

Considerando que la salud y la enfermedad son temas que constantemente se encuentran en disputa, al menos así se presentan para aquellas ciencias que se relacionan y tratan directamente estas temáticas, el Modelo Biopsicosocial, viene a aliviar, en parte esta discordia, puesto que lo que éste plantea es que, si bien las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras; la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales.

Cambia por lo tanto la función del Médico, que ya no sería sólo curar enfermedades, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona enferma en su contexto vital. A partir de este paradigma la medicina pasa de ser una medicina centrada en la enfermedad a una centrada en el paciente y su contexto vital.

El enfoque Biopsicosocial, hay que verlo en una relación individuo-familia-sociedad. Esto quiere decir que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa del ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).

La relación entre la salud individual y la Salud Familiar se considera que es de doble vía, es decir, que la influencia es recíproca. La salud individual se desarrolla en el contexto de una familia con la formación de hábitos, estilos de vida, sistemas de valores, normas, actitudes y comportamientos hacia la salud, y con aquellos problemas de predominio biológicos, ya sean de carácter genético o no, que se transmiten de un miembro a otro. Con estos elementos, tanto biológicos como psicosociales, se construye la salud individual.

A continuación, se presenta un cuadro resumen, que representa las principales características tanto del Enfoque Biomédico como del enfoque Biopsicosocial, a modo de tener una visión global de los cambios a los que apunta este cambio de enfoque en salud:

Enfoque Biomédico

- Se basa en una concepción patologista.
- Es curativo
- Es reduccionista
- Es objetiva
- Separación mente - cuerpo
- Hace diagnósticos biológicos
- Establece barreras disciplinarias los tratamientos son externos al paciente.

Enfoque Biopsicosocial

- Afirma que salud y enfermedad son un continuo.
- Diferencia entre enfermedad, tener la enfermedad, sentirse enfermo y ser reconocido como enfermo.

- El diagnóstico incluye aspectos biológicos, psicológicos y sociales: diagnóstico contextualizado.
- La relación humana es relevante.
- Incluye la perspectiva triangular de la relación.

Se busca establecer un vínculo de continuidad entre un equipo de salud y un cierto número de familias, de manera de personalizar la atención y lograr un conocimiento acumulativo. El trabajo en equipo se concibe como un proceso de interacción en que cada miembro aporta desde su perspectiva al logro de la misión del centro y sus objetivos operacionales. Cada contacto con los individuos y familias se visualiza como oportunidades de efectuar acciones preventivas.

Existe un profundo conocimiento del equipo del entorno familiar y social de los individuos. Se concibe a la comunidad como sujeto de sus decisiones y por lo tanto se establece una relación de respeto y honestidad en pro de una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno y por ende del mejoramiento del nivel de vida.

Se acepta que la promoción de la salud es responsabilidad de todos y en esa mirada se articula con otros sectores para la búsqueda de mejores alternativas de progreso. Se considera la calidad de atención como un imperativo ético, por lo tanto en la atención se utilizará las mejores evidencias científicas; se mejorará la capacidad resolutoria y se buscará medir el impacto de las acciones más que aspectos cuantitativos aislados.

2.3 Teorías que sustentan el Enfoque Biopsicosocial

Anteriormente, se han señalado las principales características del modelo Biopsicosocial de la salud, sin embargo, es necesario además presentar alguno de los modelos que sustentan a este nuevo modelo, en este punto se hará mención en que forma el modelo Biopsicosocial adapta los aportes de los distintos sustentos teóricos que la conforman, no como la

explicación completa del modelo sino de que manera ellos se complementan en el trabajo de lo biopsicosocial en salud.

a) *Teoría de Sistemas y Familias*: El aporte de este modelo se relaciona al estudio de la familia como un sistema abierto y permeable al contexto externo del sistema familiar, llámese contexto socio-cultural, situación socioeconómica, tanto de los individuos particulares como del estudio de la familia como un sistema autónomo y único con características propias, que influyen en su ciclo de vida. Desde este enfoque, la importancia de la familia como núcleo de estudio en el ámbito de la epidemiología y de historia de vida del conjunto familiar impulsa la inclusión del trabajo multisectorial e interdisciplinario que caracteriza al modelo biopsicosocial, dirigiendo el trabajo de la salud a la promoción de estilos de vida saludable.

b) *Teoría de la Comunicación*: Desde este modelo el aporte que se realiza es a través de la perspectiva de la interacción tanto de la familia con el entorno próximo, como de la familia con el equipo médico de los centros de salud, la importancia de la claridad de los mensajes y de la interacción, clave en el éxito de los programas de salud implementados por cada centro de salud.

c) *Modelo de factores de riesgo –modelo de factores protectores*: Principalmente se hace referencia a los estudios epidemiológicos, económico y socioculturales, incorporando la sectorización de las áreas de atención de los centros de salud con la finalidad de reconocer los factores de riesgo y los factores protectores presentes, poniendo especial énfasis en el potencial de los individuos, para optimizar la gestión y la implementación de los programas de salud, potenciando tanto los recursos de los propios centros de salud como los recursos de cada familia, sector y comunidad en relación a mejorar la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud.

Por su parte, el equipo de salud aumenta su capacidad para comprender lo que le pasa a individuos y familias, desde una perspectiva holística, buscando en conjunto con ellos, formas más integrales de abordar las demandas en cualquiera de los niveles de prevención y

promoción de la salud, así como en los aspectos curativos. Este cambio, por la profundidad que tiene, es progresivo en el tiempo, con un crecimiento conjunto de usuarios y el equipo de salud de los Cesfam.

El modelo de salud integral, que se plasma en la atención primaria en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar, al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad, se orienta a *“la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud.”* (Minsal; Op. cit. b: 58)

Bajo el enfoque anteriormente expuesto se sustenta el nuevo enfoque de Salud Familiar, para que quede claro de lo que estamos hablando. A continuación se expondrán los antecedentes y las acciones que se llevan a cabo en dicho modelo.

2.4 Antecedentes del Modelo de Salud Familiar

Con el desarrollo de la Medicina y la inclusión y estudio del modelo Biopsicosocial de salud, la Medicina de Familia se fue transformando en el nombre del cuerpo de conocimientos que sirve de base a una práctica clínica, intentando prestigiar a una medicina general que, hasta entonces se consideraba de rango inferior por su indiferenciación, falta de formación y cualificación específica. Sin embargo, no fue hasta la conferencia de la OMS- UNICEF de Alma Ata (1978; b: s/p), que se comienzan a definir líneas de acción en Atención Primaria la cual se estableció como:

“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, 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”.

Además, dentro de la declaración de Alma Ata se establecen los roles que se le asignan tanto a la promoción como la protección de la salud del pueblo, los cuales son indispensables para un desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de vida de la población a nivel nacional.

La Atención Primaria, es parte integrante tanto de los sistemas nacionales de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema 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.

Es importante mencionar el cambio profundo en el sistema de valores que se propone, ello por que sustenta la importancia de la estrategia y la gestión eficiente, la que debe estar presente en todos los niveles de en el análisis en que la atención primaria sea. La construcción de la estrategia será posible según sus propios principios a través de la participación de cada uno de los miembros de la comunidad, asumiendo sus propias responsabilidades, con un personal sanitario con nuevas actitudes y desafiando las viejas formas de organización.

De esta instancia, la Salud Primaria fue desarrollando e integrando elementos teóricos y prácticos donde se otorga una importancia a la Salud Familiar, la que se define como:

“una disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes”. (Minsal; Op. cit.c:37)

A) *Continuidad*: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y

coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

B) *Acción Anticipatorio*: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

C) *Estudio de la Familia*: permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.

Por lo tanto, la Medicina de Familia se basó en lo mejor de la Medicina General y retomó una amplia gama de problemas dejados al margen por la medicina interna. El interés de la investigación salió del laboratorio para ocuparse de estudios de observación clínica, estudios conductuales o de población. El cambio de nombre de Medicina de Familia en lugar de Medicina General, trató de presentar la profesión como novedosa ante la sociedad, además de dotar a este nuevo colectivo de un cuerpo de conocimientos diferentes y propios.

En gran parte de los países desarrollados, fue madurando la especialidad a partir de los años cincuenta. Los líderes de la medicina académica consideraban a la Medicina de Familia de segundo orden porque los problemas que en ella se atendían parecían de poca importancia. Sin embargo, con el tiempo la especialidad se ha ido consolidando y forma parte del recurso comunitario de atención a la salud más frecuentado. *“Es difícil comprender la relación clínica sin aproximarse al momento histórico, a la situación social, al conocimiento científico Contextualizar la realidad parece inseparable de su análisis”*.

(McWhinney; 1995a:11).

Continuando con la contextualización de la salud familiar, se puede mencionar en relación a los profesionales de salud familiar, que ellos son la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integran en su conocimiento teórico, las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos, y enfermedades. El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que presta es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

Otro de los puntos desde donde se desarrolla el modelo de salud familiar o medicina de la familia, es en la estrategia de trabajo en equipo. A lo largo de su práctica se reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Por tanto es integrador, ya que incorpora el saber de todas las disciplinas que participan en salud primaria, beneficiando a la comunidad y brindando una atención integral de la salud. En el cual se utilizan los recursos humanos, sociales, culturales y económicos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.

Es por excelencia, un modelo que intenta que los profesionales de salud involucrados en el proceso se interesen en la salud de los pacientes del Centro de Salud, cada contacto con ellos es,

“una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se oscurezca su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población”. (Ruiz Moral et al, 1993:82)

Este modelo busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación

son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud, según McWhinney, permite *“fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica”*. (Op.cit.a:18)

La Medicina Familiar, tiene un compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos, y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural.

Dicho enfoque, entiende la organización de su área profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, tanto en lo individual como en lo colectivo.

En cuanto a la prestación médica integral de la familia se reconoce, según McWhinney como un:

“proceso de atención médica a la familia como ente social, de forma sistemática y continua, que incluye acciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación, realizado por el equipo medico de los Centros de Salud, técnicos y demás personas involucradas, mediante la identificación y solución de los problemas de salud que la afectan”. (McWhinney; 1995b: 47)

A fin de lograr el estado de salud de la familia y sus integrantes o su recuperación, en el contexto comunitario e histórico-social en que se desarrolla. Incluye además, la ejecución de estas mismas acciones en el proceso salud-enfermedad de sus miembros donde participa activamente la familia.

Para lograr lo anteriormente mencionado, hay que tener bien definido lo que constituye el modo de actuar para prestar atención médica integral a la familia. En primer término se

trata del proceso de atención a la familia como grupo social, que incluye acciones de promoción de salud, prevención de riesgos en la familia, su restauración y rehabilitación. Incluye además, la atención al individuo como miembro de ese grupo natural con estas acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, restauración y rehabilitación del individuo donde se implique el grupo familiar.

Se trata entonces, de acciones de promoción destinadas a lograr estilos de vida saludables en el contexto familiar; la realización de acciones preventivas para incidir en los factores de riesgo existentes en la familia y acciones de consejería, orientación y psicoterapia breve de apoyo en caso necesario o también como colaboradores en el caso de requerir atención especializada del segundo nivel de atención. Ejecutará además, acciones de rehabilitación que facilite la incorporación plena de la familia a la sociedad.

2.5 Acciones concretas de la Medicina Familiar

De acuerdo a lo que se ha ido revisando en puntos anteriores, se hace necesario especificar las acciones que se desarrollan en materia de salud primaria desde la línea de la medicina familiar, en función de aquello se debe establecer la importancia de dos conceptos claves en el proceso de la salud: la promoción y la prevención en salud.

La promoción de salud en la familia implica la realización de actividades que ofrezcan patrones de conducta adecuados para los miembros de la familia, deberá facilitar la socialización, el aprendizaje y la comunicación de sus integrantes; deberá realizar actividades en la familia para que puedan convivir juntos de manera plena, con un funcionamiento normal.

“Propiciará el desarrollo neuropsíquico de sus miembros al atender las características de cada etapa de la vida, con la incorporación de la familia al ejercicio físico, a su participación en los círculos de abuelos o de adolescentes, así como en actividades educativas encaminadas a la

formación de hábitos correctos para satisfacer necesidades afectivas y físicas de sus miembros”. (Ibíd. a.:52).

En este aspecto, los profesionales de la salud involucrados deberán enfatizar en los factores protectores existentes en la familia.

Por otra parte, la prevención en salud incluye la preparación de la familia para enfrentar las crisis relacionadas con los ciclos vitales, la identificación de los problemas que afectan a la familia y estimular el desarrollo de actividades que promuevan el cumplimiento de sus funciones, así como prevenir los riesgos a los que puede estar sometida. También incluye las actividades que se relacionan con la disminución o eliminación de los factores de riesgo que afectan a sus miembros: la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, los accidentes, el estrés, los riesgos suicidas, entre otras, las que resultarán efectivas si se ejecutan con la participación e implicación de la familia. Además se ejecutarán acciones que permitan la participación activa de la familia en el diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las afecciones surgidas en sus integrantes.

Las acciones de rehabilitación se relacionan con la solución o disminución de los problemas que se presentan en su contexto y la posibilidad de la incorporación plena de sus miembros a la sociedad, y de la familia en el restablecimiento del funcionamiento familiar y, por ende, de una mayor satisfacción de sus integrantes.

En forma de síntesis, se puede aludir al proceso de atención médica integral familiar provisto por el Minsal:

- Acciones de promoción y prevención con las familias para lograr un ambiente familiar adecuado, ello muy relacionado con los factores protectores y los factores de riesgo en este grupo.
- Acciones de atención médica con el individuo donde la familia debe participar activamente.

- La identificación de los problemas más importantes que se pueden presentar vinculados al contexto familiar.
- Acciones terapéuticas para solucionar los problemas identificados. Orientación familiar y consejería. Se incluyen técnicas de psicoterapia breve, de apoyo y persuasiva-racional, que pueden ser utilizadas en algunos de sus miembros y donde se implique activamente la familia.
- Seguimiento a la familia. Evaluación de las tareas realizadas con la participación de la propia familia.
- Remisión al segundo nivel de atención para tratamiento especializado en caso de que así lo requiera.
- Colaboración y seguimiento a los casos que demanden tratamiento especializado.
- Acciones de rehabilitación para la reincorporación de los miembros de la familia en su contexto social.

En el ámbito de la Salud Familiar, es posible distinguir niveles de aproximación o de involucramiento entre Médico y usuario, o entre los funcionarios de la salud vinculados en la atención directa a éste y su familia, de acuerdo a ello es que Doherty y Bird elaboraron en 1988 una escala que describe los distintos niveles de involucramiento y las técnicas necesarias para establecer los grados de la intervención profesional que requiera según sea la problemática presentada en el Centro de Salud y, por lo tanto que respuesta profesional se espera brindar, de este estudio el Minsal (2007a) utiliza dicha tipificación para ser implementada en los Centro de Salud Familiar, el estudio en su parte estructural es el siguiente:

CUADRO N° 1

NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

	Niveles de involucramiento	Capacidad del profesional
Nivel 1	Mínimo énfasis en la familia	Técnicas básicas de comunicación, escuchar
Nivel 2	Proporcionar información continua y dar consejería informativa <ul style="list-style-type: none"> • comunica información • escucha atentamente sus preguntas e inquietudes • involucra la colaboración de la familia en su plan de manejo 	Conocimiento básico del desarrollo familiar
Nivel 3	Entendimiento de los aspectos afectivos de la familia : <ul style="list-style-type: none"> • sentimientos y apoyo • realiza apoyo emocional • comunica con la familia sobre sus sentimientos, inquietudes y cómo podrían afectar la familia 	Conocimiento del desarrollo familiar, de las reacciones familiares a situaciones de estrés <ul style="list-style-type: none"> • capacidad de atender • capacidad de responder a signos sutiles de necesidades emocionales • autoconocimiento de sus relaciones con pacientes y Familias
Nivel 4	Evaluación sistemática de la función familiar e intervención planificada <ul style="list-style-type: none"> • planifica una intervención diseñada para ayudar a la familia a enfrentar sus problemas. Ej. redefinición del problema y nuevas maneras de enfrentar dificultades	Conocimiento de la teoría de sistema aplicada a la familia y de los modelos de disfunción familiar <ul style="list-style-type: none"> • capacidad de realizar entrevista familiar • capacidad de manejo de grupo
Nivel 5	Terapia familiar <ul style="list-style-type: none"> • realiza una intervención terapéutica con familias disfuncionales 	Capacidad de intervención en el funcionamiento de la familia

Fuente: Minsal, Chile. 2007a

El presente cuadro, describe como en cada nivel de atención en Salud Familiar, la relación entre profesional y paciente es cada vez más estrecha y cercana, (utilizando distintas

técnicas para ello) algo que el Minsal trata de aplicar con la puesta en marcha de los Centros de Salud Familiar.

El sistema de cuidados primarios con su énfasis en lo promocional y preventivo, requiere establecer relaciones continuas con su población usuaria, conocer su entorno familiar y comunitario, comprender las interacciones entre los miembros de la familia, evaluar el contexto familiar y de alguna manera determinar el riesgo, para orientar mejor las intervenciones. *“El centro de Salud de cuidados primarios requerirá niveles de involucramiento del tipo 3 y 4. El nivel secundario y terciario requerirá moverse entre los niveles 2 y 3 de involucramiento”*. (Ibíd., a: 135)

Cuando ocurre una derivación por algún problema de salud en que el componente familiar es relevante, se debiera aportar la información que será de utilidad al mejor manejo. Lo que se espera es que el punto de destino de la derivación reciba tal información con el respeto y confidencialidad que se requiere, y que la utilice para un manejo más integral.

Ejemplo de información que pudiera ser de utilidad para el punto de destino de la derivación puede ser una o varias de ellas. (Ibíd, a: 142)

- Redes de apoyo con que cuenta la persona (posibilidad de acompañante, ayuda en su hogar para seguir indicaciones más complejas, ayudar en contactos próximos para seguimiento, etc).
- Antecedentes familiares o culturales que impidan el seguimiento de alguna indicación. Ejemplo: temas que hayan sido conversados con su equipo de cabecera en cuanto a opciones del paciente o familia y que requieran un acercamiento desde la visión del otro.
- Antecedentes de eventos traumáticos relacionados con el evento actual o no relacionados, pero que de alguna manera puedan influir en la evolución.
- Factores de riesgo psicosocial cuya consideración mejorará el pronóstico de la situación.
- Factores protectores cuyo potenciamiento favorecerá la evolución.

En lo que respecta a la relación Médico- paciente, la actitud esperable del equipo de salud y de cada profesional o técnico que se relacione con el usuario o su familia, independiente del punto de la red en el cual se encuentre:

- Respeto, tolerancia a la diversidad.
- Empatía que implica comprensión de los temores, incertidumbres, necesidad de apoyo afectivo que la situación genera.
- Capacidad de negociar y respeto a la autonomía: que no es lo mismo que imponer o manipular. Implica poner al otro en situación de capacidad de tomar decisiones informadas. En el caso de la hospitalización la autonomía se ve mermada por el hecho mismo, sin embargo, es en esta situación cuando el respeto a aquel principio básico debe hacerse más fuerte desde quienes están al cuidado del paciente.
- Apertura a la participación de un (a) otro (a) activo (a) y de quienes acompañan al usuario.
- Salirse de la situación de poder en que generalmente se sitúan los funcionarios de la salud. Cuando existan restricciones fundadas para no responder a alguna solicitud o restringir algún derecho, que esto sea manifestado en un plano de respeto y empatía, de manera que sea comprendido y aceptado por el o la afectada.
- Evitar juicios morales y apropiación valórica de actos, hechos, antecedentes. Conocer y aceptar los principios de la relación de ayuda.

El buen trato en términos de amabilidad, estar atento a las necesidades de los (las) usuarios (as), evitando pérdidas de tiempo innecesario, en las mejores condiciones posibles, es un derecho de toda persona y debiera ser cumplido en cualquier ámbito de la vida ciudadana, más aún en salud, en que hay una situación de necesidad aumentada.

Entonces, resulta preciso que se determinen con claridad los objetivos, contenidos, métodos, formas, medios y evaluación y que en cada equipo de salud se analice en qué medida la intervención de la Salud Familiar contribuye al desarrollo de factores protectores de la familia y la comunidad donde ejerce su área de acción.

Por tanto, el objetivo de la atención de salud primaria 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. En este sentido se ha avanzado sustancialmente en los últimos años.

Por ello, la preparación y formación de los nuevos Médicos de familia en las universidades del país se transforman en uno de los puntos clave dentro de la nueva reforma. 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”*. (Minsal; Op.cit c: 39)

En los últimos años, el Gobierno ha incrementado sustancialmente los recursos financieros mediante los presupuestos anuales en el área de la atención primaria, con un sostenido aumento del financiamiento y la construcción de numerosos consultorios. Desde el año 2006, los consultorios están siendo diseñados con el propósito de adecuar la planta física a los nuevos requerimientos del modelo de Salud Familiar. La base es transformar los consultorios en Centros de Salud Familiar (Cesfam). Actualmente son 93 centros acreditados, lugar en el que se atienden a más de dos millones de personas.

Los equipos de cabecera en forma sectorizada atienden a la población tanto geográficamente como a las familias e individuos, mejorando la cobertura en los Cesfam. En el resto de los consultorios del país se está comenzando a aplicar la sectorización de la atención en salud, con lo cual se espera finalizar para el presente con equipos de cabecera en 50% de los centros.

A juicio del subsecretario de Redes Asistenciales del Minsal, Osvaldo Salgado *“El sistema público ha desarrollado esta iniciativa. En el sector privado se está produciendo el mismo fenómeno. No es medicina para pobres, esta es la mejor medicina que se puede dar, es buena medicina para todos”*. (Op. cit, a: 13)

2.6 Salud Familiar y el rol de lo Local

La salud es un componente importante para un desarrollo que apunte a la optimización de recursos a nivel local, una población sana es una población cuyo desempeño es más productivo tanto en lo social como en lo económico, así como en mayor participación ciudadana en la vida política de la comunidad, municipio y/o ciudad. En el marco de la equidad y la ciudadanía la OPS/OMS ha desarrollado una propuesta de fortalecimiento de la atención primaria en salud cuyo objetivo claramente se observa frente a la llamada agenda pendiente, o deuda social. Es así como la deuda social en salud se vincula con los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM), especialmente la reducción de la pobreza, hambre, mortalidad materna infantil y el saneamiento ambiental (OPS, 2005b: s/p).

2.7 Salud Familiar, Promoción de Salud y Contexto Local: Los Entornos Saludables

En muchas de las experiencias presentadas, hubo resultados significativos en lo que concierne a la participación social, lo que originó una serie de recomendaciones para revitalizar los principios esenciales de la Atención Primaria utilizando las bases conceptuales y la nueva terminología del enfoque basado en la promoción de la salud dentro del enfoque familiar y, por lo tanto, como la dimensión sustantiva del desarrollo local en el ámbito de la salud se refiere a la capacidad efectiva de participación de la ciudadanía, las características más importantes de este movimiento de revitalización señalan precisamente la articulación de aspectos sociales más amplios con la producción social en salud que pueden indicar cuatro ejes para la promoción de la salud y el desarrollo local.

1. *Ampliar la definición y el concepto de salud* para incorporar los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud y de las condiciones de enfermedad que se basan en la determinación social del proceso salud enfermedad.

2. *Avanzar más allá del énfasis inicialmente puesto sobre los estilos de vida saludables como estrategia para lograr salud*, y examinar aspectos sociales y políticos más globales que permitan diseñar estrategias de mayor dimensión social y política que tengan en la equidad y en la inclusión social dos marcos fundamentales para la toma de decisión.

3. *Incorporar el concepto de empoderamiento y capital social*, cuyo fundamento es la participación social como una estrategia clave para realizar un esfuerzo organizado a fin de lograr la identificación de potencialidades y la construcción de capacidades.

4. *Fomentar la participación de actores sociales locales en la identificación y análisis de los problemas y necesidades*, así como proponer estrategias pactadas para enfrentar esos problemas en una arena de intereses distintos y de gran diversidad de valores. (Ibíd., b: s/p)

Estos cuatro ejes de acción para desarrollar la salud, llevan a hacer partícipes del proceso de la salud a las personas y a los actores sociales, en contraste con la perspectiva de traer un programa preestablecido. Esta es la base fundamental de los entornos saludables, desde el municipio, la ciudad y la comunidad, hasta la escuela, el lugar de trabajo y la vivienda; ya que el comportamiento, sea este individual o colectivo es en gran medida producto del entorno y el ambiente físico y psico-social donde se da, así también porque el enfoque dado al tratamiento y abordaje de cada grupo de problemas puede contribuir al empoderamiento o al des-empoderamiento de la población y esto constituye una distinción importante entre dos maneras de poner en práctica la promoción.

El concepto de empoderamiento desde la Carta de Ottawa para la promoción de la salud fue un aspecto fundamental, central y crítico para el desarrollo humano y el mejoramiento de los determinantes de la salud con equidad.

A medida en que se implementa la estrategia de Salud Familiar con énfasis en promoción de la salud, se hace más evidente la importancia de la participación de los involucrados en las decisiones que afectan directamente sus vidas. Es así como la participación de la sociedad civil en las estrategias de promoción de la salud es la más ampliamente documentada en la literatura especialmente para enfrentarse a los problemas de nuestras sociedades complejas en que ningún actor aisladamente, sea público o privado, tiene en la actualidad ni el conocimiento, ni la información, ni los recursos suficientes para encontrar respuestas satisfactorias y sostenibles delante de los distintos intereses y valores. Son variados los espacios de articulación de estos actores sociales (consejos, talleres, grupos temáticos, junta de vecinos, etc.) con distintos modos de formalización de su interacción (alianzas de diversos tipos, consorcios, acuerdos, convenios, contratos, etc.). El punto común que se destaca, independientemente de que estrategia se adopta, es la necesidad de se poner en practica habilidades de negociación y de mediación de conflictos.

En suma, la propuesta de la OPS para el desarrollo local desde el área de la salud se basa en la iniciativa de entornos saludables, especialmente los municipios y comunidades saludables, cuyo potencial de fortalecer los procesos de gestión local y la descentralización son fundamentales para mejorar los determinantes de la salud y la calidad de vida; así también se basa en la iniciativa de escuelas promotoras de la salud, cuyo potencial de contribuir al desarrollo humano y social es fundamental para un desarrollo local democrático y sostenible, y también se apoya en los lugares de trabajo saludable y la vivienda saludables cuya área de influencia contribuye al bienestar, la productividad y la calidad de vida.

Las estrategias de entornos saludables, son la expresión y contribución de la promoción de la salud al desarrollo local y al enfoque de Salud Familiar, y fortaleciendo la comunicación y el intercambio de conocimientos y experiencias a través de las redes las cuales juegan un papel fundamental de extensión de las innovaciones en promoción de la salud a la población rural y urbana marginada. La propuesta de OPS para la salud y el desarrollo local plantea el fortalecimiento de la capacidad en el nivel local y con la participación de los actores de cada localidad.

Hemos visto a lo largo de este capítulo, lo que implica el cambio de enfoque de salud aplicado a la Salud Familiar, lo cual nos muestra que el cambio no solo se aboca a cambiar y/o mejorar la infraestructura de los Cesfam, sino que es un cambio más de fondo, con la efectiva participación de las personas y sus familias en sus procesos de salud y, por otro lado buscando generar una relación y un vínculo más cercano entre profesional y paciente.

CAPITULO III

PARTICIPACIÓN EN SALUD

En el presente capítulo se exhibirán los distintos aspectos y antecedentes más relevantes de la participación, así como también se intentará describir cómo ha evolucionado ésta en el ámbito de la salud estos últimos años, específicamente en la atención primaria.

3.1 Antecedentes del Concepto Participación

El término participación, es utilizado en forma general para referirse a los procesos de compartir decisiones que afectan la vida propia y la de la comunidad en la cual se vive, éste es el medio por el cual se deben juzgar las democracias.

La participación del ser humano en la sociedad, comienza a manifestarse desde el momento del nacimiento; Además, el término participación ha sido y es reivindicado por corrientes tan diversas que van desde el neoliberalismo, neoestructuralismo, la social democracia, el socialismo renovado, el marxismo y distintas formas de populismo, convirtiéndose en referencia obligada de planes y programas de desarrollo, nacionales y locales.

Con el advenimiento y posterior consolidación de los procesos democráticos en la región, pocos temas han sido tan nombrados como la participación, llegando incluso a la sobreutilización del término en el discurso político como técnico que termina por convertirlo en un concepto vacío.

Sin embargo, la consulta de diferentes fuentes teóricas, permiten reconocer algunos elementos comunes que apuntan a darle una característica al concepto.

Para Gyarmatí, participación es *“la capacidad real y efectiva del individuo de tomar decisiones sobre asuntos que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad y específicamente, dentro de la institución donde trabaja”*. (Gyarmatí, 1992:12)

Por otra parte, para Hopenhayn (1998:20) haciendo referencia al concepto elaborado por Naciones Unidas, propone la participación como un proceso de toma de decisiones, en específico, como la *“influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones”*, para ello la participación debe ser entendida como el camino para la toma de decisiones por parte de la comunidad razón por la cual se necesita de una sociedad civil fuerte y organizada.

Este proceso de toma de decisiones debe como herramienta principal, hacer partícipe a la comunidad de los planes y programas que se ejecutan en el ámbito de su cotidianidad, de su localidad, haciendo con ello que como colectivo sea capaz de gestionar las áreas de importancia que ellos mismos definan como importantes o vitales. Junto con lo anterior, desde la política de salud, se espera que pueda generar una relación de poder que favorezca la integración y la superación de la condición de pobreza y otros determinantes sociales, acompañando el proceso de salud, y por tanto, el desarrollo de la comunidad en su conjunto.

Es necesario, también realizar una descripción de la evolución del concepto de participación en salud con el objetivo de tener una mirada a su desarrollo desde las distintas épocas en que se fue incorporando a las temáticas de la salud pública y su incidencia directa en las políticas de salud actuales.

En la década de los cincuenta, se comenzó a aplicar esta idea como desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de la vida. Estos programas tuvieron por meta organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar la comunidad. Cuando inevitablemente se

encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por encontrar y convencer a las personalidades locales para de este modo movilizar a la comunidad de una manera más eficaz.

“Sin embargo, para fines de la década de los 60 ya era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados”. (OPS, 1990c: 3)

Como contraparte, durante la década de los setenta, se introdujeron nuevas estrategias para la organización y desarrollo completo e integral de las comunidades, pero aunque tuvieron resultados en algunos sectores, no se ha podido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud.

Varios factores han influido en esta situación, entre ellos la poca comprensión de que es lo que debe incluir la participación en la salud. En lugar de promover la participación, esos modelos son, manipulados, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien autoritarios, ya que dan por hecho a un usuario pasivo que esta agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera mas como un favor que como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

Es importante recalcar el significado concreto que se le asigna al concepto participación en el ámbito de la salud, desde esta perspectiva Linares trata de construir el concepto recogiendo elementos claves presentes en la construcción de la participación en salud como un proceso para este autor la participación social significa:

“que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados”. (Linares, 1996:16)

Tomando lo que plantea Fernández (2004:28) la participación será concebida como los procesos y experiencias vividas en torno a tres áreas fundamentales:

- a.- Como instrumento para la Toma de Decisiones
- b.- Como mecanismo de profundización del Sistema Democrático.
- c.- Como proceso Integral al Desarrollo Local.

a.- *Como instrumento para la toma de decisiones:* En este ámbito la participación debe ser entendida como el camino para la toma de decisiones por parte de la comunidad, razón por la cual se necesita de una sociedad civil fuerte y organizada. El proceso de toma de decisiones consiste en hacer partícipe a la comunidad de los planes y programas que se ejecutan en su localidad, haciendo uso de su voz y voto como forma de involucramiento en el proceso, de tal manera que el colectivo sea capaz de gestionar las áreas de importancia que ellos han definido como tales. Por tanto, para que ésta sea efectiva debe haber un real acceso a la información, ya que permitirá que todos los habitantes de un lugar determinado, presenten mayor cantidad de conocimientos para elegir por ejemplo la mejor opción, por eso si no existe la información necesaria, es imposible que exista la posibilidad de participar en la toma de decisiones.

b.- *Como mecanismo de profundización del sistema democrático:* La participación impulsada desde el plano central, tiene como propósito el fortalecimiento del sistema democrático y asegurar las libertades políticas, sociales y culturales de los individuos; en este sentido surge un concepto que involucra tanto al Gobierno como a la sociedad civil. Desde esta perspectiva Salinas (1997:18) la define como “*una posibilidad real de integrar a los grupos objetivos de las políticas sociales en la solución de los problemas que los afectan, a través del aprovechamiento de la capacidad de estos sectores*”.

c.- *Como proceso integral al Desarrollo Local:* Considera a la participación como una conducta, afirmando que permite fortalecer la personalidad individual, demostrando a las personas de mayor capacidad la forma de enfrentar los desafíos futuros. Desde la perspectiva del fortalecimiento de la personalidad, la participación es una conducta que propone a un actor social más autónomo y seguro de sí mismo asumiendo de mejor forma

las responsabilidades de su cargo o función, centradas en las posibilidades de autodesarrollo humano.

La base de esta acción se caracteriza por ser una instancia educativa. Se entiende como una práctica grupal donde las capacidades, potencialidades, valores y visión de mundo, son compartidos por individuos que se desarrollan en una localidad geográfica específica. Por lo tanto, de acuerdo al efecto pedagógico, la función de la participación es educativa sobre la base de la acción entendida como un eje de importancia en la producción y reproducción de la cultura. Participar es actuar en colectivo, vinculado a los procesos grupales como desarrollo de sus potencialidades.

3.2 Aspectos de la Participación

De acuerdo a lo que plantea Lima (1981:10), se pueden identificar cuatro aspectos claves en los cuáles se basa la participación:

- Aspectos psicológicos
 - Plano sociológico
 - Perspectiva socioeconómica
 - Plano político.
-
- *Aspectos Psicológicos:* Este ámbito propone observar la participación desde la perspectiva de la acción y del comportamiento. Se fundamenta en los valores que motivan la integración de los actores sociales a sus organizaciones o comunidades. El accionar del colectivo se fundamentará en las características que estos tengan y en los valores que su cultura les haya legado.

De acuerdo a la acción se establece el tipo de participación, que fundado en los valores del individuo, manifiestan el interés por áreas generales o específicas, traducidos éstos últimos en comportamientos relacionados con el área de adopción.

- *Plano Sociológico:* Hablamos de participación en este plano, cuando se manifiesta el sentido de “pertenencia” de los individuos, tomando parte en las organizaciones

de base. Se discute la participación en el sentido de la acción y el compromiso, es decir, que ya no importa solo ser parte de la organización, sino atender a las diferentes actividades que los actores desarrollan dentro de ella.

- *Perspectiva Socioeconómica:* Desde este ámbito, la participación observa las relaciones que se obtienen como resultado del proceso de producción y distribución de bienes y servicios específicos, determinando el orden y jerarquía en las funciones administrativas y laborales.

Esta perspectiva conecta las relaciones de propiedad con las de apropiación y las de posesión, es decir, a la decisión de la clase trabajadora para determinar y definir la forma de asumir el proceso de producción en sus diferentes etapas. Por lo tanto, se participa de acuerdo al rol que cumple el individuo en el proceso de creación de riquezas, aquí se integra la discusión acerca de los salarios, la calidad de los trabajos y la seguridad laboral, es decir, su preocupación son los derechos de los trabajadores, lo cual se expresa en la creación de organizaciones sindicales. Su intención es lograr una mejor calidad de vida como resultado de una mejor remuneración.

- *Plano Político:* La participación tiene como escenario la democracia como proyecto de sociedad. Su ejecución está enmarcada en la capacidad de adoptar decisiones políticas coherentes y realistas, que los actores tengan participación efectiva en el poder (partido o asociación) o que los dirigidos inicien un control efectivo sobre los equipos dirigentes.

La participación depende de la ideología, partido político y tipos de organización que el individuo adopte, como forma de aspirar a la construcción de una sociedad mejor. El propósito de este tipo de participación es involucrar el tema del poder, los antagonismos sociales y a las manifestaciones que buscan la igualdad y emancipación del ser.

3.3 Evolución del concepto participación en el ámbito de la salud

Dentro de los aspectos que se han desarrollado en Latinoamérica en relación a los procesos de participación en salud, es posible identificar que el interés por generar espacios de participación social en los procesos de salud no son una temática nueva, por el contrario, las políticas que apuntan hacia esta participación han sido introducidas en las diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. *“Existen antecedentes desde el siglo pasado en que las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para la implementación, por ejemplo en políticas de planificación familiar”*. (Rifkin, 1990:33)

No obstante, la orientación y desarrollo de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. Esta descripción, sin pretender ser exhaustiva, intenta dar algunas pinceladas que permitan comprender la evolución de los procesos participativos en el contexto de los sistemas de salud. En las décadas de los cincuenta y sesenta, los servicios de salud crecieron con un rápido aumento de personal e infraestructura. Esta expansión de los servicios de salud se produjo paralelamente a un proceso de urbanización e industrialización.

En Latinoamérica, como en el resto de los países llamados “en vías de desarrollo”, se intentó reproducir los modelos del mundo occidental. En esta época, se realizaron las primeras experiencias de implicar a la población en los programas de salud. *“En general, se trataba de experiencias circunscritas a determinadas áreas geográficas o programas, aunque algunos países, como Cuba y Panamá, incorporaron mecanismos de participación en todo el sistema de salud”* (Ugalde, 1985:42).

Dentro de la anterior apreciación sobre la temática en cuestión se debe mencionar que, por ejemplo Panamá introdujo estas políticas en su programa nacional con el objetivo de transformar su modelo de salud centrado en los hospitales y la atención curativa en un modelo basado en *“la prevención y participación comunitaria, que permitiese extender la cobertura del sistema de salud”*. (Forgia, 1985:21).

En el mismo estudio anteriormente citado se menciona el ejemplo de Cuba, que con un gobierno revolucionario, incorporó la participación en todos los niveles del sistema, podemos decir, por tanto, que la promoción de la participación responde, por un lado, a la necesidad de introducir cambios en la orientación del sistema de salud y, por otro, pretende lograr una extensión en la cobertura de los servicios.

En la década de los setenta, comenzó a generalizarse el reconocimiento de la incapacidad de los sistemas de salud, centrados en los hospitales y basados en la medicina occidental, para responder a la población más necesitada de atención. Al mismo tiempo, es una época caracterizada por un aumento de las tensiones de la guerra fría, la crisis del petróleo, las dictaduras militares y los fuertes movimientos sociales en busca de justicia social. En el ámbito sanitario todo ello generó la necesidad de cambios radicales en las políticas de salud. Al final de la década de los setenta, a partir de las experiencias desarrolladas en diversos países, como China, se conceptualiza la atención primaria de salud como alternativa a los sistemas de salud en crisis.

En la filosofía de la atención primaria de salud, cuyas líneas generales fueron consignadas en el documento oficial de la conferencia internacional de Alma Ata, descentralización y participación comunitaria aparecen como principios fundamentales sobre los que construir un sistema de salud. Ambos elementos son comprendidos como una forma de acercamiento de los servicios de salud, dando una voz a la población atendida y, al mismo tiempo, aumentando la eficiencia del sistema, al ser éste capaz de responder a las necesidades percibidas y de adaptarse a las condiciones locales.

Al final de la década de los ochenta y principios de los noventa se acaba la guerra fría y se producen cambios en la economía global.

“Esta situación, junto con la crisis de la deuda externa, impuso límites económicos severos que, con el predominio de valores neoliberales (new right), la disminución de la autonomía de los estados debido a la internacionalización del capital y las presiones de las agencias

internacionales, llevaron a muchos países a introducir programas de ajuste estructural”. (Poland et al, 1998:85)

Estos cambios, produjeron un fuerte impacto en la formulación de políticas públicas y en la percepción del papel del Estado y la sociedad civil. Muchos países redujeron, y continúan reduciendo, el gasto público, disminuyendo, para ello, el papel del Estado en la provisión de los servicios públicos, incluyendo también el sector de la salud. La financiación de los sistemas de salud de los países latinoamericanos que siempre había sido insuficiente, se deterioró aún más en la década de los ochenta. El problema se complicó con el aumento en los costes de los servicios de salud y el aumento de la demanda debido al crecimiento demográfico, los cambios epidemiológicos y los nuevos desafíos como el sida.

En este contexto se desarrollan, por un lado, las políticas de promoción de la salud centradas en la participación, que ahora toma un nuevo cariz, “*evolucionando hacia el concepto más amplio de acción social en salud*” (Bronfman et al, 1994:11). Por otro lado, se introducen reformas en los sistemas de salud en las que se impulsa la reducción del papel del Estado y un modelo de mercado. Desde este marco conceptual, se percibe al usuario como «cliente» de los servicios de salud y se espera que participe expresando su opinión de los servicios y que éstos, a su vez, actúen consecuentemente.

Además, de los cambios impuestos por el orden económico y político mundial en la última década, los países latinoamericanos han realizado también amplias transformaciones políticas y administrativas. Estas transformaciones incluyen la descentralización a niveles regionales o locales como una forma de democratización de los sistemas, en un intento de acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación en el sistema. A su vez, se busca de esta manera una mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de las instituciones públicas frente a la población a la que sirven.

De esta manera, la evolución del concepto participación en salud ha ido evolucionando paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. Durante mucho

tiempo la participación fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual.

“En la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así como el estímulo de iniciativas locales o la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre éste”. (Irigoyen, 1994: 46).

Posteriormente, se destaca el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud, formulación en la que no se refleja claramente la interacción con el sistema de salud y donde podría esperarse una acción independiente de la comunidad. Al final de la década de los ochenta, Oakley analiza una serie de definiciones que surgen de la atención primaria de salud, de las cuales se pueden deducir distintas interpretaciones, pero adopta como definición operativa la propuesta por Foranoff:

“participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud”. (Oakley, 1989:57)

En la práctica, la participación colectiva en salud puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de mecanismos establecidos o de forma esporádica. Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir de esta manera en las políticas de salud es realmente lejana), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas

a las autoridades organizadas colectivamente, etc. Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado.

Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones, en el sistema chileno conocido como O.I.R.S), el desarrollo de actividades para los servicios, como limpieza o apoyo a campañas de prevención de enfermedades o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los barrios, etc.) o contribución con recursos monetarios o de otra índole. Algunos autores han tratado de elaborar una definición de participación que englobe todas las posibilidades de interacción con los servicios de salud. Así, Bronfman (Op.cit.:11) considera como participación *“la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud”*.

Para el MINSAL, la participación es un eje importante de su política, ya que a través de ésta se ha propuesto un cambio para comprender y abordar de manera integral los problemas de salud, para esto propone un marco conceptual y una propuesta operativa orientado a aportar a una mayor satisfacción usuaria y de los funcionarios y, por otra parte a los procesos de producción social en salud.

“ El marco conceptual acordado sitúa a la participación como un proceso social, mediante el cual el sector público facilita y estimula a los actores y sectores de la sociedad chilena, en diferentes niveles de gestión(nacional, regional y comunal), para que aporten en el diagnóstico de sus propias necesidades, señalen prioridades, establezcan relaciones de intercambio y cooperación, negocien y se concierten con la autoridad pública, promuevan y pongan en práctica soluciones concretas ante las diversas situaciones que

los afectan, evalúen y controlen la gestión pública de salud”. (Minsal, Op.cit.,c:69).

Desde esta perspectiva, la participación puede significar un traspaso de poder hacia la comunidad, en la medida que sus instancias locales se encuentren consolidadas y se pueda establecer una coordinación intersectorial con los Servicios de Salud y Municipios en una relación más horizontal y de mayor colaboración.

3.4 Consideraciones operativas de la Participación en Salud

Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar.

En primer lugar, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que el usuario de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios.

En el contexto de la reforma de los sistemas de salud, se ha procurado fortalecer las estructuras del nivel local que permitan a los usuarios de los centros de salud primaria expresar sus opiniones sobre los servicios de salud. Algunos de estos mecanismos tienen por objetivo la participación colectiva: los consejos municipales de salud (donde suelen participar los representantes de los servicios de salud, autoridades locales y la población), la introducción de representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o en los Consejos de Desarrollo Local de Salud.

Sin embargo, una posible limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud. Otros mecanismos que se pueden implementar, como los sistemas de quejas y

sugerencias, favorecen la participación individual. Otro elemento clave para la participación en el contexto de las reformas de salud, es el acceso a la información. La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, sus derechos en cuanto a servicios de salud, los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema, los precios y la calidad de los servicios ofrecidos en los sistemas que:

“favorecen la competencia entre múltiples proveedores y los paquetes que se ofrecen y su precio relativo en las situaciones de competencia entre aseguradoras (en el caso de Chile las isapres). Es necesario que se facilite información suficiente al individuo y la colectividad sobre la actuación de los servicios de salud y las posibles acciones para poder determinar cuándo, cómo y quién ha de actuar”. (González et al, 1997:94).

Es debido a lo anterior, que las instituciones, además de estar abiertas a la participación, deben garantizar que exista una respuesta de los servicios a estas acciones. En si misma, la participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud. *“Es decir, si se abren espacios para la participación social, las instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma de decisiones, que habrán de ser consensuadas entre los diversos agentes sociales”* (Ibíd.:98).

Esto significa, por tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir. Los procesos reales de participación social en salud deberían idealmente acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población.

En un sistema pluralista y competitivo, como los que promueven con frecuencia las reformas de salud (por ejemplo en Colombia y Chile), el usuario puede participar de manera individual mediante acciones que Hirschman (1970) ha clasificado en “*abandono*” y “*voz*”. El término “*abandono*”, se produce cuando el usuario cambia de servicio para expresar su descontento. Para que el usuario pueda abandonar los servicios, es decir, pueda

elegir, necesita estar actuando en un sistema de múltiples proveedores que tienen que competir como incentivo para responder a las demandas.

Para que el usuario pueda expresar su descontento, “voz”, se necesita que existan mecanismos de quejas y reclamaciones u organismos de representación de los usuarios. Adicionalmente, deberá existir la posibilidad de una cierta elección y sistema de control de los servicios de salud, de lo contrario el usuario no siempre expresará su opinión por temor a represalias y los servicios no tendrán incentivo para mejorar.

Además de las oportunidades ofrecidas por las instituciones o el sistema, existen aspectos relativos a la población que influyen sobre las conductas participativas. La participación, tanto individual como colectiva, siempre conlleva costes psicológicos y en tiempo. *“El individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio”* (Klein, 1984:23).

Por ello, es más probable que un individuo participe en salud si ya existen grupos o asociaciones que ofrecen una vía para ello. De esta manera, al presentar una demanda agregada, el coste individual es menor y el potencial impacto sobre el servicio mayor.

“Estas organizaciones han de tener la capacidad de recoger las opiniones y necesidades de los grupos que representan. Existen experiencias que demuestran que en aquellas comunidades en las que existe una tradición organizativa, es más probable que haya una implicación colectiva en los servicios de salud”. (Barros, 1994:15)

De esta manera, elementos políticos como creación de espacios y redistribución de poder y recursos, así como organizativos léase creación de mecanismos institucionales y capacidad de respuesta o poblacionales como la disposición u organización deben concurrir para una efectiva participación social en salud.

Por tanto, para llegar a conocer verdaderamente la participación social, ésta debe verse en todas sus dimensiones.

“Lo primero a tener en cuenta son los mecanismos (existencia de organizaciones que permitan a los miembros de la comunidad reunirse y llevar a cabo acciones colectivas, en lugar de actuar como personas aisladas); en segundo lugar, la amplitud (definición de quiénes y cuántos tienen la posibilidad de participar y cuántos lo hacen en relación con las actividades de salud); y por último las modalidades, que son las siguientes”. (Sanabria, 2001:89).

- *Colaboración o participación colaborativa:* Participación tutelada de la población, solo brinda la colaboración que se le solicita.
- *Cogestión o gestión conjugada:* La población o su representante participa, pero está todavía sojuzgada por la "hegemonía médica".
- *Autogestión:* Acciones que realiza la persona con ayuda de su familia para mejorar o solucionar sus problemas.
- *Negociación o participación negociada:* Las instituciones involucradas siguen un proceso que incluye la deliberación (análisis conjunto de la problemática de salud de una comunidad, donde se reconoce la validez del punto de vista de la gente para la elaboración de una visión conjunta); la concertación (conseguir lo que debe o puede hacerse con el consenso de todos), y la negociación (discusión para lograr un compromiso coherente entre actores sociales y personal de salud para lograr viabilidad y realismo a las propuestas).

Por supuesto que entre estos dos grados extremos, también existen gradaciones intermedias, referidas a participaciones potenciales, escasas, moderadas y significativas.

Los procesos de reforma de salud implementados en la última década, buscan avanzar en procesos de descentralización y logro de equidad con participación de la comunidad, ajustando los servicios a las necesidades de salud de las personas, con modelos de gestión que permitan la *“consideración de los usuarios en la evaluación de las políticas*

sectoriales, facilitando la mejor utilización y focalización de los recursos”. (Donoso, 2002:23).

Es posible identificar en este proceso, diferentes dimensiones de la participación social en salud. En la década de los noventa, la estrategia de atención primaria priorizó la incorporación de la comunidad organizada en proyectos locales de salud en el área de la prevención y promoción de la salud como en el apoyo a la recuperación y rehabilitación en salud.

Durante el período que va entre la década de los cincuenta y el comienzo de los setenta, mientras se mantuvo en vigencia el llamado Estado de Bienestar, éste se hizo cargo de forma monopólica del financiamiento, provisión y producción de las políticas sociales del país, implementando políticas nacionales, de carácter universalista, especialmente en los ámbitos de la salud, la educación, la vivienda y la previsión social. *“Situación que favoreció especialmente a sectores de trabajadores asalariados a través de los sistemas formales de empleo y previsión, en desmedro de los sectores informales, pero que aún así logró mejorar los indicadores de desarrollo social en el conjunto de la población”*. (Martín, 1998:314).

Todo esto se realizó no sin serias dificultades, pues el gasto social tuvo una expansión superior al PIB, lo que condujo a déficit fiscal y desequilibrios macroeconómicos.

El modelo del Estado de Bienestar, sufrió un cambio radical tras el quiebre institucional de 1973, cuando se implantó el régimen militar, cambio que se puede resumir en el paso de una política social universalista a una de carácter asistencialista. El modelo económico neoliberal del régimen privilegió los objetivos macroeconómicos disminuyendo la acción estatal en lo productivo y lo social, privilegiando el accionar de los sectores privados.

“Esto significó el reemplazo del Estado por el mercado en la asignación de los recursos y la mantención del primero en un rol contralor de la operación del segundo, provocando una fuerte reducción en el gasto social y una supeditación de las políticas sociales al funcionamiento de la economía”.(Ibíd.:315)

Dentro de este contexto se realizó el proceso de descentralización de la salud y la educación, traspasando a los municipios la administración de los establecimientos de educación pública y los consultorios de atención primaria. Situación que provocó un serio deterioro en el servicio entregado, dirigido a los sectores más desposeídos de la población, debido principalmente a la disminución de los recursos estatales.

La década del noventa, trajo consigo cambios significativos en materia de política social. La estrategia de crecimiento con equidad asumida por los gobiernos de la Concertación en el período de retorno a la democracia, permitió cambiar la visión asistencialista del régimen militar dando paso a políticas tendientes a asegurar la igualdad de oportunidades.

Esto no significa un quiebre radical con el período anterior, sino más bien un proceso de continuidad y cambio. Por ejemplo, se mantuvo la descentralización de los servicios de salud y educación, pero rompiendo su vinculación con el proceso privatizador, es decir, *“la descentralización fue asumida como un proceso de democratización, donde los gobiernos locales, ahora elegidos en las urnas, se encargaran de su administración y orientación”* (Minsal; Op.cit., c: 46).

Los gobiernos de la Concertación dieron un importante cambio al enfoque de la acción social del Estado, dejando de lado la división entre políticas sociales y económicas, generando una estrategia de desarrollo económico que considera el gasto social como una inversión en la gente. Durante este tiempo se han combinado políticas de corte universalista con otras “formadoras de capital humano”, o de inversión social, sin dejar de lado aquellas destinadas a asistir a los grupos más vulnerables o de extrema pobreza, mediante la focalización de recursos, que buscan fomentar la igualdad de oportunidades.

Esto da cuenta de diversas orientaciones de política social que se complementan para, primero asegurar servicios sociales básicos a toda la población mediante una cobertura universal y, luego, potenciar las capacidades de los sectores más pobres para que puedan incorporarse a la fuerza de trabajo y al desarrollo del país.

En ese sentido, el año noventa, el gobierno de Chile define tres ejes para estructurar la política de salud, promoción de la equidad, fortalecimiento del sector público y fomento de la participación. Bajo este último, en el año 1994, el Ministerio de Salud (Minsal) y directivos de la red de servicios públicos de salud elaboran un marco conceptual y una propuesta operativa para abrir canales de participación en los niveles de gestión central, regional y comunal del sector público de salud. Esta participación en la gestión, según MINSAL, se debe dar en las fases de diagnóstico, de determinación de prioridades, de ejecución, de evaluación y control de la gestión pública de salud, a través de la cooperación, negociación y concertación, así como en la puesta en práctica de soluciones frente a los problemas de situaciones específicas que afectan a cada nivel o localidad. (Salinas, 1996: s/p)

En relación al desafío de la participación en el ámbito de lo local, se considera como factor primordial el fortalecimiento de las Organizaciones Sociales, ya que son éstas las encargadas de promover y gestionar recursos materiales o inmateriales para realizar actividades que beneficien a la población o al sector en donde se encuentran insertos. Otro ejemplo lo constituye la posición de la OMS expresada en la declaración de Alma Ata (Op.cit., b: s/p). Según ésta, la participación comunitaria se basa en dos axiomas:

1) Que el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de Salud para Todos, es el involucramiento de las comunidades locales en la prevención y el tratamiento, y 2) que sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas fracasarán. Así concebida, la participación comunitaria deviene en una estrategia para maximizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios (Manderson, 1991).

Esta concepción de la participación comunitaria como herramienta se piensa a sí misma como social y políticamente “neutra”. La participación es sólo un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población a la que se dirige el programa. Al dar todo el peso a la dimensión sanitaria, no toma en cuenta los efectos del programa sobre las dimensiones políticas y sociales relevantes para la comunidad. Pero la

participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción.

Siguiendo con lo anterior, la participación en relación a lo local debe seguir en la senda de potenciar agentes locales integrales, capaces de crear estrategias de vida, con potencialidades, reconociendo, a la vez, como procesos de construcción relevantes: los afectos, compromisos, confianza, conversación, horizontalidad, presencia y acompañamiento, sensibilidad, y crítica de lo establecido institucionalmente.

Entendemos a las comunidades, como sistemas dinámicos y complejos, contenedoras de realidades múltiples, por ello hacemos hincapié en que no existe un solo modelo de desarrollo local, aplicable a todos los contextos. Esto impone al quehacer comunitario, una perspectiva tal, que junto al asumir una actitud ética, incorpore como parte sustancial de ella, el reconocimiento a la experiencia histórica y sociocultural que la configura, tanto en su singularidad, como en las redes sociales intra y extra comunitarias, al ser ambas dimensiones, que a su vez, la conectan con otras realidades.

Otro señalamiento que estimamos pertinente mencionar, alude a lo que se entiende como “actores sociales”. Dicha categorización es actualmente recurrente, no obstante, se suele omitir el hecho que la condición de tal ocurre no sólo cuando se es “escuchado” (beneficio de la democracia formal), sino cuando se cuenta con “poder hacer” (espacio de una democracia real y plenamente participativa). Por tanto, sin estas características no podemos pensar en la constitución de “actores sociales” o “sujetos de derecho”.

Esta nueva visión de la política social trajo consigo, también, otros cambios, referidos al ámbito de la participación en la vida democrática, con el retorno de la democracia se fortalecieron los procesos de participación, tanto de usuarios de programas sociales como de organizaciones, rompiendo con la lógica neoliberal de vincular participación a copago. *“A partir de 1994 se crearon instancias participativas para que la comunidad y el Estado elaboraran propuestas de políticas donde éstas no existían o requerían de consensos para su implementación”*. (Op. cit., 1998:316)

A finales de la década, ya existía un sinnúmero de experiencias de trabajo con las comunidades locales; formación de monitores, campañas de prevención con participación de líderes comunitarios, generación de instancias de participación comunitaria, apropiación de metodologías activo participativas desarrolladas por las ONG's en los años 80.

Desde el año 1995, las estrategias de participación social que facilitan el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud comienzan a aparecer en el discurso sectorial. Es considerada como:

“un medio para el desarrollo de las personas (proveedores y usuarios) como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento de los servicios; busca también, la creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el sistema público de salud”. (Minsal; Op.cit., d: 67)

Por otra parte, se señala la necesidad de privilegiar aquellas formas de participación que corresponsabilicen a la comunidad en las decisiones de gestión, dándoles opción de determinar asignaciones de recursos o cambios de conducción de establecimientos., los servicios de salud pueden articular esta participación social, desde la óptica de la salud pública y del bienestar social. Entre estas estrategias, destacan la formalización de compromisos de acción conjunta con organizaciones comunitarias y la creación de instancias formales de participación de usuarios en los establecimientos de salud.

3.5 Promoción de la Salud: Estrategia comunitaria participativa

Desde la declaración de Alma Ata, se incorpora fuertemente la Promoción de la Salud como una estrategia válida y eficaz, que tiene un enfoque positivo de bienestar social orientado a mantener al individuo, a la comunidad y a la sociedad sana en ambientes saludables. Esta estrategia actúa sobre los condicionantes de la salud y sobre los factores de riesgo que llevan indefectiblemente a la enfermedad y al daño social. La Promoción de la

Salud, se hace con la gente en forma participativa e intersectorial, con acciones medioambientales y de desarrollo humano, con estrategias precisas de educación y comunicación social y con una red de servicios de salud adecuada a las necesidades de los tiempos e integrada a la red social.

En este sentido, el discurso oficial enfatiza la óptica sanitaria para aproximarse al tema de la participación. En el plano de las acciones, esto se traduce en tratar de influir en las relaciones sociales fomentando la solidaridad, la confianza, el buen trato, la recreación y la actividad física, evitando el consumo de tabaco, alcohol y drogas e incentivando la alimentación saludable y la formación de redes sociales de apoyo. “*Construir espacios saludables en la familia, en los lugares de trabajo y de educación, en los barrios y comunidades impulsando el autocuidado, la colaboración y responsabilidad colectiva*”. (Ibíd, d: 20)

A partir del año 2003, en el marco de la diferenciación de funciones entre Autoridad Sanitaria (a cargo de la definición de la macro política de salud pública, diseño y aplicación de marcos regulatorios, control y fiscalización) y Gestores de Red (a cargo de la gestión de las redes asistenciales para la provisión de servicios de salud) producto del avance en el proceso de instalación de la reforma, se definen líneas estratégicas para avanzar en la democratización de la información y conocimiento en salud, control social sobre la gestión, transparencia en la gestión pública de salud y corresponsabilidad en la manutención y control sobre la salud y la calidad de los servicios.

Se institucionalizan mecanismos de participación de usuarios, ya en desarrollo desde la década anterior, y se otorga carácter de exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención a través de la promulgación de leyes que otorgan un marco legal a la reforma sectorial inserta dentro del proceso de reforma del plan AUGE. La gestión participativa y la innovación en gestión y ciudadanía constituyen un desafío en la implementación y un avance del proceso de reforma de la salud.

Segunda Parte

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO IV

REFORMAS DEL SECTOR SALUD

A continuación se realizará una breve descripción de las reformas al sector salud, desde los años cincuenta hasta las realizadas en la actualidad por los Gobiernos de la Concertación los últimos quince años. Junto con lo anterior, describiremos los aspectos más relevantes del proceso de municipalización de la salud.

4.1 Reforma de salud en la década del 50

El sector salud se consolida a partir de 1952, con la primera Reforma, la cual es la culminación de un proceso continuo y de gran sustento político y científico. La legislación daba cuenta de un cambio en la visión de la salud, cuestión que se basaba en una concepción social y humanitaria de la medicina. Ya no sólo se consideraba la labor médica como asistencial y curativa, sino como preventiva. Para esto último era también de importancia la integración y participación de la comunidad para evitar enfermedades, es decir, la democratización de la salud y de la sociedad estaba en juego.

Dicho proceso se puede caracterizar por: una idea de organización que comienza con la visión de salud que tenía Salvador Allende, el cual presentó un modelo de atención con la idea de que fuera universal, integral, solidario y de organización estatal. “*Con la ley N°10.383 estructuralmente nace el Sistema Nacional de Salud*” (OPS; Op.cit.,a: 20), en esta nueva organización se fusionaron más de quince Instituciones dispersas del sector público, más los hospitales de la beneficencia y organismos privados subsidiados que manejaban casi toda la infraestructura disponible, esta es una Reforma de integración, de desarrollo, de colaboración entre la asistencia y la docencia e investigación muy de acuerdo con la facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincia se hizo de la mano de una solución compartida entre el Servicio Nacional de Salud y la Facultad de Medicina, donde se genera el ciclo de destinación, es decir,

nombramiento de Médicos generales de zona y residencia de especialidades, en el marco de una armónica y productiva relación docente asistencial.

El concepto técnico fundamental del Servicio Nacional de Salud fue la integración de las acciones dirigidas a la protección, fomento y recuperación de la salud, a estas acciones se les denominó acciones sanitarias, acciones de asistencia social y atención médica preventiva y curativa, más tarde se completo el concepto agregando la asistencia médica, el carácter de rehabilitativa se establece para darle mayor amplitud y concordancia con las necesidades de las personas.

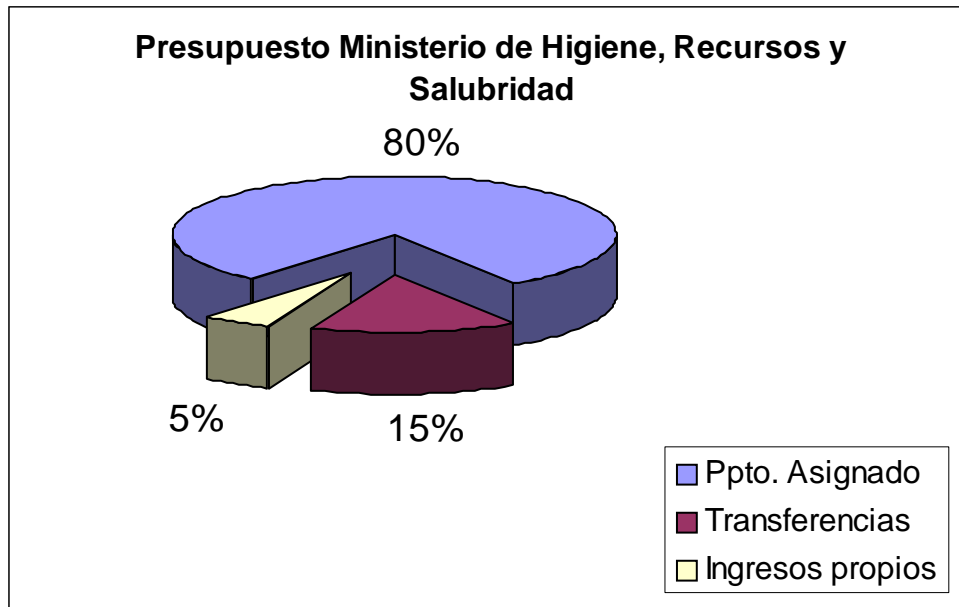
Una vez establecido el Servicio Nacional de Salud siempre en medio de crisis y de críticas se gana el compromiso y la identificación de los Médicos que entregan su generoso aporte y se identifican con éste. Progresivamente se van desarrollando instrumentos de extensión de cobertura y de capacidad de intervención sobre problemas importantes sobre el caso de la madre y el hijo. Así nacen los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, de vacunaciones ampliadas, de control y atención del embarazo, parto y otros. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias, se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales tipo cuatro o rurales.

La debilidad de este sistema se dio en su mecanismo de financiamiento, que de acuerdo a la Ley N° 10.235 el presupuesto asignado fue de \$ 2.848.399.494 que correspondía al 80%, el 15% transferencia del seguro social y el 5% entradas propias por servicio y renta de sus bienes, con lo cual podemos concluir que los aportes recibidos por el servicio permanentemente estaban muy debajo de las necesidades mínimas de un servicio de su magnitud, cuya función es nada menos que dar salud a toda la población, todo esto provocado por una dramática inflación sufrida en esos años.

En resumen, se puede destacar que la creación del Servicio Nacional de Salud en esos años trajo enormes expectativas y acuerdos de todos los grupos políticos, sin embargo esta

Reforma demostró sus falencias en la medida en que se fue implementando su programa, el cual no coincidía con las necesidades de la realidad chilena.

GRAFICO N° 1



Fuente: elaborado a partir de la “Ley de Presupuesto del año 1952”

Con el advenimiento de la dictadura militar y su concepción de economía social de libre mercado, aborta toda y cualquier iniciativa progresista que se conquistó durante regímenes anteriores, dejando la salud para una segunda fase, cambiando completamente la estructura de ésta, tomando un rol de privatizador y descentralizador de Servicios.

4.2 Reforma de salud en la década del 80

A partir de 1973 se realizan reformas sociales específicamente en el ámbito de la salud, estas reformas están marcadas por una política descentralizadora y subsidiaria, la cual se realizó a través de un proceso de privatización en la atención de la salud, cuyos objetivos planteados para establecer la política de salud estuvieron basadas en:

- a) Lograr una mayor esperanza de vida de los habitantes del país, haciendo mínimas las diferencias entre la esperanza media de los diferentes estratos sociales que componen la población, aumentando en los sectores de menores ingresos.
- b) Maximizar el bienestar físico y mental de los chilenos durante toda su vida desde el momento del nacimiento hasta la muerte.
- c) Garantizar la igualdad de oportunidades entre todos los chilenos, tanto en el acceso a la medicina, como al desarrollo físico y mental que le permita participar normalmente en la vida nacional.
- d) Continuar con la reducción de la tasa de mortalidad infantil y acabar con la desnutrición infantil.
- e) Garantizar el acceso a la medicina curativa y rehabilitadora a todos los chilenos que la necesiten, con igualdad de condiciones.
- f) Incorporar a programas de control de sanos a toda la población menor de 18 años en situación de extrema pobreza.
- g) Incorporar en programas de control y atención de preparto, parto y posparto a todas las embarazadas, parturientas y puérperas.
- h) Maximizar la acción preventiva, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, incorporando al menos, al total de la población extremadamente pobre; desarrollar a su vez programas de control, fomento y educación familiar para la salud.
- i) Maximizar la calidad de la medicina curativa y rehabilitadora.
- j) Lograr un emplazamiento de los recursos físicos de salud que corresponden a la distribución territorial de la población y a la ubicación de los sectores de menores ingresos.

k) Terminar con las enfermedades transmisibles erradicables.

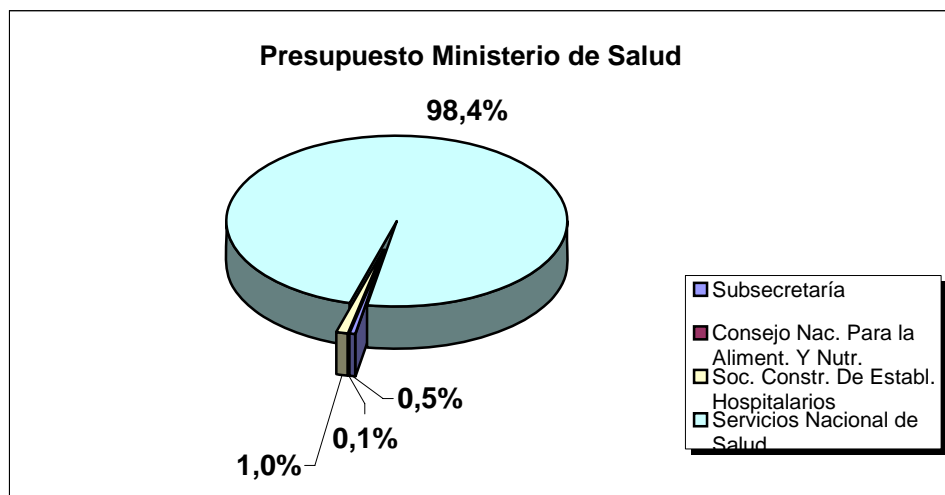
l) Lograr condiciones sanitarias mínimas aceptables, adaptadas tanto a la realidad urbana como a la rural.

Con el Decreto Ley (DL) N° 2763 de 1979 se dio inicio al proceso de descentralización administrativa, fusionando el SNS y el SERMENA, lo que dio origen al actual Sistema Nacional de Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento, Instituto de Salud Pública, organismos estatales funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio. Además, en el año 1980 a través del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 1-3.663, DL 3.477 y DL 3.529, se comenzó el proceso de municipalización, donde se traspasan a la administración municipal los consultorios de atención primaria.

En el año 1981 por DFL N° 3, se crean las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES), entidades privadas que permiten a cada individuo elegir libremente su afiliación al sistema público o privado. Estas instituciones eran fiscalizadas por el Fondo Nacional de Salud, el que controlaba el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley.

En el régimen militar, al Ministerio de Salud Pública, por DL. N° 3.000 del presupuesto de la nación, se le asignan MM \$ 15.320.669, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: Subsecretaría de Salud \$ 74.424 (0,49%), Servicio Nacional de Salud \$ 15.090.707 (98%), Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios \$ 135.274 (1%) y Consejo Nacional para la Alimentación y nutrición \$ 20.264 (0,13%).

GRAFICO N° 2



Fuente: Elaborado a partir de la “Ley de presupuesto año 1980”.

El sector público debía tomar a su cargo aquellas actividades que tuvieran un beneficio social claro y que no fueran de interés para el sector privado (principio de subsidiaridad del Estado).

Las Reformas hechas por la dictadura militar consistieron en:

- La creación de Fonasa, encargada de reunir todos los ingresos para el sector salud, provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones obligatorias, y de distribuir los montos o pagar a los proveedores de los servicios.
- La adecuación del rol del Ministerio de Salud como agente encargado de evaluar, supervisar, normar y formular políticas.
- La creación de 26 Servicios de Salud, con la responsabilidad de proporcionar servicios preventivos y curativos en áreas geográficas determinadas.

- La transferencia de responsabilidades por concepto de servicios e infraestructura de salud primaria a las Municipalidades, como parte de un cambio que comienza en 1981 y es completado en 1988. Con esta Reforma se pretendía promover la participación del sector privado en la salud primaria.

- La creación de Isapres como una alternativa a Fonasa, en la administración de las cotizaciones obligatorias para salud. Esta Reforma posibilitó la participación del sector privado en la administración del financiamiento de salud y en el desarrollo de sistemas de atención médica privada.

Con el propósito de contribuir a la descentralización se conformo un nivel operativo, en el subsistema público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) conformado por 26 entidades denominadas Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, consultorios adosados y una red de establecimientos de atención primaria, en su mayoría de administración municipal. Estos son definidos como:

“Organismos Estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia del mismo en su funcionamiento, y cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades”. (www.minsal.cl/biblioteca/default.html)

A los Servicios de Salud les corresponderá ejecutar coordinadamente acciones integradas de fomento, promoción y protección relativa a las personas y al ambiente y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Además estos servicios, a través de postas rurales, consultorios generales y hospitales deberán desarrollar funciones asistenciales y sobre el ambiente en la atención de las necesidades de salud de la población en la forma prevista por la normativa vigente.

4.3 Proceso de Municipalización de la Salud

La llamada Municipalización de la salud fue un proceso gradual, pero de alto impacto, porque involucraba a un gran número de trabajadores, estructuras organizativas y recursos. Además del gran número de población involucrada y lo urgente de sus demandas por salud, hay que agregar que la atención primaria constituye el eslabón más cercano y directo de los usuarios de la salud pública, ésta tendría como base que los servicios son centros de participación social, por lo tanto es una instancia donde éstos pueden plantear los temas de salud y lograr el ejercicio del control social por la comunidad en la atención y cuidado de su salud.

La descentralización y separación de funciones, es una reforma muy discutida en los ambientes médicos y de salud pública, al igual que aquella de la municipalización de la atención primaria de salud, cuyo fundamento sería organizar los Servicios de Salud para ofrecer mayor cobertura universal a toda la población. A nivel de salud primaria también se reestructura y se ve cristalizado en un proceso de descentralización de la salud, es decir, un *“proceso de municipalización de la salud este se produjo en un momento en que las decisiones eran tomadas por un sector de la sociedad con un poder importante y sin contrapeso, poder inspirado en la Escuela de Chicago”*. (Palma, 1995:33)

Hasta ese momento el Sistema de Salud era nacional, unitario, centralizado desde el punto de vista político y normativo, con la ejecución de las actividades a cargo de los diferentes tipos de establecimientos.

Este traspaso de los establecimientos, se realizó en un período especial de la historia del país, en que las libertades públicas y privadas se encontraban coartadas. Esto determinó que este proceso significará una acción no consultada y resistida por el sector de salud. Los objetivos que justificarán la transferencia de la salud a los municipios por parte del gobierno militar fueron:

- a) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud llevándolas en el ámbito comunal, es decir, facilitar una administración descentralizada, atendiendo a las características y diversidad de cada comuna (acercar la toma de decisiones al nivel local);
- b) Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS (flexibilizar la gestión del recurso humano);
- c) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- d) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura (movilizar recursos provenientes del sector municipal);
- e) 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, saneamiento ambiental, etc.

En el período 1981-1982, fueron municipalizados aproximadamente 360 establecimientos del nivel primario (consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales y postas rurales). Estos primeros traspasos se realizaron como un plan piloto que sólo abarcó establecimientos de nivel primario y excluyó, por su complejidad y área geográfica de acción mayor a una comuna, a los hospitales, servicios de urgencia, consultorios de especialidades y consultorios de gran tamaño (sobre 100.000 usuarios). Posteriormente se continuó en este mismo esquema, no traspasándose otros tipos de establecimientos.

Después de esta primera etapa de traspasos, el proceso fue detenido hasta 1987. Las razones de esta interrupción no están claras. Lo que sí está claro es que hubo fuertes presiones por parte del Colegio Médico por un lado, y de las autoridades de salud, por el otro, para detener el proceso, que fue considerado por los profesionales del sector como una destrucción del Sistema Nacional de Salud, junto con esto se produce la fragmentación del sector público de salud y se concreta el traspaso de la administración de la mayor parte de establecimientos del nivel primario a las municipalidades.

Desde el traspaso de los establecimientos y la responsabilidad del primer nivel de atención del Sistema Público de Salud (SPS) a los municipios, efectuados entre 1981-1988, se evidenciaron serios problemas de coordinación (pérdida del status de funcionarios públicos del personal; falencias de los centros de salud: desorganización de los registros de información epidemiológica; grave congestión de la atención, etc.) entre los establecimientos municipales de atención primaria y los que se mantienen bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Con la privatización del Sistema Previsional, el sector salud quedó libre para que se introdujeran *“reformas estructurales totalmente opuestas a los rumbos anteriores, institucionalizándose el principio “Inequidad” como fenómeno “natural” que solamente la libre competencia y el esfuerzo individual pueden corregir”*. (OPS; Op.cit., a: 45)

A partir de los noventa, los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia han asumido una responsabilidad gubernamental que ha consistido principalmente en la administración del Sistema de Salud heredado sobre todo en lo que se refiere a la Ley de salud, financiamiento fiscal al sistema público, la configuración legal normativa del SNSS, del modo de administración municipal, la legislación de Isapres, entre otros.

4.4 Reforma de salud de los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia

A comienzos de los años noventa con los Gobiernos de la Concertación, se inicia una nueva etapa en la historia del Sistema de Salud Chileno caracterizado por una clara señal de recuperación del sector público de salud con importantes incrementos presupuestarios, recursos humanos, inversión y remuneración del personal, para luego entrar en un proceso de definición de bases técnicas de reformas, cambios y transformaciones de nuestro actual Sistema de Salud.

Desde el Ministerio de Salud, se comienza a dar vida a un proceso de Reforma de Salud con la Ley N° 19.937, la cual modifica el DL 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer

una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, cuyo objetivo central es promover la equidad y calidad en el acceso a la atención de salud, lo anterior, en general es gran parte de los esfuerzos realizados en materia de salud. Durante el periodo ha sido destinado a administrar, con algunas reformas el modelo heredado al Régimen Militar. A pesar de la mantención del sistema de salud, el Gobierno Democrático crea en el año noventa el organismo que regula y fiscaliza la actividad de esta institución en beneficio de sus usuarios. Con la Ley N° 18.993 se crea la Superintendencia de ISAPRES.

La Reforma de Salud, se presentó en su momento como un desafío para el tercer Gobierno de la concertación dirigido por el Presidente Ricardo Lagos, y para el Ministerio de Salud, el cual pretendía mejorar de manera importante la equidad en el acceso y oportunidad de la atención para los más necesitados y elevar los estándares de calidad y resolubilidad del Sistema de Salud.

“La lógica del diseño de esta reforma consiste en identificar y priorizar sanitariamente las principales condiciones de salud que afectan a la población. Los principios que la fundamentan son: Equidad, Solidaridad, Participación Social, Efectividad y Eficiencia”. (Ibíd., a: 78)

Al ser la salud un bien social, es el Estado y no el mercado, quien debe fijar lo que hay que hacer en este ámbito, es decir, es obligación del Estado fijar las políticas públicas en salud, a las que estén subordinados todos los actores estatales, municipales y privados. Pero para ello, el Estado debe tener las potestades que le permitan ejercer las funciones esenciales de salud pública para que efectivamente se cumplan.

En los años noventa, la situación se presenta con una estructura de Sistema de Salud desarticulada, produciéndose una gran brecha entre el Servicio de Salud Pública y la Atención Primaria Municipalizada, para poder reducir esta brecha se crearon diversos proyectos cuyo objetivo sería ir resolviendo las inequidades e ineficiencias en la salud Municipal, proyectos destinados a alcanzar la gratuidad total en salud al nivel de Atención

Primaria; alcanzar la descentralización del Sistema de Salud; capacitar al equipo de salud y obtener la coordinación e integración de la Atención Primaria en la red de servicios públicos de salud.

Con la formulación de la Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria en la que se establecieron las normas laborales, administrativas, de coordinación y racionalización financiera y de estímulo progresivo al aporte municipal.

A partir de un estudio realizado en el año noventa y siete sobre la evaluación de la atención primaria: Si bien las remuneraciones han mejorado esto no ha significado que los Médicos u otros profesionales de la salud quieran reclutarse en la Atención Primaria de salud. Se puede señalar que a partir de 1990 se han promovido iniciativas para establecer leyes que resguarden los derechos de los pacientes, si bien es cierto Chile ya contaba con una carta que garantizaba los derechos de los pacientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Dentro de los proyectos de ley de esta gran reforma están: derechos y deberes de las personas; plan de salud (AUGE); modificación estructural del Ministerio de Salud y Organismos Dependientes; Modificación de Seguros Privados (ISAPRES) y financiamiento el aumento del gasto fiscal. De todos estos proyectos, pondremos énfasis en la modificación estructural del Ministerio de Salud y Organismos Dependientes, específicamente en lo que se refiere al Modelo de Atención Primaria de Salud propuesto en dicho proyectos de ley.

El Ministerio a partir del año 2000, se plantea Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, la cual será la primera piedra y orientará la construcción de todas las propuestas de reforma, poniendo la salud de la población y sus necesidades de atención como el pilar fundamental del proceso.

“La formulación de objetivos nacionales de salud es un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud... ya que la fijación de objetivos claros, medibles y practicables, permiten los grandes avances en la salud de la población. En el marco de la Reforma, estos

objetivos son el referente principal para establecer prioridades definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población” (Minsal, Op.cit., e: 8).

Los objetivos planteados para establecer la política de salud para el decenio son los siguientes:

Mejorar los logros sanitarios alcanzados: Una de las metas en este sentido, es continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna. En ello se plasma el esfuerzo de la sociedad en múltiples áreas: educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programa de inmunización, programa de alimentación complementaria, programa de salud especial para las mujeres, niños y atención profesional del parto, avances científicos y tecnológicos. Durante los próximos 10 años, se deben consolidar los esfuerzos realizados para controlar las enfermedades prevenibles por vacunas; resolver los vacíos de cobertura de vacunación; incluir vacunas nuevas, de eficacia y seguridad probadas. Otro de los grandes logros sanitarios ha sido el descenso de la incidencia y mortalidad por tuberculosis.

En Chile, el programa de control de esta enfermedad garantiza a los chilenos desde la vacunación, la detección precoz hasta el tratamiento, lo cual ha permitido situar a Chile en el umbral de la eliminación de esta enfermedad. La meta es llegar a la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública.

Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad: La población chilena ha experimentado un proceso de transición demográfica, caracterizado por un descenso importante de la fecundidad y de la mortalidad en todas las edades. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 58 años en el período 1960-65 a 75 años para 1995-2000; es decir, las personas viven en promedio 17 años más en el año 2000 que en el año 1965, a esto se suman grandes cambios en otros ámbitos como el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio, cambios culturales y cambios en los estilos de vida. Todo esto implica una situación distinta a la de 50 años atrás: aumento de las enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, los accidentes, aparición de enfermedades nuevas.

Para ello, las metas de los próximos diez años se centrarán en: controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida; enfermedades que generen mayor carga de mortalidad; problemas de salud que no matan, pero disminuyen la calidad de vida de la población, generando discapacidad, dolor y angustia.

Disminuir las desigualdades en salud: Esto involucra el esfuerzo de toda la sociedad, desde el punto de vista sectorial, además de contribuir a este esfuerzo global. Las estrategias específicas consideran la focalización de las acciones del sector en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causas de morbimortalidad, y garantizando el acceso y la oportunidad de la atención para estos grupos.

Proveer servicios acordes a las expectativas de la población: Esto aborda el desempeño del sistema de salud en relación a la satisfacción de las expectativas poblacionales sobre los aspectos no médicos de la atención. Además, se agrega como objetivo de desarrollo, mejorar la calidad técnica de la atención de salud. Se pretende aumentar la valoración social del sistema de salud. Para ello, se establecerán metas en tres ámbitos: justicia financiera, procurar que todas las personas tengan acceso, que la situación económica no sea un obstáculo; las expectativas de la población se refiere a aspectos relacionados con derechos del paciente, la orientación al usuario; la calidad de la atención, es decir la aplicación de la técnica y tecnología médica para su máximo beneficio y menor costo de riesgo.

Desde diciembre del 2001, se producen cambios de autoridades en el Ministerio de Salud poniendo en discusión cinco proyectos de ley entre los cuales el principal proyecto, tiene que ver con la provisión de acceso universal con garantías explícitas, conocida como Plan Auge.

El Plan Auge, es un instrumento privilegiado para hacer realidad el derecho a la salud, que es definido como un bien social, esta herramienta de equidad se enmarca en lo más esencial de las bases conceptuales y éticas de la salud pública que han caracterizado los esfuerzos

chilenos de priorizar racionalmente el uso de los recursos, dirigiéndolos hacia aquellos problemas que más dañan la salud de la población y particularmente a los más necesitados, el propósito y el compromiso de esta Reforma es hacer realidad el derecho a la salud, estableciendo el acceso universal a las acciones prioritarias, con garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

El Plan Auge, busca fortalecer la regulación sanitaria al explicitar las condiciones en que las personas pudieran acceder a los Servicios de atención y contribuirá, también a una mayor efectividad del gasto en salud, a través del reordenamiento sectorial de las prestaciones de Servicio y del cambio del Modelo de Atención.

El plan otorga prioridad a las acciones que fomenten y promuevan la salud de las personas y todas aquellas intervenciones necesarias para resolver de manera eficaz los principales problemas sanitarios que afectan a la población, para esto utilizan a la atención primaria como su estrategia principal.

El Plan Auge, cuyo cumplimiento constituye una obligación para las instituciones administradoras, lo que será debidamente fiscalizado por la autoridad sanitaria, contempla garantías diferenciadas en ámbitos tales, como:

Acceso, se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud y a la forma de entrar a una red de Servicios de Salud. Cada administrador del Plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los prestadores de Servicio de Atención de Salud.

Oportunidad, se refiere al tiempo máximo para la entrega de prestaciones cubiertas del plan. Se podrán distinguir garantías de tiempo de atención en dos ámbitos: para la primera atención y para la atención cuando ya existe diagnóstico. Ambos tipos de garantías serán explícitas, por prestación y/o acciones o agrupaciones de estas.

Calidad, implica recibir prestaciones y acciones que cumplan un conjunto de atributos técnicos que aumentan la probabilidad de obtener la resolución del problema y los resultados esperados, incluyendo la mayor satisfacción de los usuarios. El Plan contempla, criterios de calidad estandarizados.

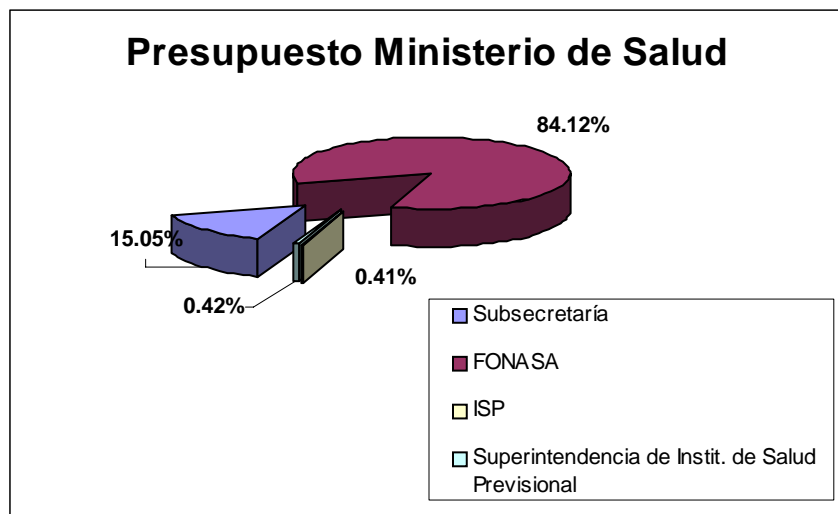
Protección Financiera, con esta protección se pretende que el pago no sea obstáculo para el acceso a los servicios, ni que el trabajador y su familia caigan en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto en salud.

El Ministerio de Salud, con sus organismos descentralizados es responsable de hacer exigible el plan de salud de las personas de todo el sector salud (público y privado). Este mismo es responsable de formular, evaluar y actualizar el plan Auge. Para esto existirá un consejo del Plan que otorgue las máximas garantías a todos los actores regulados y en especial a los usuarios. El Ministerio junto con otro organismo competente en forma regular y sistemática revisará y adecuará su contenido e informará un valor referencial del plan.

(http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/edic/base/port/auge.html)

Nuestro país, requiere de una salud cercana a las personas que los proteja y mejore su enfermedad, pero todo ello está sujeto a las capacidades y recursos disponibles del país. Por lo tanto, al Ministerio de Salud se le ha asignado, de acuerdo a la Ley N°19.986 del año 2005, MM \$ 831.220.119, todo esto a partir de la publicación de la Ley N° 19.937 del año 2004 sobre Autoridad Sanitaria, la cual regirá la política de salud del país.

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaborado a partir de la “Ley Presupuesto año 2005”.

Por lo tanto, las Reformas en Salud buscan reducir las desigualdades existentes, otorgando un nivel de protección común y explícito a toda la población. Un país sano es un país que goza de una condición inmejorable para su desarrollo. La salud contribuye a mejorar el capital social y por tanto, fortalece nuestra capacidad para enfrentar los continuos cambios y adaptaciones que exige el mundo actual. Es por ello, que las transformaciones en salud además de una necesidad de las personas son una necesidad para el país, en relación a su desarrollo, sustentabilidad y cohesión social, la salud es, entonces, un instrumento para su desarrollo y no su consecuencia.

CAPITULO V

MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD

A continuación se presentarán las nociones para comprender este nuevo modelo de atención, desde los ejes del modelo de atención de la década de los cincuenta hasta los ejes del modelo utilizados por los Gobiernos de la Concertación, luego se describirán las características de los Centros de Salud Familiar investigados, es decir, los programas que se aplican, las principales problemáticas enfrentadas, etc., para finalizar con una descripción de los Consejos de Desarrollo local y la política institucional que los sustenta.

5.1 Nociones para el Nuevo Modelo de Atención

El principio de descentralización constituye uno de los pilares en los cambios de los sistemas de salud, tanto en Chile como en otros países. Este principio busca el fortalecimiento del sector público de salud con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, eficiencia en su gestión, calidad en sus acciones y una importante participación social.

Por lo tanto, el Modelo de Atención de Salud no se puede explicar adecuadamente si se considera sólo como un elemento de la institucionalidad de la salud pública. La articulación entre el Sistema Institucional y el doméstico en salud es una clave sociológica para comprender el funcionamiento del Modelo de Atención, estos sistemas interactúan y se distribuyen tareas de fomento para la protección de la salud, así como de atención de la enfermedad.

Una de las expresiones de este principio es la voluntad del Gobierno de Chile por descentralizar las decisiones de inversión. En este contexto el Ministerio de Salud (Op.cit., f:18) ha impulsado los estudios de Red Asistencial que constituye un instrumento que, *“busca fortalecer la estrategia de descentralización, al entregar a los equipos regionales herramientas metodológicas que ayudan a desarrollar una planificación descentralizada, coherente y eficaz de las inversiones en salud.”*

De este modo, la realización de este estudio de Red Asistencial en Salud, permite a la región contar con una carta de navegación que orienta el desarrollo sectorial y la cartera de inversiones requerida. El estudio mismo es un análisis del sistema público de salud regional de su capacidad de oferta y capacidad de hacer frente a las demandas actuales y aquellas que se proyectan en una perspectiva de mediano plazo.

El Estudio de Redes Asistenciales en salud se desarrolla en torno a cinco componentes temáticos: Población y producción, recursos humanos, recursos financieros, infraestructura y equipamiento y modelo de atención.

En el contexto de la Reforma, es necesario situarnos en las tendencias de cambios de Modelo de Atención, reconociendo por una parte el proceso de Modernización del Estado que se ha ido llevando ya hace varios años, estos cambios que han sido utilizados como argumento central de la Reforma son parte de la realidad chilena y justifican los planteamientos para dejar atrás un enfoque inminentemente curativo, y para aplicar una nueva perspectiva que incorpore en forma relevante lo promocional de la salud y lo preventivo de la enfermedad, combinándolos adecuadamente con la reparación de los daños.

Por otra parte, el reconocimiento de la nueva situación de salud del país, este cambio respondería a una adecuación de las políticas e instituciones de salud a la nueva situación epidemiológica y sociodemográfica de la población que irían unidas al desarrollo social y económico del último tiempo. Entre los principales cambios está la drástica reducción de la mortalidad materna e infantil, y de las enfermedades infectocontagiosas a nivel nacional, aún cuando persisten bolsones que mantienen estos indicadores en rangos altos. Así mismo, se registra un envejecimiento de la población, con una franja creciente ubicada en la adultez mayor. A eso, se agrega la gran transformación tecnológica que por una parte contribuye con sus efectos deseables al abordaje de los problemas de salud; pero por otra, determina una ascendente espiral de costos de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Cambian, además, las determinantes de la salud, emergen patologías como:

- Obesidad, Stress, Tabaquismo, Depresión.

Por lo tanto, se han modificado el orden de las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y enfermedades respiratorias crónicas).

Los Modelos de Atención es la manera de cómo se enfrenta la salud de las personas a partir de la organización de los recursos para satisfacer las demandas de la población, lo que buscan es,

“satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto de mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual y garantizar su estado de salud futuro, esto a través del logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones”. (Ibíd., f: 32)

Los modelos de atención establecen principios ordenadores de la actividad asistencial, establece relaciones que constituyen, en conjunto, el proceso de atención de salud y este se apoya en una estructura organizacional que permitiría la coordinación del conjunto de establecimientos que constituyen la infraestructura sanitaria del país.

5.2 Ejes del modelo de salud de la década del 50

En este período la Reforma estuvo enmarcada con una estrategia de acción cerca de la comunidad, hacia los sectores rurales y de provincias esto, se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales rurales.

Este modelo de atención es un modelo nacional, universal, integral, solidario y de organización estatal: (Minsal; Op.cit., e: 26)

Nacional: significa que el Servicio se extiende a todo el país.

Universal: significa que todos los chilenos tienen el derecho atenderse en el Servicio.

Integral: significa que el Servicio atiende a los pacientes desde que nacen hasta que mueren, cualquiera sea su patología.

Solidario: significa que el Estado y la sociedad en su conjunto financian el sistema de salud, produciéndose una redistribución de los aportes entre los que ganan más y los que ganan menos a través de un fondo único.

Público: significa que el Estado se hace cargo de la Organización, el financiamiento, instalación de las distintas unidades de atención, la epidemiología, los planes y programas, etc.

Tradicionalmente, se han considerado tres niveles de Atención: primaria (elemental o básico); secundaria (intermedio) y terciaria (complejo).

La atención de las personas enfermas requiere que el sistema se organice en los niveles de atención mencionados, con mecanismos adecuados de referencia para la solución eficaz de los problemas de salud, de acuerdo al requerimiento de complejidad de cada uno.

La Atención Primaria que es su puerta de entrada al sistema de atención, localizándose aquí todo el esfuerzo preventivo y fomento de la salud, con un fuerte componente intersectorial, en el cual son atendidos por Médicos generales sin especialización y auxiliares paramédico, en los cuales se incluyen: Consultorio y SAPU.

El Nivel Secundario o de Especialidades, se constituye por la atención de especialistas, usualmente en consultorios adosados (CAE), a hospitales complejos, esencialmente centros de derivación donde se concentran recursos escasos del sistema (los especialistas), por ejemplo podemos mencionar el Instituto de Neurocirugía y el Instituto del Tórax (alta complejidad médica y baja cobertura), en cual son atendidos por equipos de salud conformados en torno a una especialidad básica, entre las cuales se incluyen los pediatras, médicos internistas, ginecólogos y obstetras, cirujanos y eventualmente se pueden encontrar odontólogos.

Nivel Terciario u Hospitalario, al que se recurre solo cuando la gravedad del cuadro o su complejidad requiere que el paciente esté en observación permanente o requiera una intervención mayor, se refiere a un nivel de especialidades específicas de atención, especialidad de apoyo asistencial, subespecialidades de medicina, subespecialidades de pediatría, subespecialidades de cirugías y subespecialidades de ginecología y obstetricia.

5.3 Ejes del modelo de salud de la década del 80

En el sector de Salud las reformas estuvieron enmarcadas por una política descentralizadora y subsidiaria, acompañada por un proceso de privatización de la salud.

Los principios que llevaron al régimen militar a reformar el sector salud:

- Concentrar los subsidios en los segmentos poblacionales más pobres. Igualdad de oportunidad y esfuerzos de los beneficiarios cuando esto así lo podían. Este concepto viene a ser un cambio con respecto a la concepción tradicional en el país en que el Estado era el responsable de proporcionar los servicios sociales a la totalidad de la población, sin una selección especial de los beneficiarios.

- Los beneficiarios de salud debían ser proporcionados por la entidad más cercana al usuario, como son los municipios y el sector privado, con o sin fines de lucro. El sector público y los ministerios deben asumir, por lo tanto un rol normativo, de control y supervisión de las actividades, y de financiador de las prestaciones.

- El financiamiento de los servicios de salud debía basarse en los servicios proporcionados y no en la asignación histórica. El gobierno definió así que tipo de prestaciones financiaría, de acuerdo a normas y criterios previamente determinados. *“Esto tenía por objeto introducir el principio de la competencia en la provisión de servicios sociales como una forma de aumentar la cantidad y calidad de los servicios entregados”*. (Minsal; Op.cit., e: 54)

5.4 Ejes de Modelo de salud de los Gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia

En el sector de Salud la reforma está enmarcada por una política de desarrollo y crecimiento con equidad, del cual nacen los principios orientadores de modelo de salud, los cuales se describen a continuación. (Ibíd, e: 5)

Equidad

Mejorar la igualdad de oportunidades de los chilenos, a través de discriminar en beneficio de los grupos que enfrentan dificultades de acceso a los bienes, que permiten satisfacer las necesidades básicas compatibles con una vida digna. En este marco, son los pobres los principales destinatarios de la acción del Estado, pero no se excluirá de esta acción a los grupos medios empobrecidos que vive una situación igualmente difícil.

Eficiencia Social

Aumentar la eficiencia de las políticas sociales, mejorando a la asignación de los recursos destinados a los programas sociales, los instrumentos de identificación de los beneficiarios y la medición de su cobertura con el fin de focalizar los programas en los grupos de alto riesgo.

Participación Social

La política social es también participativa, pues se nutre del conocimiento y del esfuerzo de la propia comunidad en la identificación y priorización de sus problemas, así como en la formulación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos destinados a enfrentarlos.

Respeto por la Dignidad de las Personas

El mejoramiento de la calidad de vida y en particular la reducción de la pobreza, debe realizarse a través de métodos adecuados, con la debida oportunidad, en un ambiente apropiado y respetando la dignidad de las personas.

Solidaridad

La política social está encaminada a crear oportunidades para que todos los chilenos puedan participar eficiente y creativamente en el esfuerzo de desarrollar el país, de sentirse coautores de esta tarea común, haciéndose responsable de su situación, contribuyendo en forma solidaria al bien común y participando de los beneficios.

Durante el siglo XX, la salud de los chilenos ha mejorado considerablemente, producto de los avances en las condiciones de vida, como de la implementación de políticas de salud pública de gran impacto poblacional.

Como ya mencionamos en párrafos anteriores, el modelo de atención en salud se definió cómo la manera de enfrentar la salud de las personas a partir de la organización de los recursos para satisfacer las demandas de la población, por lo tanto, podemos decir que cada época ha tenido su modelo, de acuerdo a sus propias necesidades de salud pública, lo cual para bien o para mal les ha servido de guía para enfrentar los desafíos que impone el sector salud.

El cambio en el Modelo de Atención aparece como uno de los ejes centrales de la Reforma de Chile, porque en éste se traducen las orientaciones centrales del Sistema Institucional del país, su concepto de salud y de cómo garantizar su cuidado.

En definitiva, la Reforma debe implementar un Modelo de atención y cuidados integrales, sustentado en una perspectiva biopsicosocial del ser humano y su medio,

“...caracterizado por un enfoque individual, familiar, laboral y comunitario, que integre lo promocional, lo preventivo y lo curativo, lo somático y lo psíquico, lo individual y lo social, y cuya calidad técnica y humana sea la más elevada posible, de acuerdo al nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico disponible y sustentable por el país, así como el respeto irrestricto por la dignidad de las personas.”(Minsal; Op.cit., c: 15)

5.5 Características de las Instituciones

En una primera parte y a manera de introducción, se expondrán los antecedentes generales del territorio en donde se encuentran ubicados los Centros de Salud Familiar del presente estudio, posteriormente se caracterizarán éstos, para terminar con una descripción respecto de los Consejos de Desarrollo Local de Salud.

5.5.1 Antecedentes del Territorio en donde se encuentran ubicados los Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa De Los Andes

CUADRO N° 1
DATOS GEOGRÁFICOS Y CENSALES

Superficie comunal en km ²	10
Habitantes por km ²	10.064,43
Población comunal	97.625
Población masculina	46.708
Población femenina	50.917
Porcentaje de población rural	0,00%
Porcentaje de población urbana	100,00%
Porcentaje de población comunal en la región	1,61%

Fuente: INE, Censo 2002 (2007b).

En el presente cuadro podemos ver la cantidad de habitantes de la comuna de San Joaquín, la relación entre hombres y mujeres y el porcentaje de población urbana v/s la rural.

Antecedentes de Salud de la Comuna de San Joaquín en relación a Nivel Nacional

CUADRO N° 2
SALUD MUNICIPAL

	Comunal	Nacional
Administra servicio de salud primaria	Sí	---
Tipo de administración del sistema de salud	Corporación	---
Población inscrita validada por Fonasa	73.362	9.368.299
Número de consultorios (Cesfam)	3	429
Número de postas rurales	0	1.121
Transferencia municipal a salud/ total ingresos salud	23,95%	23,17%
Transferencias a salud / ingresos propios	3,13%	8,26%

Fuente: INE Censo 2002 (2007a).

Aquí podemos ver que más del 70% de la comuna de San Joaquín se encuentra inscrita en Fonasa y en ese mismo sentido el cuadro nos muestra que existen tres consultorios en la comuna.

Pobreza a nivel comunal en relación a nivel nacional

CUADRO N° 3
POBREZA COMUNAL

	N° de personas	% comunal	% Nacional
Número de personas pobres, no indigentes	11.285	12,03%	17,30%
Número de personas indigentes	1.929	2,06%	6,43%

Fuente: INE, Censo 2002 (2007b).

En relación a la pobreza comunal, vemos que un 12% de la población de la comuna está dentro del rango pobre y más del 2% son indigentes, lo que demuestra que la comuna de San Joaquín es una de las más pobres de la Región Metropolitana.

Límites geográficos de la comuna:

Al Norte limita con la comuna de Santiago: Av. Santa María

Al Sur limita con la comuna de La Granja: Av. Lo Ovalle

Al Oeste limita con la comuna de San Miguel: Av. Santa Rosa

Al Este con limita con la comuna de Macul: Av. Vicuña Mackenna.

5.5.2 Centro de Salud Familiar “Dr. Arturo Baeza Goñi”

El Cefam Dr. Arturo Baeza Goñi, se estableció como Centro de Salud Familiar en el año 2002, por decreto del Minsal, aunque como consultorio funcionaba desde 1958 emplazado en donde hoy se encuentra el sector Legua Emergencia donde funcionó hasta el año 1998, la creación de dicho consultorio se estableció dentro del marco de la reforma de la salud de la década 50, en donde en la temática de la salud primaria se consideró como eje las políticas de integración a los servicios de salud a la población mediante programas dirigidos a la higiene.

Durante los 30 años que funcionó físicamente el antiguo consultorio, no se desarrollaron cambios en lo referente a la infraestructura, lo que asociado con el atochamiento de usuarios y la demanda de una atención digna, junto con la complejidad que comenzó a tener el sector donde se encontraba emplazado el consultorio (sector Legua Emergencia) genera la propuesta de ampliar el centro de salud lo que se posterga en pos del traslado del centro de salud lo que ocurre en el año 1998 a las dependencias refaccionadas de un colegio ubicado en calle Álvarez de Toledo 339, esquina Toro Zambrano. Es luego de este traslado, que comienza paulatinamente la transformación a Cefam de acuerdo con la reforma a la salud primaria que se implementa desde 1998.

En cuanto al personal de planta que se desempeña en el Centro de Salud, actualmente es de 45 personas entre profesionales y funcionarios, además de ello una de las características del Cefam es la presencia de médicos en pasantías de Medicina Familiar, alumnos en práctica relacionados a la temática de salud y al área social, por el contrario se da lo que se denomina en salud una alta rotación de profesionales, lo que conlleva a una lentitud en el cumplimiento de alguna de los objetivos propuestos en los compromisos de gestión.

5.5.3 Centro de Salud Familiar “Sor Teresa de Los Andes”

El Cefam Sor Teresa de los Andes fue construido en el año 1987, en su primer período fue dependiente de la Municipalidad de San Miguel, sin embargo, con la posterior reestructuración administrativa y creación de la comuna de San Joaquín pasó a depender de dicha municipalidad, actualmente se encuentra ubicado en calle Gustavo Campaña 5380.

Comienza a funcionar como Cefam el año 2004, actualmente tiene una población inscrita de 31.000 personas, en cuanto a su sectorización, ésta comprende 5 sectores de los cuales 4 atienden una población aproximada de 5.000 personas inscritas por sector, mientras el quinto sector atiende una población de 6.000 personas, este último sector corresponde a la atención que se brinda por medio del S.A.P.U que funciona en las dependencias del Cefam, y que funciona todos los días desde las 19:00 horas hasta las 23:30.

En relación al personal, éste en su mayoría corresponde al mismo que trabajaba desde la construcción del consultorio en el año 1987, esto se debe a que el personal que comenzó con el consultorio entro con contrato de planta, siendo este Cefam una excepción en cuanto a la rotación de personal que sufren la mayoría de los servicios de salud primaria de la comuna. Actualmente cuenta con una planta de 90 funcionarios.

5.5.4 Programas que se implementan

Los programas de salud que implementan ambos Cefam dependen, por una parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur (S.S.M.S) directamente relacionados con los lineamientos del Minsal y del Plan AUGE, y por otra parte de las políticas comunales de salud, en este caso de la comuna de San Joaquín, dependiente de los programas de salud comunal, lo que implica que la mayor parte de los programas desarrollados tanto en el Cefam Baeza Goñi, como en el Cefam Sor Teresa sean los mismos, ya que estos planes tienden a ser transversales en su propuesta, radicando su diferencia en la implementación práctica de los mismos.

5.5.5 Principales Problemáticas Abordadas

En este sentido, los Centros de Salud Familiar de la Comuna de San Joaquín abordan aquellas problemáticas que aquejan en general a la población de escasos recursos y que se relacionan con el ámbito social y psicológico de los sujetos de atención. De este modo la intervención está dirigida a la atención, promoción, tratamiento y rehabilitación de los sujetos, a través de un trabajo sectorizado y multidisciplinario.

Desde esta premisa, se abordan todas aquellas situaciones-problemas de salud que aquejan a la comunidad, preocupándose no solamente del bienestar individual, sino que también de las familias, especialmente aquellas que dentro de su organización presentan debilidades, considerándolas como un núcleo importante en materia de acción profesional por la relevancia que ésta tiene para la sociedad y para las personas en su desarrollo biopsicosocial.

Para ello, es necesario desarrollar la gestión apoyándose de la presente organización comunal y de los propios funcionarios que trabajan en los CESFAM, atendiendo a toda la población por sectores, es decir, dividiendo a la comunidad en grupos como: infancia, mujer, maternidad (embarazo y paternidad responsable, entre otros temas), adolescentes, adultos mayores, problemas como la depresión, enfermos postrados, alivios del dolor y cuidados paliativos, etc. Intentando que el centro logre de manera eficiente satisfacer las

necesidades esenciales de la población dentro de sus necesidades específicas, para otorgarles una mejor calidad de vida, es decir, se preocupan de fomentar un trabajo profesional de nivel y calidad, necesarias para que entregan un servicio adecuado y representativo de la realidad.

Las problemáticas mencionadas, son trabajadas de manera multidisciplinaria (profesionales, técnicos, auxiliares, funcionarios administrativos, etc.) y en conjunto con una población organizada, consiguiendo con esto una atención integral y de un alto nivel de impacto. Para garantizar aun más una atención completa frente a las problemáticas, que es una de las constantes preocupaciones de los CESFAM, se desarrolla un comité de evaluación que vigila y sopesa el tipo y nivel de trabajo o intervención. Entre las áreas de constante supervisión y evaluación podemos nombrar: (Cesfam Baeza Goñi; 2005: s/e)

- Funcionamiento permanente del Equipo Gestor
- Reuniones Clínicas por sector, programas y área profesional.
- Comité de Auditoria
- Auditoria permanente de Fichas
- Capacitación del personal: Bronco pulmonar, IRA-ERA, VIF, Salud Mental, Atención grupal de drogas, Salud Familiar y otros.
- Monitoreo de medicamentos diarios
- Atención social individual y familiar
- Visitas Domiciliarias sociales en el marco de la atención por sectores y programas
- Evaluación cuantitativa y cualitativa de los programas
- Evaluación cuantitativa y cualitativa por sector
- Existencia de médico coordinador de RED (SIS)
- Existencia de médico coordinador AUGE
- Evaluación del sistema de coordinaciones y redes del CESFAM con el intersector.

De esta manera las problemáticas abordadas por los CESFAM son:

“todas aquellas que en general una población de escasos recursos y de recurrentes debilidades biopsicosociales presentan en materia de salud y en áreas psicológicas y sociales, donde los riesgos son de múltiples complejidades y alcances, por lo que es necesario instaurar un plan de acción que intente una superación y un bienestar para la población”. (Ibíd., s/e)

5.5.6 Política Institucional

Las políticas sociales que estos Cefam desarrollan son como se mencionó anteriormente, políticas de salud sectorizadas y locales, dependientes del MINSAL y relacionadas estrechamente con los otros Centros de Salud Familiar y la dirección comunal de salud, las cuales son puestas en práctica tomando en cuenta el tipo de población, desarrollando un estilo de trabajo acorde con las demandas sociales y factores influenciadores.

Directrices estratégicas

Las directrices estratégicas del área de salud a nivel local, se define mediante los lineamientos emanados desde el Minsal (Op.cit., f: 36) los cuales se pueden agrupar en los siguientes puntos:

- Entrega de atención de calidad, es decir, asegurar el acceso a la atención de salud de todo el que lo solicite, brindar atención oportuna, realizar un buen trato al usuario, desarrollar una atención de salud integral y mantener y mejorar los indicadores de los Programas.
- Maximizar eficiencia y eficacia de los recursos humanos, lo que significa perfeccionar la capacidad técnica del personal, a través de acceso a instancias de capacitación, y la calidad de vida del trabajador, es decir, la satisfacción personal.

- Maximizar eficiencia y eficacia del recurso financiero, por medio de la descentralización de los costos y el aumento de la participación en el mercado (aumento del número de inscritos).
- Desarrollo de comuna saludable, esto significa: mejorar las condiciones de vida y del ambiente, fortalecer el protagonismo de la comuna en la detección y solución de sus problemas y, por último, lograr una comunidad comprometida con el cuidado y salud del ambiente.

5.5.7 Programas que se desarrollan, población objetivo y ámbito de intervención.

De acuerdo a los registros de cada Cesfam, la población total de Inscritos entre ambos centros de salud asciende a 49.764 personas, de las cuales 18.764 corresponden al Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y 31.000 personas inscritas al Sor Teresa de Los Andes.

La operativización de los objetivos de gestión se realiza a través de distintos programas que integran a la mayoría de la población y que son transversales a los planes de la dirección comunal de salud en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Sur (S.S.M.S)

De acuerdo a lo anterior, es posible mencionar áreas de intervención definidas en estrategias de intervención familiar, diseñadas en el marco de la reforma de atención primaria de salud y que hasta la fecha son los elementos centrales de la intervención en salud. (Minsal; 2000g: 38)

Programa de la Mujer: Este programa busca enfrentar a tiempo y prevenir las enfermedades que afectan en un alto porcentaje a las mujeres.

Existen tres niveles de atención:

Salud materna:

- Fomentar factores promocionales y preventivos.

- Disminuir morbimortalidad por cáncer cervicouterino, de mamas con énfasis en el diagnóstico precoz y derivación oportuna.
- Contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Contribuir en la disminución de enfermedades por transmisión sexual (ETS).

Salud sexual y reproductiva:

- Implementar el control de salud en niñas en edad de menarquia.
- Mantener la cobertura de población adscrita a paternidad responsable.
- Realizar conserjería en paternidad responsable a las puérperas de riesgo y población vulnerable.
- Realizar actividades en prevención, pesquisa, control y tratamiento de VIH-SIDA y ETS.

Salud mujer adulta:

- la pesquisa de factores de riesgo biopsicosocial
- aplicar orientaciones respecto al manejo de enfermedades
- el mejoramiento de la salud cardiovascular (prevención y promoción de la salud).

Programa Infantil: Este programa busca promover la salud en los menores a través de estrategias de intervención tratando todo tipo de enfermedades y ocupándose de la prevención. Los objetivos de este programa son los siguientes;

- Contribuir al desarrollo de los niños(as) de 0 a 6 años.
- Fomentar la alimentación saludable y la actividad y la actividad física de la población.
- Vigilar la morbi-mortalidad y optimizar los programas e crónicos.
- Incorporar el componente de salud mental en el programa.

Programa del Adulto Mayor: Este Programa interviene con la población usuaria mayor de sesenta años. Esta corresponde a una cobertura asignada dentro de las principales morbilidades que enfrentan, tenemos: Diabetes Mielitis, patologías cardio-vasculares, Tuberculosis y epilepsia. Además de definir las siguientes conductas de riesgo: tabaquismo, sedentarismo y alcoholismo.

La asistencia la realizan principalmente los Médicos y los subprogramas son de ejecución interdisciplinaria.

Programa del Adolescente: Este programa atiende a los jóvenes, hombres y mujeres de 10 a 19 años, diferenciando distintas intervenciones en el subgrupo de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

El enfoque es integral, y busca acercar a los jóvenes al sistema de salud facilitando el acceso a la atención en horarios alternativos y con sistemas administrativos flexibles. Al mismo tiempo la acción se orienta a la prevención y promoción de salud.

Las temáticas a desarrollar son: sexualidad, prevención de embarazo no deseado y/o adolescente, depresión, acceso a las drogas y alcohol, entre otras.

Programa de Alivio al Dolor y cuidados paliativos: Este programa tiene dos años de funcionamiento y está dirigido a personas que se encuentran en el periodo terminal de una enfermedad, lo que se caracteriza por lo general por síntomas de dolor físico y postración. La atención se realiza en domicilio e incorpora la medicación y control, junto con el apoyo psicológico al paciente y a su familia para enfrentar la situación y su desenlace.

5.6 Consejos de Desarrollo Local de Salud

En el presente punto se hará una breve reseña respecto de los Consejos de Desarrollo Local, en una primera instancia se explicará el marco político institucional de éstos, luego como se fueron constituyendo como tal, para concluir con alguna de las principales características de éstos.

5.6.1 Marco político institucional de los Consejos de Desarrollo Local de Salud

La transición epidemiológica, demográfica y los cambios culturales que vive el país, impulsan al Sistema de Salud hacia un proceso de reforma y a la búsqueda de un modelo de atención integral con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario con énfasis en la promoción y prevención en salud.

En el contexto del desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria y la Promoción de la Salud, el proceso de transformación de los Consultorios en Centros de Salud Familiar y la transición hacia la autogestión de los hospitales, la participación social se señala como un ámbito de acción relevante.

La Reforma de Salud propone la formalización de instancias de participación, cuya conformación se ha apoyado desde el año noventa en adelante, a través de iniciativas y documentos emanados desde el ministerio y documentación sobre experiencias innovadoras de los niveles locales.

A partir de 1995, se inicia la creación de instancias de participación denominadas genéricamente Consejos de Desarrollo en los hospitales, como instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio. (Minsal; Op.cit., d: 43)

Estas instancias de participación también han tenido otras denominaciones en el nivel local, como por ejemplo; Consejos Consultivos, Comités de Salud Comunal, Comités Locales. Todos se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONGs, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local).

La transición hacia hospitales autogestionados en el marco de la implementación de la reforma sectorial y de la diferenciación de funciones entre el gestor de red y la autoridad

sanitaria que comenzó a partir del año 2003 da un nuevo impulso a la creación de instancias asesoras a las direcciones de los establecimientos de salud y consultivas a nivel de los Servicios de Salud y SEREMI a lo largo del país.

5.6.2 Constitución de Consejos de Desarrollo Locales de Salud en Establecimientos de la red asistencial

A forma de protocolo de acción desde el año 1995, el Ministerio de Salud establece líneas estratégicas, en donde la participación del usuario involucrado en las distintas organizaciones comunitarias locales y cercanas a los Centros de Salud Primaria, se transformen en agentes activos en las políticas de salud que involucran al resto de la población usuaria de éstos. Además de ser el puente de coordinación entre los usuarios y la institución, se consideró las experiencias realizadas y conjuntamente con las prioridades en la gestión de salud, se desarrollan las siguientes áreas de acción:

- Participar en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.
- Colaborar en el diagnóstico de salud de la población.
- Informar a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento del establecimiento (programas, sistemas de atención, vinculación con otros establecimientos de la red pública, atención de urgencia, especialidades, campañas sanitarias, otros)
- Analizar información proveniente de las OIRS y medición de la satisfacción usuaria
- Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.
- Impulsar acciones de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad.
- Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.
- Contribuir al compromiso de los ciudadanos con el fortalecimiento del Servicio Público de Salud, la promoción de salud y calidad de vida, la corresponsabilidad en

la gestión de la salud y, en la actualidad, con el proceso de instalación de la Reforma de Salud.

Una valiosa experiencia es la creación de los Comités Locales de Salud en las Postas Rurales en el nivel primario de atención y su vinculación con la red asistencial a nivel comunal. Así también, el aporte de los Comités Locales (consejos de desarrollo/ consultivos) en los Centros de Salud y los Consejos de Desarrollo de hospitales, CRS, CDT que presentan diversos grados de desarrollo y formas de conformación y estructura.

En el nuevo contexto, resulta necesario desarrollar líneas específicas de apoyo a la creación y fortalecimiento a los Consejos Consultivos (Consejos de Desarrollo) de los hospitales en transición hacia la autogestión de acuerdo a lo señalado por la Ley de Autoridad Sanitaria y su respectivo Reglamento, como también los Consejos de Participación en los Servicios de Salud y Consejos Consultivos en las SEREMI de Salud (Autoridad Sanitaria).

Esta experiencia es recogida en el proceso de reforma de salud y se incorpora la participación social como uno de los principios orientadores junto con la equidad, la calidad de la atención, orientación al usuario, la solidaridad. Los Proyectos de Ley consagran la participación y los derechos de los usuarios, otorgando un marco legal que permiten formalizar las instancias de participación en distintas unidades de gestión de la red asistencial. Lo que se busca es que la participación social tenga un marco regulatorio jurídico, en el cual las premisas básicas son:

- Las instancias de participación social tienen el propósito de buscar acuerdo y compromiso para lograr el mejoramiento de la atención, y la satisfacción del usuario, incorporando el control social.
- Se requieren instancias de participación social flexibles, conformadas y desarrolladas de acuerdo a las necesidades locales. Es importante considerar las instancias existentes, que incluyan estructuras de los distintos niveles del Sistema

Público de Salud o de los Municipios como es el caso de los establecimientos de APS. Por tanto no existe un modelo único ni rígido.

- Las recomendaciones y definiciones de los marcos jurídicos existentes, deben ser considerados en la formación de las instancias de participación, evitando la sobre institucionalización o su aplicación mecánica.
- Las instancias de participación con los usuarios, la comunidad y otros actores locales serán posibles, en tanto los propios trabajadores del sector salud al interior de los establecimientos, generen procesos de gestión participativa.
- Para cumplir con los objetivos, se requiere una representación amplia y diversa de usuarios del establecimiento y de las organizaciones de la comunidad.
- La complejidad del proceso salud-enfermedad, actualmente requiere de un trabajo conjunto y permanente con otros sectores, por tanto, pueden incluirse en las instancias de participación cuando sea necesario y de acuerdo a realidad local.

5.6.3 Etapa preparatoria de instauración de Consejos de Desarrollo Local de Salud

La experiencia ha demostrado que resulta fundamental efectuar procesos previos que incluyan la definición, identificación y análisis de las variables y condicionantes de la participación a nivel local, involucrando a todos los actores: directivos, equipos de salud, usuarios y comunidad organizada. Lo anterior facilitará la obtención de productos sostenibles y sustentables en el tiempo.

Es necesario consensuar una definición y expectativas de desarrollo y alcances de la participación entre los integrantes del equipo de salud. Además, en aquellos establecimientos cuyo territorio es supra comunal o regional o su ámbito de acción está definido por una especialización mayor, es necesario definir e identificar la comunidad usuaria de acuerdo a otros criterios además del territorial.

“En estos casos, la participación de los (as) usuarios (as) puede estar representada por grupos de autoayuda vinculados a temáticas específicas de salud (enfermedades crónicas, salud mental, VIH/Sida, otros) organizaciones funcionales de usuarios, organizaciones de usuarios representantes de establecimientos de referencia entre otras”. (Ibíd., d: 58)

Por tanto, se sugiere para esta etapa:

A. Directivos y Equipos de Salud

Generar una preparación interna de los Directivos y funcionarios del Establecimiento. De acuerdo a la realidad local pueden ser convocados uno o varios consultorios y representantes de Hospitales del sector, con o sin Consejos de Desarrollo.

- a) Revisar, analizar y discutir las orientaciones actuales sobre Participación Social, en el contexto de la misión institucional. Esto podría realizarse con metodología específica de talleres para este fin, o bien, insertarse en un proceso más amplio de planificación estratégica del establecimiento.
- b) Efectuar reuniones y encuentros con otros establecimientos de salud, SEREMI, Servicios y Municipios para conocer experiencias participativas, intercambiar opiniones, establecer coordinaciones, idear y compartir propuestas.
- c) Elaborar propuesta preliminar de compromisos de acción: definir carácter del Consejo, número de miembros, funcionamiento, compromisos, etc. Respecto al número de miembros del Consejo se recomienda un mínimo de siete de acuerdo a lo señalado por Reglamento de Hospitales Autogestionados hasta un máximo de 25, pudiendo convocarse un Consejo Ampliado cuando se estime necesario.

B. En el ámbito Comunitario e Intersectorial

- a) Reconocer la realidad local, sus actores y participantes en las instancias existentes tanto a nivel de establecimientos como comunal, considerando enfoque de género y la perspectiva intercultural.
- b) Identificar y tomar contacto para conocer las expectativas de participación de la gente y estimular la conformación de instancias de participación con líderes de la comunidad local y las diferentes organizaciones comunitarias de la respectiva jurisdicción tales como Uniones Comunales de Juntas de Vecinos y/o Juntas de Vecinos; Grupos de Autoayuda; Corporaciones y Asociaciones de Enfermos y Familiares, Clubes de diabéticos, Alcohólicos, Hipertensos, Grupos de Salud, Voluntariado, etc.
- c) Identificar y tomar contacto para estimular a la conformación de instancias de participación con las diferentes Instituciones; Sindicatos; Asociaciones, Jubilados; Comercio; Empresarios; ONGs; Bomberos; Cruz Roja; Iglesia y otros sectores con asentamiento en el territorio o área jurisdiccional del establecimiento que mantengan vinculación con el quehacer de salud. Esto, en el caso particular de los Consejos Consultivos de las SEREMI o instancias locales o comunales en la Atención Primaria de Salud.
- d) Utilizar diagnósticos participativos de salud, en los lugares que se hubieran efectuado, realizándolos cuando no existan o renovándolos, con los distintos miembros que conforman las instancias de participación. Se trata de identificar y priorizar problemas tanto de la gestión como de la situación de salud, proponiendo alternativas de solución, las que luego, se convertirán en compromisos de acción.
- e) Es importante que la etapa de preparación no se alargue innecesariamente para evitar que las ideas pierdan fuerza y se produzca desmotivación y desencanto. Por lo tanto, es necesario plantear plazos y un cronograma realista que fije las siguientes etapas.

5.6.4 Etapa de constitución de Consejos de Desarrollo Local de Salud

Para la constitución formal de las instancias de participación, se recomienda que se realice en un período que no exceda a los dos meses, desde el inicio de la etapa preparatoria.

En la formalización se sugiere considerar:

- 1) El listado de las personas u organismos que podrán ser los miembros regulares, tanto del establecimiento como de la comunidad. También es posible iniciar el Consejo con un grupo menor, quienes con posterioridad se pueden encargar de incorporar otros integrantes.
- 2) Preparación y estudio de los documentos legales que avalen su constitución.

La reforma de salud a través de la Ley de Autoridad Sanitaria, ha generado nuevos marcos legales que formalizan la existencia de instancias de participación de usuarios.

Al respecto, el Reglamento de los Gestores de Red (Servicios de Salud) en la función Participación Social, otorga atribuciones para crear instancias de participación de usuarios. También el Reglamento de Hospitales Autogestionados y Hospitales de Transición como parte del Reglamento del Gestor de Red contienen artículos que se refieren a la creación de Consejos Consultivos con representación de usuarios. Con respecto a establecimientos de atención primaria municipalizada, para su constitución bastará con un Decreto Alcaldicio.

Por otro lado, desde el primero de Enero de 2004, entra en vigencia el Contrato para la implementación de los Programas de Prestaciones Valoradas y de Prestaciones Institucionales para el año 2004, a través del cual los Servicios de Salud se comprometen a generar los mecanismos que aseguren la participación social, constituyendo Consejos de Usuarios equivalentes a los Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales a los que hace referencia el presente documento.

3) Elaborar Acta de Constitución, que contiene los nombres e identificación de los asistentes, el propósito general, los objetivos específicos, las funciones y reglamentación preliminar de su funcionamiento.

De la etapa de ceremonia oficial

a) Es importante realizar una ceremonia formal, que marque un hito a nivel local, que refleje las características locales, otorgue la máxima legitimidad al proceso iniciado y brinde un estímulo y fuerte compromiso para proseguir fortalecimiento cada vez más esta instancia de participación.

b) Se sugiere hacer relevantes las actividades preparatorias habituales para eventos de este tipo (difusión y convocatoria a medios de comunicación masiva, invitaciones a autoridades, usuarios y comunidad y contar con material de apoyo).

c) Se recomienda que en el desarrollo de la ceremonia se considere la expresión de la cultura y características de la realidad local, se incluya la lectura del Acta de Acuerdo y su firma por todos los integrantes junto a las Autoridades de Salud, Municipales y otras de relevancia para la formalización de la instancia recién creada.

De la función de monitoreo y evaluación

El monitoreo y evaluación del funcionamiento de los Consejos de Desarrollo/ Consejos Consultivos/ Comités Locales resulta fundamental para asegurar su sostenibilidad y poder efectuar las adecuaciones que requiera el proceso, utilizando un sistema sencillo y de fácil aplicación.

Es conveniente definir desde un principio la oportunidad y metodología a utilizar. Se recomienda tomar en cuenta indicadores cuantitativos y cualitativos, así como aspectos relacionados con la estructura, el proceso y los resultados.

“Dado que en general los Consejos se reúnen una vez al mes, resulta útil realizar la primera evaluación a los 6 meses de su constitución. Luego continuar con la periodicidad acordada por sus integrantes en el marco del plan de acción.” (Ibíd. e: 33)

Algunos aspectos posibles de evaluar, por ejemplo pueden ser:

Estructura u organización: número de integrantes internos y externos que participan activamente en forma regular; distribución de las tareas y forma de funcionar.

Proceso: el análisis de facilitadores, logros y dificultades; el clima y carácter de las reuniones.

Resultados: número y tipo de acuerdos tomados; número y tipo de proyectos o iniciativas realizadas; grado de satisfacción de los integrantes y usuarios.

De esta manera se espera por parte del gobierno y de acuerdo a las nuevas políticas de participación en salud, la real inclusión de los usuarios mediante las instancias de los Consejos de Desarrollo Locales de Salud y que se espera proyectar para los próximos diez años de acuerdo con el plan para el decenio 2000-2010.

Tercera Parte

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VI

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN EL NUEVO ENFOQUE DE SALUD

A continuación se mostrará y describirá el resultado de la información obtenida mediante las Encuestas y las Entrevistas, en un primer momento se llevará a cabo una descripción de la atención brindada por parte de los Cesfam, desde la visión de los propios usuarios y, luego se rescatarán los cambios producidos a raíz de este cambio de enfoque, desde la visión de los dirigentes de ambos CDL, además incorporando la percepción que tienen ambas directoras de los Cesfam en conjunto con las Asistentes Sociales.

Los gráficos y cuadros estadísticos que a continuación se presentan son el resultado de la aplicación de una Encuesta de Satisfacción Usuaría a los Centros de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes de la comuna de San Joaquín, en total son 331 personas, de los cuales 165 son usuarios del Cesfam Baeza Goñi y 166 del Cesfam Sor Teresa, pero por problemas de saturación de las respuestas, solo se tabularon 250 encuestas, ya que los datos comenzaban a repetirse. El análisis de dichas encuestas se efectuó mediante la aplicación del programa estadístico SPSS.

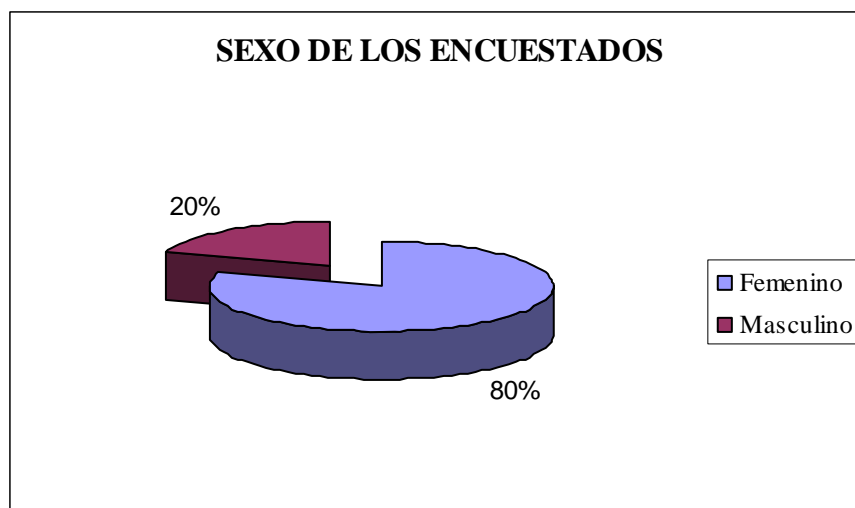
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA

6.1.1 SEXO

Podemos ver que del total de encuestados, el 80% son mujeres y el restante 20% hombres, lo que nos indica una mayor tendencia de las mujeres a contestar nuestra encuesta. A su vez este resultado nos permite inferir que existe una mayor consulta y asistencia al Cesfam de parte de las mujeres que de los hombres, evidenciándose en las salas de espera, donde mayoritariamente eran las mujeres que esperaban recibir atención, que los hombres. Esto puede deberse a que ellas deciden atender su periodo de gestación o embarazo, en un centro público que en uno privado donde los costos son mucho más elevados, lo mismo ocurre con

la entrega de leche y suplementos alimenticios, puesto que son las madres las que hacen uso de este beneficio. Además, es importante mencionar aquí que con el nuevo enfoque de salud, se implementaron programas dirigidos a este sector femenino, como programas para madres adolescentes y de alimentación saludable, entre otras actividades.

GRAFICO N° 4



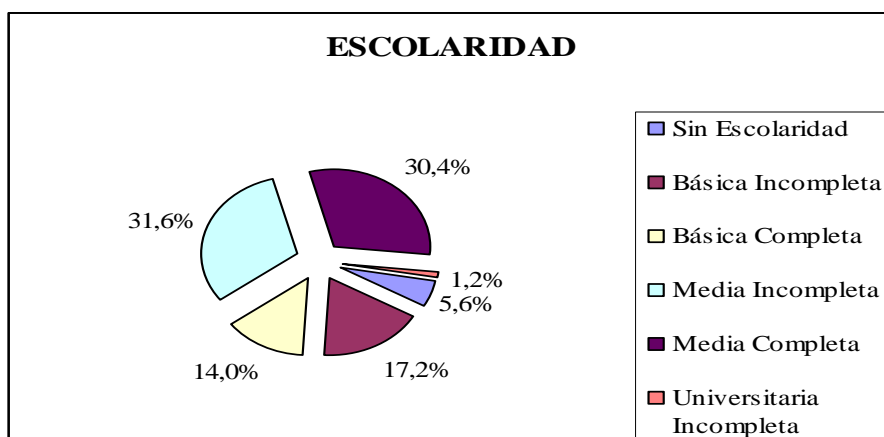
Fuente: Investigación Directa

Otra variable que puede influir en esta tendencia es la laboral, ya que los hombres al ser los proveedores, en la mayoría de los casos y como lo demuestran algunas tendencias estadísticas, no cuentan con el tiempo suficiente para asistir al Centro de Salud, por lo que sus visitas son más bien esporádicas y distantes. En tanto que en el caso de las mujeres, la mayoría de ellas son dueñas de casa, por lo que al estar al cuidado de la familia, disponen de mayor tiempo a la salud, reflejándose en un mayor número de consulta y visitas al Centro de Salud, ya sea para solicitar atención para algún miembro de su familia como para si mismos.

6.1.2 NIVEL DE ESCOLARIDAD

El siguiente cuadro nos permite observar el nivel de escolaridad de los encuestados, este nos muestra que del total de los encuestados, el 31,6% tiene su escolaridad media incompleta, mientras que el 30,4% posee su enseñanza media completa y, vemos que el 22,8% de los encuestados (sumados sin escolaridad y básica incompleta) no tiene ningún año cursado o simplemente no terminó su escolaridad básica y solo un 1,2% de los encuestados dice tener estudios superiores incompletos.

GRAFICO N° 5



Fuente: Investigación Directa

Es importante destacar que las cifras presentadas corresponden fundamentalmente a un estrato socioeconómico bajo, puesto que si este mismo instrumento se aplicará en otro sector de la ciudad de Santiago, seguramente nos encontraríamos con un panorama distinto, no obstante, al tratarse de la comuna de San Joaquín y encontrarse uno de los Cefam del estudio situado en la población La Legua, reconocida por sus niveles de vulnerabilidad social, son pocos los habitantes que tienen la opción de terminar sus estudios, ya sea por una cuestión económica como por una cuestión social, ya que los jóvenes al ver a sus pares privilegiar otras cuestiones antes que los estudios, optan por el mismo camino, que puede ser el trabajar a temprana edad, a eso se puede agregar además que los mismos padres al ver que es más productivo que un hijo trabaje a que estudie, lo incentive a dejar sus estudios incompletos. Los distractores del medio social también ejercen una influencia importante

en el proceso educativo, ya que como se refleja en las cifras, un número considerable de la población no completó sus estudios, dando cuenta de altos niveles de deserción escolar.

No obstante lo anterior, la cantidad de personas con estudios completos también es considerable, lo que denota preocupación por parte de las familias a que sus hijos e incluso los mismos adultos terminen o completen, según sea el caso, la enseñanza media, puesto que en este último periodo las ofertas laborales exigen la educación media rendida, abriendo paso a una mejor situación no solo laboral, sino también económica, por lo que la educación también es percibida como una inversión a futuro, ya que las opciones laborales con los estudios generales rendidos son mucho más amplias que sin ellos.

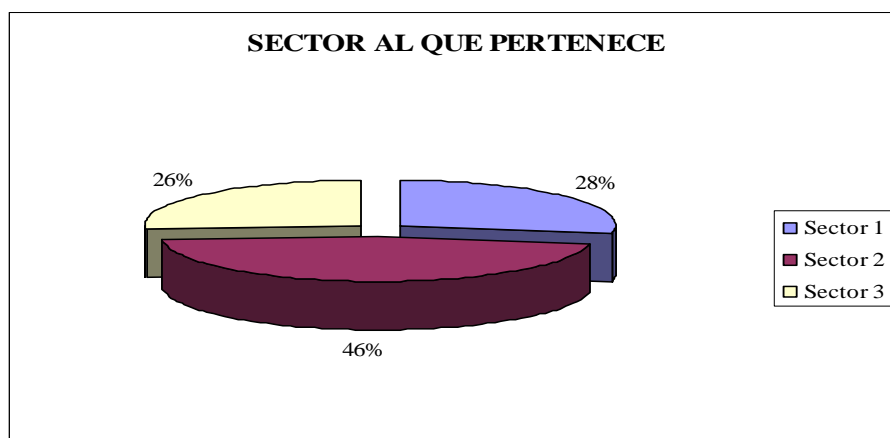
Para el caso de aquel grupo encuestado que respondió no tener ningún tipo de instrucción, podemos inferir que las personas que respondieron a esta alternativa son mayoritariamente adultos mayores, puesto que este grupo, como suele apreciarse en algunas encuestas, son los menos instruidos educacionalmente, lo que coincide a su vez con que gran parte de la población usuaria del Centro de Salud es jubilada, en otras palabras, de la tercera edad.

No puede dejar de mencionarse aquí lo que ocurre con la población que dice tener estudios universitarios incompletos, que si bien es un porcentaje menor, no deja de ser importante, puesto que ello demuestra interés por parte de los jóvenes, de alcanzar una carrera universitaria, sin embargo, las condiciones económicas que se presentan en este sector de la población capitalina no son las más aptas para solventar un gasto de esta envergadura, a menos que en más de un caso el crédito fiscal y las becas universitarias hayan contribuido a este progreso, pero como mencionábamos en el cuadro de composición por sexo, el grueso de la población que asiste al Centro de Salud son mujeres, se dificulta aún más este desarrollo educacional, puesto que entran en juego otros factores, como el embarazo juvenil.

6.1.3 SECTOR AL QUE PERTENECE

En el presente gráfico podemos visualizar a que sector pertenecen los encuestados de los dos CESFAM, puesto que con el nuevo enfoque de salud se estipuló que para que exista una mejor entrega del servicio, la población debe ser sectorizada, en el caso de la Comuna de San Joaquín, donde operan los Cesfam “Baeza Goñi” y “Sor Teresa”, se hizo una división de tres sectores. A partir de lo anterior vemos que del total de los encuestados un 46% pertenece al sector dos, mientras que un 28% pertenece al sector uno y un 26% al sector tres.

GRAFICO N°6



Fuente: Investigación Directa

En ese sentido podemos decir que en cada uno de los tres sectores, los equipos de cabecera en forma sectorizada atienden a la población usuaria, mejorando con esto la cobertura en los Cesfam. Es así que el sector dos de ambos Cesfam son los que más representados se encuentran en esta encuesta, ya que fueron los que más participaron.

6.2 CARACTERIZACIÓN DEL TRATO Y LA ACOGIDA DE LOS PROFESIONALES DE LOS CESFAM

Cabe destacar que dentro de la reforma a la salud, el trato es un pilar fundamental para generar un vínculo más cercano entre el profesional y el paciente, debido a que se establece como prioridad en cualquier relación humana, así como la base para crear un ambiente apto en la relación. La importancia de ser tratado con respeto, se constituye como los aspectos más relevantes de la actitud que toma el Médico al enfrentarse con su paciente. Para entender mejor la importancia del trato del Médico diremos que éste va referido a aspectos de comportamiento por parte del profesional como: que lo llamen por su nombre, que sepa quien lo atiende; se haga un manejo confidencial de la información que él entrega; se le mire a la cara y, por supuesto que se le entregue una información precisa respecto a su consulta y en un lenguaje comprensible.

Por otro lado para que exista un buen trato y acogida hacia las personas, se hace necesario que exista un respeto entre ambos. El respeto es una actitud de la cual se espera cierta reciprocidad, dentro de una relación, este aspecto aparece como determinante para el buen desarrollo de un encuentro entre dos o más personas.

Siguiendo con lo anterior y respecto al trato que reciben los usuarios por parte de los distintos funcionarios de los Cefam, éstos han sido separados individualmente entre Médico, Enfermera, Auxiliar Paramédico, Matrón(a), Nutricionista, Kinesiólogo, Dentista, Psicólogo, Asistente Social y por último los administrativos, para determinar de mejor manera su calidad de atención en los CESFAM.

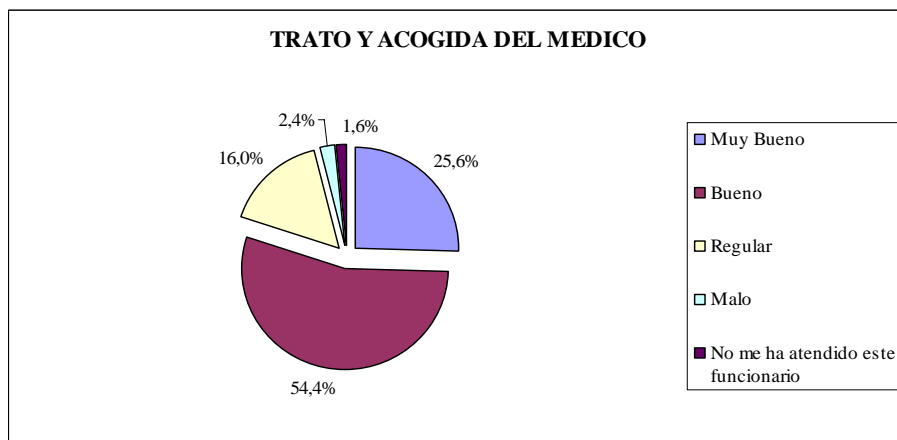
Como mencionamos anteriormente el cambio de enfoque de Salud, no es solo un cambio médico (Enfoque Biomédico a Biopsicosocial), sino que por un lado busca humanizar la atención médica y, por otro generar una relación más estrecha entre el profesional y el paciente. Podríamos decir que el Médico es el principal eje de la relación y de cómo ésta se desenvuelve, debe mediante su actitud, escoger el trato más adecuado para cada persona (todas las personas son distintas).

Para algunos expertos en el tema, el resultado final depende mucho de la personalidad de las personas, su edad, su situación, y también de la personalidad del médico y las circunstancias en las que está viendo al enfermo. Así vemos que el acto del saludo se muestra como el primer acercamiento importante que se produce entre el profesional y la persona, y se remite sólo al saludo verbal: “Buenos días” o “Buenas Tardes”, según sea el caso.

A.- Trato y acogida por parte del Médico

El siguiente gráfico que se expone a continuación, busca indagar el trato y la acogida por parte del Médico hacia los usuarios, aquí podemos visualizar que un total de 136 usuarios responden que el trato de este profesional es *Bueno*, lo que corresponde a un 54,4% del total de los encuestados, además 64 encuestados responden que el trato es *Muy Bueno*, lo que corresponde a un 25,6%, mientras que 40 personas consideran que éste es *Regular*, en términos porcentuales corresponde a un 16%. Por último podemos ver que solo 6 personas consideran que el trato del Médico es *Malo*, que corresponden a un 2,4% de los encuestados.

GRAFICO N° 7



Fuente: Investigación Directa

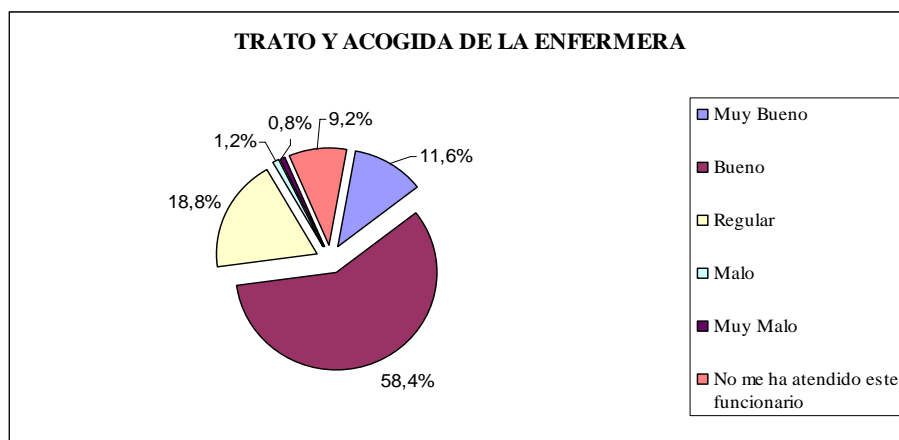
En el nuevo modelo de atención de salud, el trato humanizador desde la institución y sus funcionarios hacia los usuarios, es un punto central dentro de los esfuerzos que se realizan desde el Ministerio y las Subsecretarías provinciales de Salud, con el fin de mostrar el

modelo de forma cercana, con énfasis en un nuevo trato. Cabe recordar que hace veinte años o más el trato del Médico hacia el paciente no estaba regulado por un protocolo de atención donde se pudiera establecer el trato como aspecto central, lo que ha cambiado de manera ostensible estos años al incorporar protocolos de atención que asumen una nueva visión, centrada en el vínculo entre usuario y Médico incluyendo a los funcionarios de salud, esto es parte del programa *un nuevo trato* que se ejecuta desde el Minsal con el apoyo de las redes provinciales de atención primaria. Con lo que podemos inferir que la relación entre Médico y paciente ha mejorado, esto gracias a los esfuerzos realizados por parte del Minsal de humanizar la atención, entendiendo que solo así se pueden lograr mejores resultados.

B.- Trato y acogida de la Enfermera

En el siguiente gráfico se pregunta por el trato y la acogida de la Enfermera hacia los usuarios. Podemos ver que un total de 146 personas responden que el trato de dicho profesional es *Bueno*, lo que representa un 58,4 % del total de los encuestados, por otro lado 47 personas consideran que el trato y la acogida por parte de este profesional es *Regular*, lo que corresponde a un 18,8% del total de los encuestados y, un total de 29 personas lo consideran *Muy Bueno*, lo que representa un 11,6% y solo 2 personas lo consideran *Malo*, lo que corresponde a un 0,8% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 8



Fuente: Investigación Directa

Además la relación que se puede establecer en el Trato y la Acogida de parte de la Enfermera hacia los usuarios y el sector al que pertenecen es en líneas generales entre los rangos de *Muy Buena* y *Buena* concentrando más del 80% de satisfacción al trato recibido parte de este profesional, de hecho la cantidad personas que dice sentir que el trato es *Buena* y *Muy Buena* es homogéneo entre los sectores tomando en cuenta la cantidad de personas que respondieron la encuesta. Ello es posible de interpretar a que la Enfermera es una de las profesionales con más cercanía en el trato a los usuarios, son éstas quienes llevan los controles periódicos de los pacientes, es una de las profesiones con mayor contacto con el usuario en términos de transcurso de tiempo prolongado. Además son una de las caras visibles de las nuevas políticas de *buen trato* entre pacientes y profesionales de la salud que vienen desde el Minsal, lo que las vincula en la cercanía con el usuario.

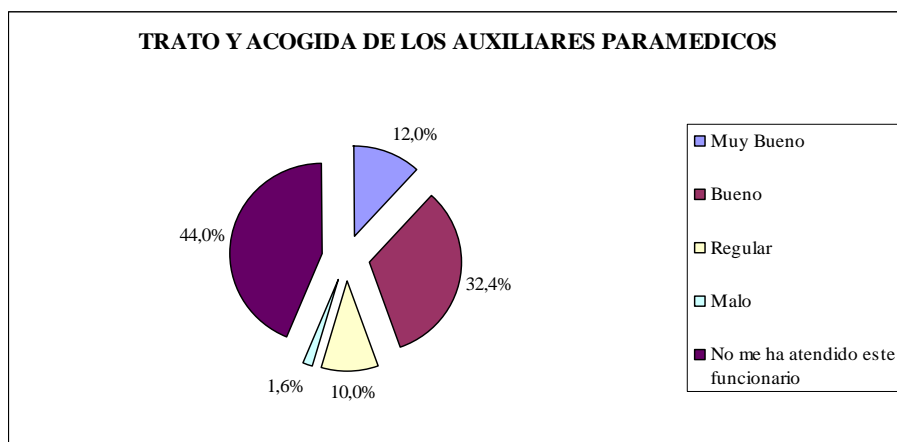
Son parte además del equipo que visita a los pacientes postrados en los domicilios junto con los Asistentes Sociales, en este rol de seguimiento de los casos crónicos y postrados de la Salud Familiar, aparte de ello son las encargadas de hacer charlas informativas de salud en los colegios del sector, los clubes de adultos mayores y de realizar campañas educativas al interior de los Cesfam acerca del nuevo modelo de salud, de ahí que se tenga como generalidad una buena imagen de este profesional.

Por último vemos que la relación que se establece entre los usuarios y las enfermeras del Centro de Salud, están en el rango de satisfacción bueno por parte de los usuarios, lo que respalda la nueva política de incluir en equipos multidisciplinarios a todos los profesionales de la salud en el proceso de intervención, lo que genera mayor cercanía y buen trato en este caso, entre los usuarios y el personal de enfermería de los Centros de Salud Familiar.

C.- Trato y acogida de los Auxiliares Paramédicos

En el siguiente gráfico podemos visualizar cómo es el trato y la acogida por parte de los Auxiliares Paramédicos, así es como vemos que de las 250 personas encuestadas, 81 responden que éste es *Bueno*, lo que corresponde a un 32,4% del total de los encuestados, 30 de los encuestados lo consideran *Muy Bueno*, representando un 12% del total y, por último solo 4 personas que representan un 1,6% consideran que es *Malo*. Por otro lado si vemos el gráfico y sumamos los porcentajes que consideran que el trato y la acogida es *Muy Bueno* y *Bueno*, tenemos un 44,4% del total, lo que representa más del 75% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 9



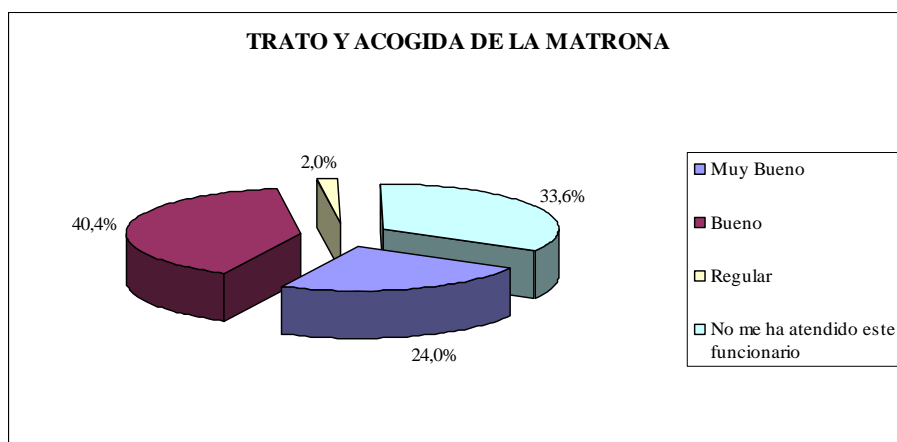
Fuente: Investigación Directa

Uno de los principales cambios, mencionados anteriormente, es lo multidisciplinario del proceso de atención, en este nuevo modelo la inclusión de profesionales en terreno como Enfermeras y Auxiliares Paramédicos agiliza la atención de enfermos postrados, lo que es posible de interpretar de acuerdo a la cantidad de personas que dicen no haber sido atendido por este funcionarios, puesto que éste principalmente apoya la función de la Enfermera en los cuidados a pacientes postrados y en la curación de heridas de pacientes que acuden a los Cesfam.

D.- Trato y acogida de la Matrona

En el presente gráfico que se expone, podemos ver la descripción del Trato y la Acogida por parte de la Matrona, en la cual existe una tendencia que indica que 101 de los encuestados, los que corresponden al 40,4% del total, responden que éste es *Bueno*, mientras que 60 personas de los encuestados lo consideran *Muy Bueno*, representando un 24%, no obstante aquello hay un total de 5 personas que lo consideran como *Regular*.

GRAFICO N° 10



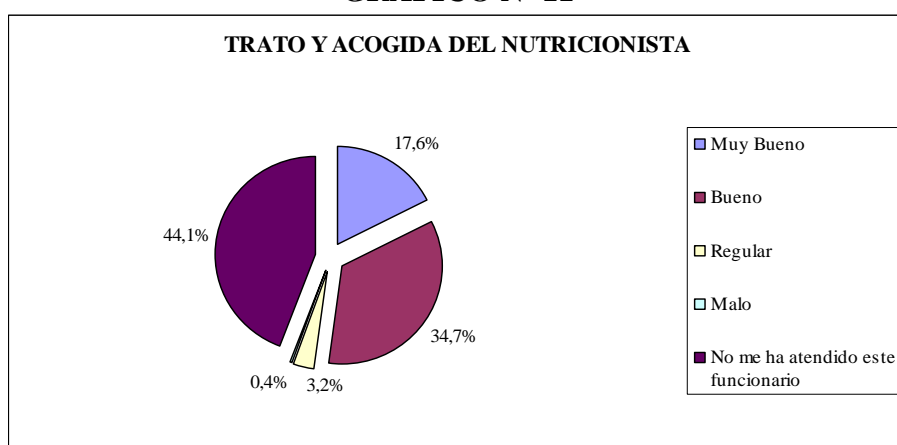
Fuente: Investigación Directa

Se debe precisar el hecho que este funcionario tiene una población objetivo definida, las cuales son las mujeres en edad fértil y con embarazo que necesitan de un seguimiento y control de su proceso y, además la realización de charlas fuera de los establecimientos de salud, reduciendo por ejemplo el porcentaje de embarazo adolescente en el caso del Cesfam Baeza Goñi. Hecha esta aclaración es importante destacar el alto grado de satisfacción hacia el servicio que ofrece este funcionario, que indica de forma precisa que este es uno de los profesionales con mejor evaluación de los usuarios encuestados.

E.- Trato y acogida del Nutricionista

En el gráfico exhibido a continuación, podemos ver cómo es el Trato y la Acogida por parte de las Nutricionistas, en éste apreciamos que de las 250 personas encuestadas, 87 responden que éste es *Bueno*, lo que corresponde a un 34,8% del total de los encuestados, además 44 de los encuestados lo consideran *Muy Bueno*, representando un 17,6% del total, mientras 8 personas que representan un 3,2% consideran que es *Regular* y solo una persona considera que éste es *Malo*, representando al 0,4% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 11



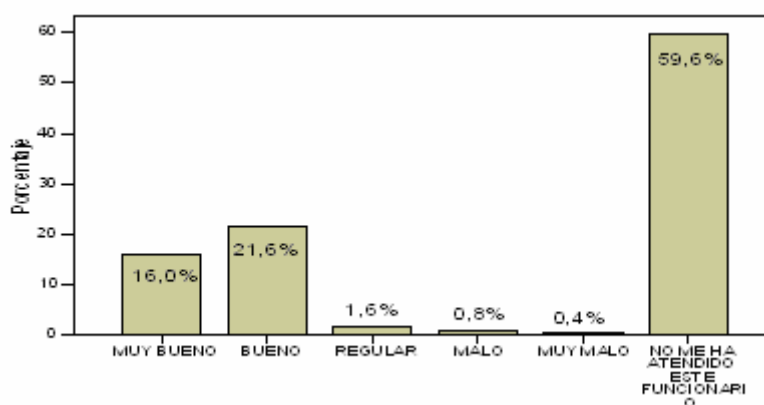
Fuente: Investigación Directa

El grado de satisfacción de los usuarios en relación a los servicios que ofrece este profesional es alto entre quienes afirman haberse atendido con él, lo que demuestra la importancia de las políticas encaminadas a la promoción de estilos de vida saludable, ya que éste en conjunto con el equipo de salud, en el área próxima a los Cesfam como son los establecimientos de educación, organizaciones sociales del territorio, realiza charlas y talleres al interior del Cesfam, además de la atención personalizada de pacientes con problemáticas de obesidad, diabetes mellitus u otra patología en donde se relacione la alimentación y dieta de los usuarios atendidos.

F.- Trato y acogida del Kinesiólogo.

En el siguiente gráfico podemos visualizar cómo es el Trato y la Acogida por parte de los Kinesiólogos, así es como vemos que de las 250 personas encuestadas, 54 responden que éste es *Bueno*, lo que corresponde a un 21,6% del total de los encuestados, además vemos que 40 de los encuestados lo consideran *Muy Bueno*, representando un 16% del total, 4 personas que representan un 1,6% consideran que es *Regular* y solo una persona cree que éste es *Muy Malo*, lo que corresponde a un 0,4% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 12



Fuente: Investigación Directa

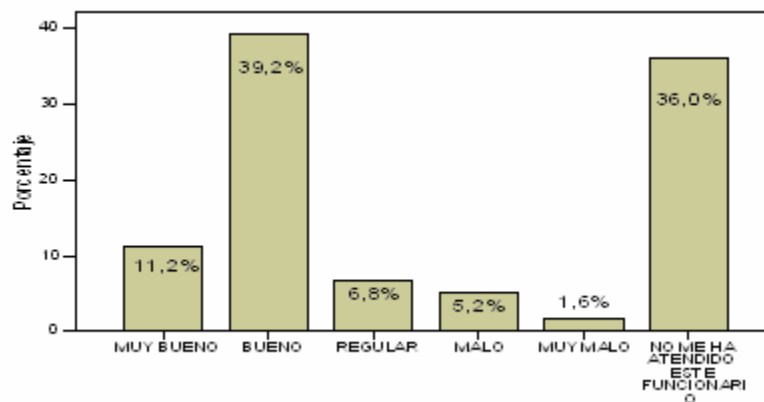
Los resultados presentados en el gráfico anterior se deben principalmente a que la labor que realiza éste es restringida en relación a la cobertura y/o número de personas que se atienden en esta área, ya que realiza su intervención profesional con quienes presentan problemas específicos que afecten la motricidad física o pacientes minusválidos.

G.- Trato y acogida del Dentista

Los datos presentados en el siguiente gráfico, busca indagar el Trato y la Acogida por parte de los Dentistas hacia los usuarios. Aquí podemos visualizar que un total de 98 usuarios responden que el trato de este profesional es *Bueno*, lo que corresponde a un 39,2% del total de los encuestados, además vemos que un total de 28 encuestados responden que el trato es *Muy Bueno*, lo que corresponde a un 11,2 %. Podemos ver que 13 personas consideran que el trato de este profesional es *Malo*, lo que corresponde a un 5,2% y solo 4

encuestados consideran que éste es *Muy Malo*, lo que en términos porcentuales corresponde a un 1,6% del total de los usuarios encuestados.

GRAFICO N° 13



Fuente: Investigación Directa

Vemos que si sumamos los porcentajes de las personas que consideran que el trato es *Muy Bueno* y *Bueno*, tenemos un 50,4% de los encuestados, lo que nos permite afirmar que más del 80% de los usuarios consideran que el trato y la acogida de este profesional, (39,2% Bueno y 11,2% muy bueno) responde a los nuevos lineamientos emanados por el Minsal.

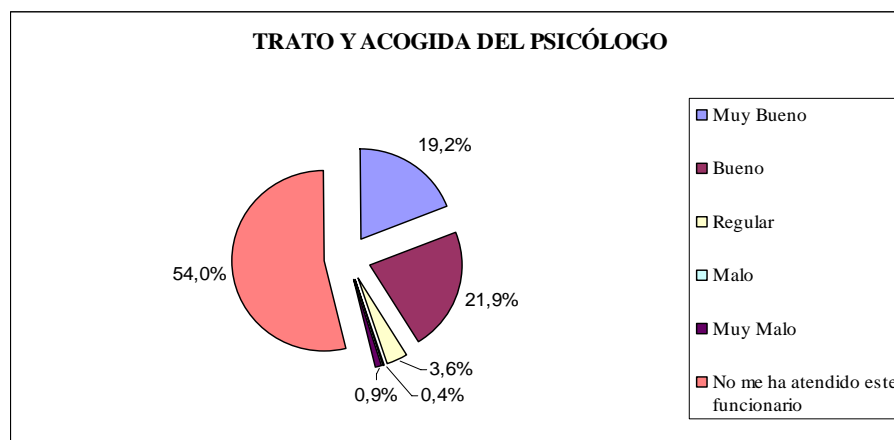
H.- Trato y acogida del Psicólogo.

En el presente gráfico podemos señalar que un total de 49 usuarios responden que el Trato y Acogida de los Psicólogos es *Bueno*, lo que corresponde a un 19,6 % del total de los encuestados, además vemos que un total de 43 encuestados responden que el trato es *Muy Bueno*, lo que corresponde a un 17,2 %. Siguiendo con lo anterior, notamos que 2 personas consideran que el trato de este profesional es *Muy Malo*, lo que corresponde a un 0,8%. Por último solo una de las personas encuestadas considera éste como *Malo*, lo que corresponde a un 0,4% del total de los encuestados.

Vemos que un 36,8% de los encuestados (que lo considera *Muy Bueno* o *Bueno*), aprueban el trato y la acogida por parte de este profesional, algo sumamente importante, por cuanto la relación que debe existir entre un usuario y el Psicólogo, debe ser necesariamente de mucha

confianza y empatía y esto puede comenzar a lograrse con un saludo, un ¿cómo estás?, lo que puede otorgar la confianza necesaria a las personas para sentirse más acogido y poder explicar mejor su problemática.

GRAFICO N° 14



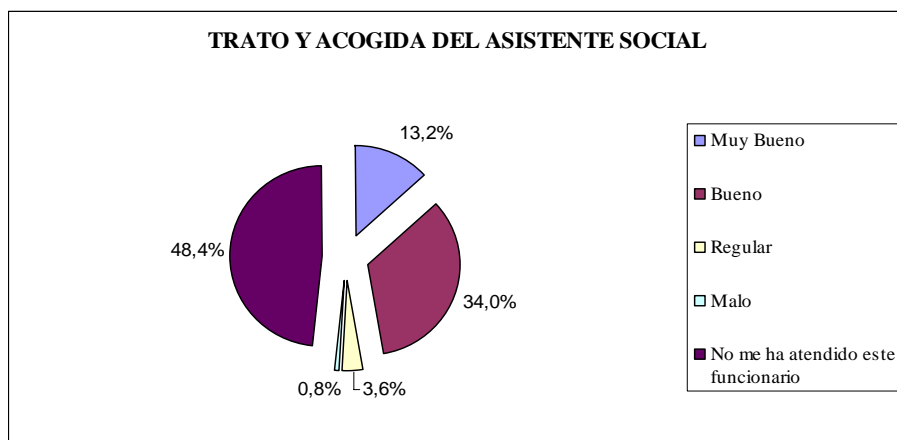
Fuente: Investigación Directa

Otro de los aspectos que se pueden desprender de los resultados presentados, es la presencia de un alto porcentaje que afirma no haberse atendido con este profesional, lo cual puede ser indicador de la presencia de un nivel bajo de personas con problemas de salud mental o una baja derivación de pacientes a este profesional debido a que las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia dicen relación a aspectos de salud física o de carácter socio-económicos, lo que produce que los problemas que se presentan los usuarios se resuelvan antes de realizar la derivación a este profesional.

I.- Trato y acogida del Asistente Social

En el siguiente gráfico que presenta cómo es el Trato y la Acogida por parte de las Asistentes Sociales, podemos advertir que un total de 85 usuarios responden que el trato de éstas es *Bueno*, lo que corresponde a un 34,0 % del total de los encuestados, además vemos que un total de 33 personas responden que el trato es *Muy Bueno*, lo que corresponde a un 13,2 %, mientras solo 9 personas consideran que el trato de este profesional es *Regular*, lo que corresponde a un 3,6% y solo 2 personas consideran éste como *Malo*, lo que porcentualmente corresponde a un 0,8% de los encuestados.

GRAFICO N° 15



Fuente: Investigación Directa

Si sumamos los porcentajes de las personas que consideran que el Trato y la Acogida es *Muy Bueno* o *Bueno*, tenemos un 47,2% del total de los usuarios encuestados, lo que corresponde a más del 80% del total de los encuestados. Esto nos parece relevante destacar, no solo por que es nuestra carrera, sino que por la relación que se debe generar entre la persona y el Asistente Social, es decir, generar la confianza necesaria para crear el espacio adecuado y así la fluidez de palabras, entregando esa transparencia necesaria en la relación con el usuario.

Por otro lado consideramos que también debe existir empatía por parte del Asistente Social, una actitud que genera respeto en esta relación, ponerse en el lugar del otro. Entonces de acuerdo al análisis realizado anteriormente, podemos concluir que en este tópico los usuarios en general consideran que las Asistentes Sociales mantiene un buen trato hacia ellos, lo que no solo permite decir que ha cambiado la percepción de los usuarios, sino que efectivamente se generan lazos, permitiendo ser efectivamente el puente entre su actual situación y la deseada.

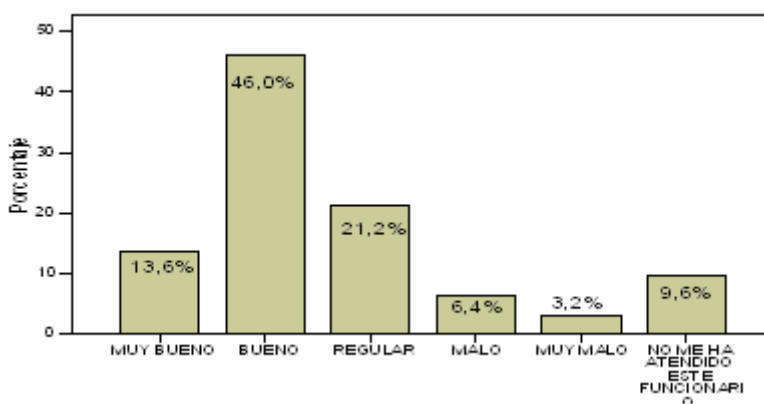
J.- Trato y acogida de Administrativos

En el gráfico que se presenta a continuación se responde a la pregunta acerca del Trato y la Acogida que ofrecen los Funcionarios Administrativos, en ella es posible verificar que la tendencia muestra que en general los usuarios creen que éste es bueno por parte de éstos, 115 personas responden a la opción de *Buena* y que representa a un 46% de las personas encuestadas, además es posible ver una segunda opción marcada como *Regular* con 53 personas que respondieron dentro de ese rango y que representa al 21% de los usuarios consultados. Por el contrario, 34 personas responden que han recibido un trato *Muy Buena* y que representa al 13,6% de las personas consultadas.

Por último solo 16 personas dijeron haber tenido un trato y una acogida *Mala* por parte de los administrativos de los CESFAM, representado porcentualmente por un 6,4% del total de los encuestados.

De esta forma se puede decir que los esfuerzos realizados por el Cesfam Baeza Goñi y el Sor Teresa en el aspecto de mejorar el buen trato entre usuarios y funcionarios se encuentra dentro de la planificación establecida por el Centro de Salud y por los lineamientos emanados del Minsal en la campaña por el buen trato, lo que mejora la gestión de los CESFAM y el clima al interior de los mismos.

GRAFICO N° 16



Fuente: Investigación Directa

Se destaca de manera pronunciada el hecho de que las personas encuestadas dicen sentirse en el rango que va de *regular, bueno y muy bueno*, lo que demuestra una mejora en este aspecto gracias a los cambios que se han realizado en cuanto a capacitación de funcionarios en el programa del *nuevo trato* del Minsal y de los lineamientos del nuevo modelo de atención en salud primaria, lo que se contrasta con la histórica insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud primaria respecto a estos funcionarios, de los cuales las principales quejas apuntaban al trato, los modales, el tono de voz y la displicencia con que se atendía y que generaba malas relaciones entre los usuarios y el personal administrativo de los establecimientos de salud. Es así que podemos afirmar que en esta materia se ha avanzado de forma positiva dentro de lo que es la reforma a la salud.

6.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA

El tiempo destinado a la atención, es el tiempo que se toma el profesional para atender a los/as personas, buscando que no quede nada pendiente durante la visita del usuario al profesional, así vemos que es responsabilidad del Médico el tiempo que le otorga a la atención del paciente, más allá de las dificultades propias de la alta demanda de atención dentro de los establecimientos de Salud Pública; *“Se debe programar un tiempo razonable para atender bien a cada paciente, de modo de poder conocerlo y darle las indicaciones necesarias. La citación de los enfermos en un consultorio debe estar debidamente planificada a modo de cumplir con cada tarea en forma eficiente y no hacer perder tiempo a las personas que vengan después”*. (www.escuela.med.puc.cl)

Los tiempos que se destinan dentro de los sistemas de Salud Pública son cortos, muchas veces esto se debe generalmente por la alta demanda que existe, lo que no ocurre en el sistema de salud privado. Esto obviamente provoca un grado de frustración del paciente al sentir que no tuvo el tiempo necesario para explicarle todos los síntomas claramente, lo que produce una desconfianza respecto del diagnóstico entregado y, por tanto del tratamiento.

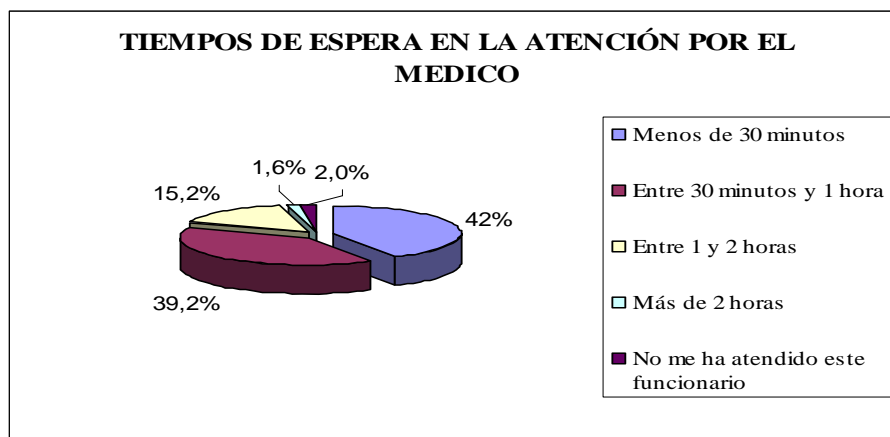
Es en este sentido que describiremos los tiempos de espera en los Centros de Salud Familiar para ser atendidos por los distintos profesionales que allí trabajan.

A.- Tiempo de espera en la atención por el Médico

En el presente gráfico que dice relación con los tiempos de espera para ser atendido por los Médicos, apreciamos que un total de 105 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 42%, mientras que 98 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que viene siendo un 39,2% y 38 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 15,2% del total de los encuestados y por último solo 4 personas contestaron que el tiempo de espera era *Mayor a Dos horas*, lo que corresponde a un 1,6%.

Vemos en el análisis anterior que 203 personas, que representan al 81,2% de los encuestados, dijeron esperar *Menos de Una Hora* para ser atendido, lo que claramente muestra una disminución en los tiempos, ya que antes la gente comentaba que podían estar toda la mañana esperando para ser atendidos. Entonces podemos concluir que los esfuerzos realizados por el Minsal en pos de una disminución en los tiempos de espera, están dando los frutos esperados.

GRAFICO N° 17



Fuente: Investigación Directa

Posiblemente el hecho de que exista una menor distancia de personas que se encuentran en el rango entre el mayor tiempo de espera para conseguir una hora de atención médica y el menor tiempo en conseguirla, se deba en parte a una mala distribución de los recursos humanos y técnicos asignados al equipo de salud del sector de atención 2 o también

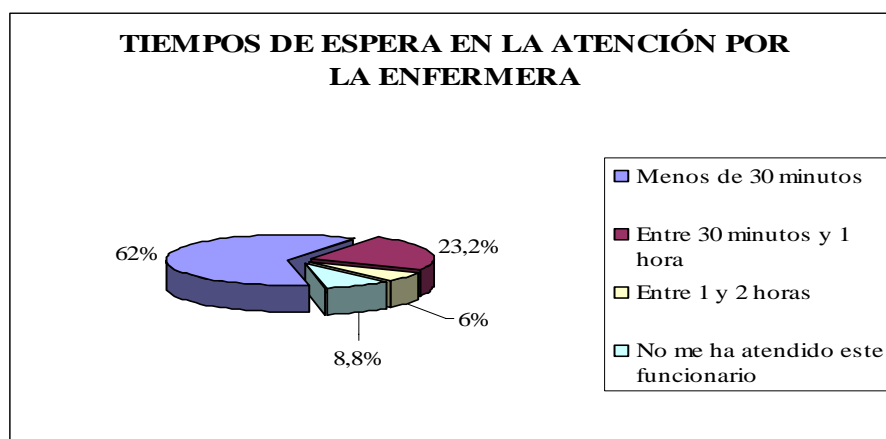
producto de la rotación profesional que existe dentro del equipo de salud que esta asignado para el territorio correspondiente a dicho sector, que produce como efecto directo una mala planificación al momento de distribuir las horas de atención médica en la población, que indirectamente produce una insatisfacción en los usuarios en relación a los servicios que se ofrecen por parte del equipo de salud a cargo del territorio de atención del sector 2.

Este hecho es valorado por los dirigentes sociales de los CDL, ya que a juicio de ellos el tema relacionado al área médica ha mejorado bastante con la reforma de la salud, lo que se visualiza en la disponibilidad de horas y en los tiempos de espera para conseguir horas, que también se han reducido de manera considerable, lo que se ve de manera positiva por parte de la población usuaria.

B.- Tiempo de espera en la atención por la Enfermera

El presente gráfico que expone los tiempos de espera para ser atendidos por las Enfermeras, podemos ver que un total de 155 encuestados, respondieron que tienen que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 62%, mientras que 58 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que viene siendo un 23,2% y 15 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 6% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 18



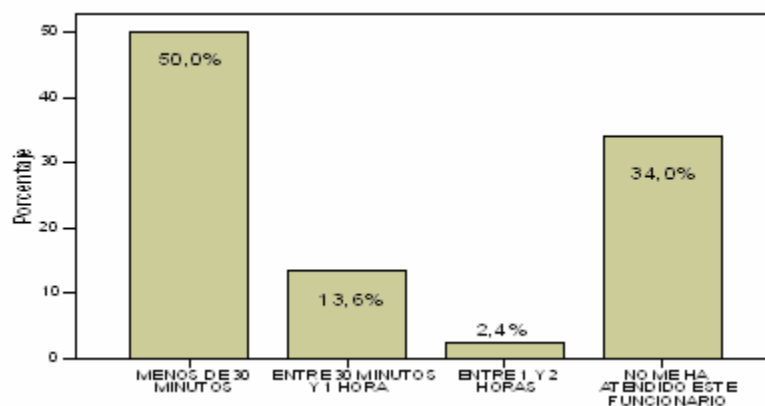
Fuente: Investigación Directa

Visualizamos nuevamente que el 85,2% de las personas encuestadas, dicen esperar *Menos de Una Hora* para ser atendidos. De los resultados presentados anteriormente se refuerza la idea de que se ha mejorado en la administración de los recursos humanos y de planificación con el fin de agilizar los tiempos de espera y atención de los profesionales de la salud, esto se refleja en el alto índice de usuarios que afirma esperar *menos de 30 minutos* para atenderse con la Enfermera.

C.- Tiempo de espera en la atención por la Matrona

En este gráfico se puede ver que en relación a los tiempos para ser atendidos por las Matronas, un total de 125 encuestados respondieron que tienen que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 50% de los encuestados, mientras que 34 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que corresponde a un 13,6% y solo 6 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 2,4% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 19



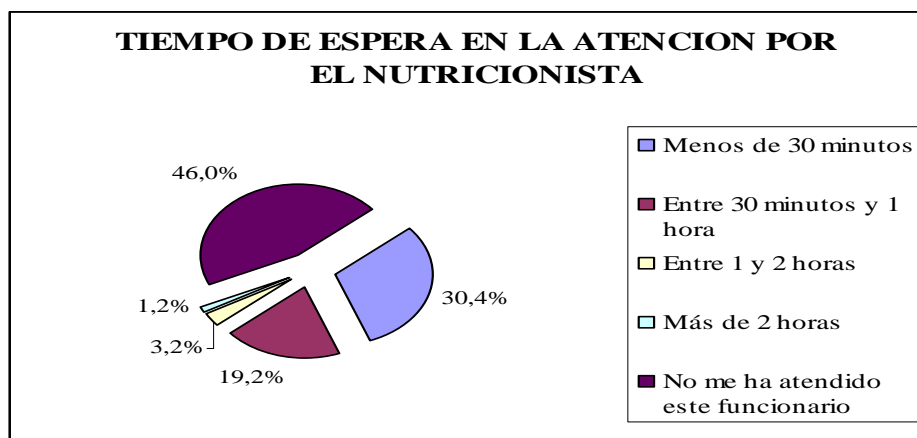
Fuente: Investigación Directa

De esta manera vemos que la tendencia nos continúa mostrando que los tiempos de espera han disminuido, lo que provoca que los usuarios estén menos ansiosos al momento de pasar a atenderse y que obviamente incide de manera positiva en su percepción acerca del servicio que ofrece el Centro de Salud.

D.- Tiempo de espera en la atención por el Nutricionista

En el siguiente gráfico se logra apreciar que en relación a los tiempos de espera por este profesional, un total de 76 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 30,4%, mientras que 48 de los 250 encuestados, dijeron esperar entre *30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que corresponde a un 19,2%, 8 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 3,2% y solo 3 personas dijeron que se demoraban *Más De Dos Horas* en ser atendidos, lo que representa un 1,2% del total de los encuestados. De esta forma, observamos que un 49,6% de los encuestados nos responden que esperan *Menos de Una Hora* para ser atendidos, lo que representa más del 90% del total de los encuestados, lo que nos demuestra que se está avanzando muy bien en este punto, pensando que estamos hablando de la Salud Pública.

GRAFICO N° 20



Fuente: Investigación Directa

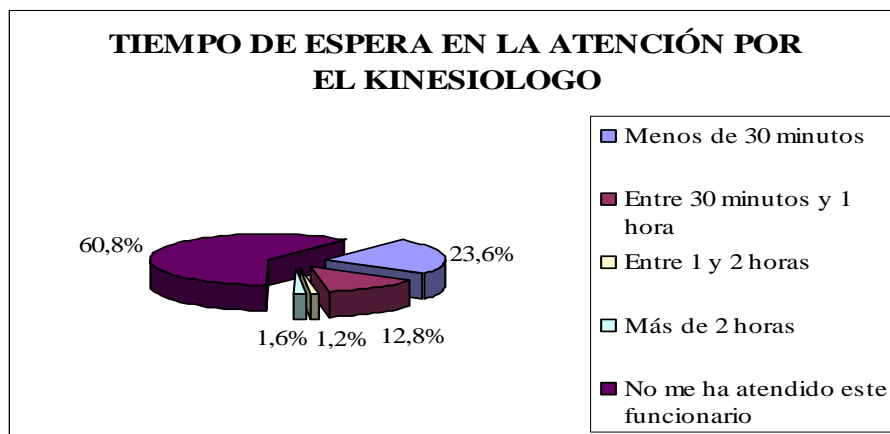
Los tiempos de espera para atenderse con este profesional se encuentran en un rango óptimo de satisfacción, ya que el mayor porcentaje de personas que se han atendido con los Nutricionistas afirma esperar *menos de 30 minutos*, en cuanto al porcentaje que afirma no haberse atendido con el profesional es alto, sin embargo hay que recordar que la función de atención personalizada de los Nutricionistas son para casos diagnosticados con alguna

patología que requiera de sus servicios dejando otra función importante en la *promoción de estilos de vida saludable* en la población en conjunto con los equipos médicos de salud, por lo que este profesional cumple con ambas tareas y de manera indirecta contribuye a la difusión y promoción del nuevo modelo de salud hacia los usuarios.

E.- Tiempo de espera en la atención por el Kinesiólogo

En el presente gráfico se puede visualizar que en relación a los tiempos para ser atendido por los Kinesiólogos, un total de 59 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 23,6%, mientras que 32 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que representa un 12,8%, 3 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 1,2% y 3 respondieron que se demoraban *Más De Dos Horas* en ser atendidos, lo que representa un 1,6% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 21



Fuente: Investigación Directa

El rango que se presenta dentro de los *30 minutos* es el que representa la mayor cantidad de afirmaciones, que hace expedita su atención, en relación al alto porcentaje de personas que afirman no haberse atendido con el profesional, se debe en gran medida a lo mencionado anteriormente y que se relaciona a la población objetivo a la cual atiende, ya que la

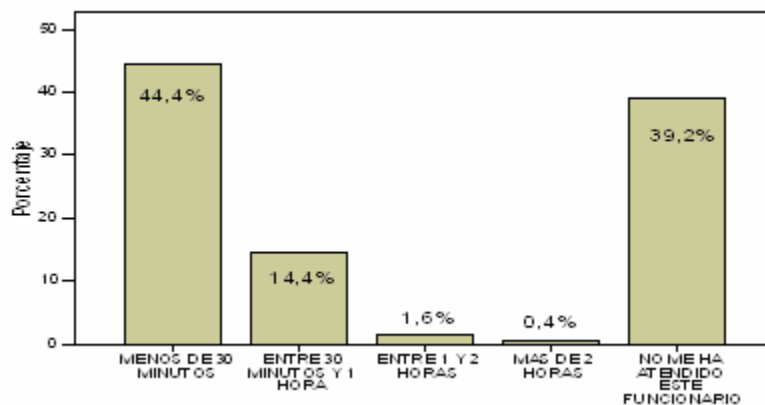
demanda por atención es restringida a los usuarios que presentan algún tipo de discapacidad física, lo que reduce el número de personas que se atienden con este funcionario.

Continuando con la tendencia hacia la disminución de los tiempos de espera, podemos ver que sin lugar a duda y por los datos recogidos, que este tópico debe ser uno de los que más ha mejorado desde que estos dos Consultorios se transformaron a Centros de Salud Familiar.

F.- Tiempo de espera en la atención por el Dentista

En este gráfico es posible interpretar que, en relación a los tiempos para ser atendido por los Dentistas, un total de 111 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 44,4%, mientras que 36 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que representa un 14,4%, 4 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 1,6% y solo 1 respondió que se demoraba *Más De Dos Horas* en ser atendidos, lo que representa un 0,4% del total de los encuestados. En relación a este profesional son interesantes los resultados que arroja la encuesta, ya que es uno de los profesionales que nunca se sabe cuanto tiempo puede estar atendiendo a un paciente, por cuanto siempre aparecen imprevistos, atrasando todo el resto de las atenciones.

GRAFICO N° 22



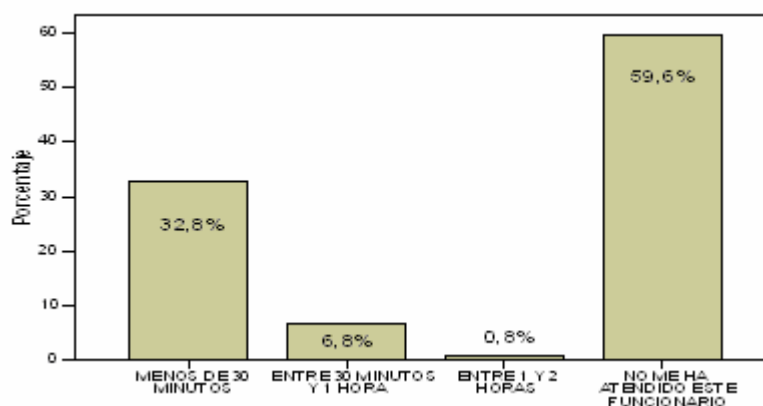
Fuente: Investigación Directa

Uno de los profesionales con mayor rotación funcionaria (movilidad laboral y traslado desde el sector público al sector privado) en los Centros de Salud Familiar son los Dentistas, de ello es que no exista una mayor cobertura de atención en los usuarios de los Cesfam por parte de este profesional y que produce dentro de esta investigación el alto grado de personas que responden no haber sido atendido por éste. Dentro de la nueva reforma, la existencia de la alta rotación de funcionarios del sector público al sector privado de la salud, específicamente aquellos profesionales con especialidades como Dentistas, Kinesiólogos, Médicos Familiares y Oculistas entre otros, se presenta como uno de los aspectos negativos de la nueva reforma y de la salud pública en general.

G.- Tiempo de espera en la atención por el Psicólogo

El siguiente gráfico nos permite inferir que, en relación a los tiempos de espera para ser atendido por los Psicólogos, un total de 82 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 32,8%, mientras que 17 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que representa un 6,8%, y solo 2 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 0,8% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 23



Fuente: Investigación Directa

Si analizamos detalladamente, notamos que un 39,6% de los usuarios encuestados, reconoce esperar *Menos de Una Hora* para ser atendido por este profesional. Esto nos

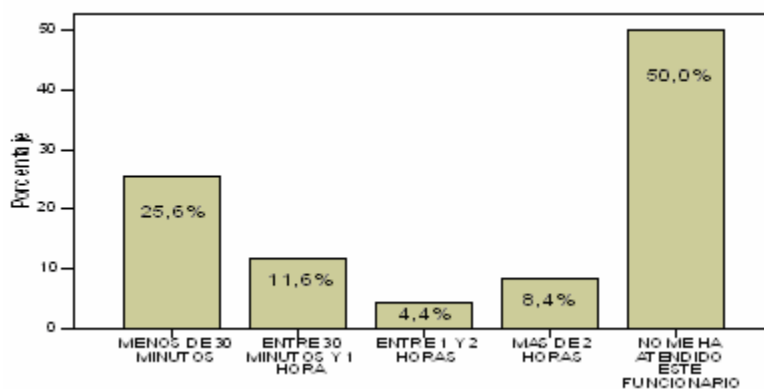
podría estar diciendo por un lado, que éstos están disminuyendo y, por otro que las atenciones son más cortas, cosa que no mejoraría el eterno problema de la interminable espera por una atención, con una hora tomada previamente.

La labor de los Psicólogos al interior de los Cesfam estaba mediada por el factor tiempo, principalmente a lo que se refiere a los horarios de atención asignados (similar al caso del Asistente Social), los cuales no se encontraban dentro de una planificación establecida, sino que se realizaba dependiendo de la situación planteada por el paciente, lo que hacía que esta atención se extendiera en varios minutos o cercanos a la hora, actualmente esto se comenzó a regular por medio de horarios de atención asignados a este profesional, que ha ordenado y optimizado los tiempos de espera de los usuarios que demandan el servicio Psicológico en los Cesfam.

H.- Tiempo de espera en la atención por el Asistente Social

El gráfico presentado a continuación nos muestra los tiempos de espera para ser atendido por las Asistentes Sociales, un total de 64 encuestados, respondieron que tiene que esperar *Menos De 30 Minutos* para ser atendido, lo que corresponde a un 25,6%, mientras que 29 de los 250 encuestados, dijeron esperar *Entre 30 Minutos y Una Hora* para ser atendido, lo que representa un 11,6%, 11 personas respondieron que se demoran *Entre Una y Dos Horas* para ser atendidos, lo que corresponde a un 4,4% y para finalizar 21 de los encuestados dijeron que se demoraban *Más de Dos Horas* para ser atendido, lo que corresponde a un 8,4% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 24



Fuente: Investigación Directa

Siguiendo con lo anterior y a partir de los resultados obtenidos, haremos un análisis desde tres aspectos, primero vamos a hacer referencia acerca del alto porcentaje de personas que afirman no haberse atendido con este profesional que corresponde al 50% del total de personas encuestadas, sin embargo de las personas que se han atendido con este funcionario dependiendo del sector es alto y en gran medida este número es homogéneo, ya que no existe mayor diferencia entre las atenciones recibidas por sector independiente a los tiempos de espera que se presentan en los datos, esto es en gran parte a la labor de los Asistentes Sociales al interior de los Cesfam, además de dedicarse a la atención de casos, su trabajo se centra en los temas de participación y promoción en salud, además de realizar las fichas de atención familiar, por tanto la demanda es variable dependiendo de la necesidad del usuario al profesional, a diferencia del tema Médico donde existe un control periódico en el casos de pacientes crónicos.

De todas formas el hecho de que la mitad de los encuestados haya sido atendido alguna vez por un Asistente Social no deja de ser menor y se podría asociar a la inclusión del trabajo multidisciplinario de los profesionales de la salud, donde el estudio del factor social es crucial en la intervención dentro de los marcos de la nueva reforma, es decir, el hecho de que la mitad de los encuestados atendidos no necesariamente responde al hecho de la existencia de gran cantidad de problemáticas psicosociales (situación que en el contexto local existe), sino más bien es uno de los cambios que se impulsa desde la Salud Familiar,

el hecho de integrar el estudio de los factores sociales y culturales presentes en la población usuaria.

En segundo orden las demora en los tiempos de espera se deben a que dentro de los Cesfam la atención que realiza el Asistente Social está en gran medida supeditado a la demanda espontánea, es decir, que no es necesario solicitar horas para la atención de este profesional, sino que se da en el marco de solicitudes de visitas domiciliarias para evaluación y realización de fichas sociales, acompañamiento a trámites de índole social (certificados, actas, etc.) o situaciones de atención en crisis, que en el ámbito de la salud es bastante recurrente, por lo mismo es que el horario de atención en demanda espontánea depende de la problemática que sea presentada, dando la posibilidad de profundizar en la situación problema y brindando el tiempo que sea necesario (dependiendo de la gravedad de la atención), lo que puede dejar en orden de espera a otros usuarios que necesiten de los servicios profesionales del Asistente Social. Actualmente se está estableciendo como reglamento interno el hecho de que se asignen horas de atención a la usanza de las horas Médicas o en su defecto horarios preestablecidos más rígidos con horarios determinados para cada sector de atención.

6.4 DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS AL MOMENTO DE SER SOLICITADOS POR LOS USUARIOS

En relación a la siguiente descripción, lo que se pretende indagar es si efectivamente los medicamentos entregados por el Cesfam se encuentran disponibles al momento de ser solicitados por los usuarios. La tabla que a continuación se presenta, reflejará a partir de los tópicos siempre, la mayoría de las veces, solo algunas veces, nunca, no he recibido este servicio, la efectividad de dicho servicio.

CUADRO N° 4
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos SIEMPRE	9	3,6	3,6	3,6
LA MAYORIA DE LAS VECES	65	26,0	26,0	29,6
SOLO ALGUNAS VECES	44	17,6	17,6	47,2
NUNCA	122	48,8	48,8	96,0
NO HE RECIBIDO ESTE SERVICIO	10	4,0	4,0	100,0
Total	250	100,0	100,00	

Fuente: Investigación Directa

La relación que se establece a la consulta de la disponibilidad de medicamentos y sector al que pertenece, nos refleja que la situación en este aspecto se presenta a grandes rasgos con una tendencia negativa en torno a este tema, por cuanto en una revisión global de los datos presentados en el presente gráfico nos muestra que 122 personas responden que *Nunca Habían Encontrado Los Medicamentos*, lo que representa un 48,8% del total de encuestados, de ellas el sector que presenta una mayor insatisfacción respecto de este servicio es el sector 2 de atención, de un total de 115 personas inscritas en el sector 2 y que respondieron la encuesta, 54 calificaron como malo el servicio (que no habían encontrado los medicamentos), doblando en cantidad a los que respondieron (dentro del mismo sector de atención) que la *Mayoría de las veces* encontraban éstos, que fueron 33 personas.

En lo que respecta a los otros dos sectores la tendencia es la misma con un doblamiento numérico en la cantidad de respuestas dentro de los rangos *La Mayoría de las Veces* y *Nunca*, en gran parte esta es una de las deudas de la nueva reforma que apunta a la escasa disponibilidad de medicamentos específicos en las farmacias de los servicios primarios de atención, pensando que solo 9 usuarios respondieron que *Siempre* encontraba los medicamentos prescritos para su tratamiento en la farmacia del consultorio, las que porcentualmente corresponden a tan solo el 3,6%, mientras que a la variable de *La Mayoría De Las Veces*, 65 usuarios se identificaron con esta descripción, representando al 26% del total, un 17,6% que corresponden a 44 pacientes, respondieron recibir los medicamentos *Solo Algunas Veces*.

Cabe recordar que el stock de medicamentos en su mayoría corresponde a medicamentos genéricos, como el caso de las aspirinas, paracetamoles y remedios para pacientes crónicos, como por ejemplo con problemas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otros, y que requieren de un tratamiento específico, estos medicamentos son los que se encuentran en mayor medida en los establecimientos de salud, en el caso opuesto están los medicamentos recetados a pacientes sin tratamiento específico o pacientes que requieren de medicamentos aún más específicos dependiendo de sus patologías.

Como se mencionaba anteriormente este es uno de los aspectos en deuda de la nueva reforma, esta problemática tiene relación directa al tema de asignación de recursos que vienen del Minsal, ya que se concentran todos los recursos en el Percápita asignado a cada establecimiento, esta es la cuota por la cual se asignan recursos para todas las áreas de gestión de los Cesfam, actualmente el percápita asciende a \$ 1480, una cifra que no alcanza a cubrir todos los aspectos del servicio de salud. Esta es una subvención que se da por parte del Estado a los Centros de Salud por usuario inscrito, y es través de ésta que se planifica la administración de los recursos al interior de los Centros de Salud Familiar, aquí se cubren los gastos de sueldo de funcionarios que trabajan al interior de éstos, arreglos de infraestructura e inmobiliario, materiales de oficina, equipamiento técnico y/o actividades de promoción de la salud.

Por ello se instauró a nivel nacional la discusión referente a la mejora de la actual cifra de percápita, para efectos de un aumento se está solicitando \$ 3.000 pesos, este monto además está avalado por estudios realizados tanto por economistas nacionales como a nivel internacional, es por esto que se han reunido periódicamente los Consejos de Salud a nivel comunal en pos de exigir el aumento de esta cifra, liderando en conjunto acciones tendientes a organizar de manera amplia la participación de los CDL dentro de la asignación de recursos en Salud.

De dicha organización han nacido instancias como los Interconsejos comunales y actualmente la agrupación de CDL del Sector Sur Metropolitano, con el fin de aunar esfuerzos en pos de la mejora de la calidad que ofrecen los servicios de salud, actualmente

se han reunido con autoridades ministeriales como la Subsecretaria de Salud y está agendada una reunión con la Ministra para explicar la demanda, además se han reunido con autoridades parlamentarias y sociales con el fin de sensibilizar respecto a lo crucial que es el tema de la asignación de recursos por medio del per cápita y la urgencia de aumentar la cifra que actualmente existe, ya que como se desprende de la encuesta, una de las principales fallas del sistema es el acceso a medicamentos por parte de la población usuaria, encareciendo la calidad de vida de éstos al tratar de adquirir medicamentos en situaciones puntuales que afectan su salud, y que no están en el stock que compra el Minsal por medio de contratos con laboratorios a través del departamento epidemiológico y de abastecimiento de medicamentos.

Es por tanto que el factor de falta de medicamentos no es un tema puntual de los Centros de Salud en relación a asignación de recursos, sino que es un tema a nivel Ministerial y de los servicios provinciales de salud.

6.5 CARACTERIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR, EN RELACIÓN A LA INFRAESTRUCTURA, HIGIENE Y SEÑALIZACIONES.

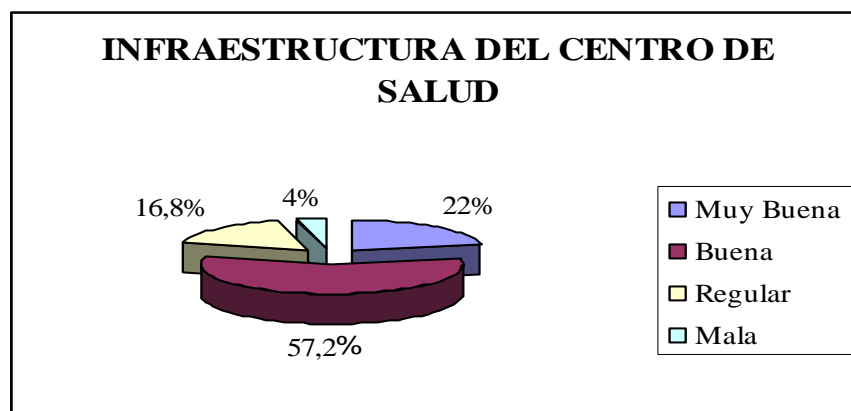
Con este nuevo cambio de Enfoque de Salud, el Minsal no solo se propone mejorar la calidad de la atención y, por tanto la satisfacción de los usuarios, sino que además esto debe ir acompañado a una infraestructura acorde a las nuevas necesidades de este modelo, es así como vemos que muchos de los Boxes son más amplios, para recibir a más de un miembro de una familia simultáneamente, además con salas multiuso para realizar actividades grupales, sala de procedimientos para cirugías menores y salas de trabajo para que el equipo de salud pueda desarrollar capacitación o docencia.

A continuación describiremos la percepción de los usuarios en relación a tres tópicos, la infraestructura, la higiene y limpieza, y las señalizaciones al interior de éstos.

A.- Infraestructura del Centro de Salud

En lo que dice relación al cambio en la Infraestructura de los nuevos Centros de Salud Familiar, podemos ver en el siguiente gráfico que 143 personas encuestadas respondieron que ésta es *Buena*, lo que corresponde al 57,2%, en tanto 55 personas la consideran *Muy Buena*, lo que representa un 22%. Por otro lado 42 personas la consideran que es *Regular*, lo que corresponde a un 16,8%, por último solo 10 de las personas encuestadas respondieron que ésta continúa siendo *Mala*, correspondiendo a solo el 4% del total de los encuestados. Además de los datos mencionados arriba, podemos decir que un 79,2% de los encuestados dicen encontrar las nuevas instalaciones al menos *Buena*, lo que representa casi un 80% de los encuestados. Estos resultados se ven mejorados, en parte por contar ahora con una sala de espera más espaciosa y mucho más cómoda.

GRAFICO N° 25



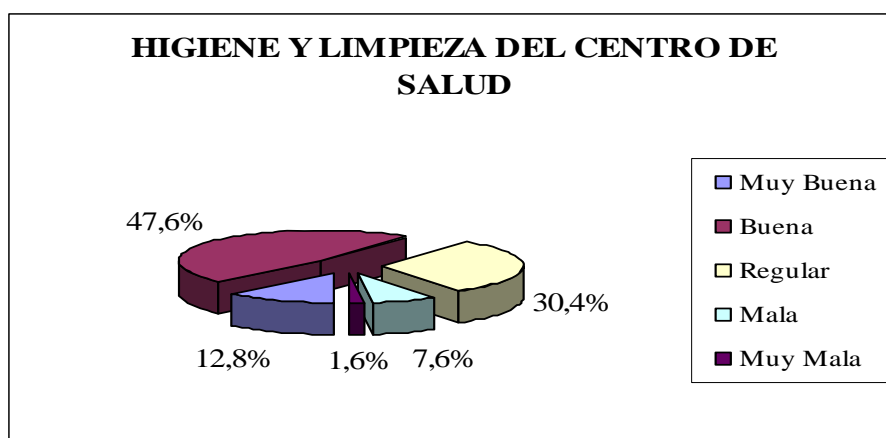
Fuente: Investigación Directa

Este es uno de los aspectos en que más se ha invertido en los Centros de Salud con el fin de ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población, entregando espacios amplios en las salas de espera, mejorando las instalaciones sanitarias públicas y de los funcionarios, además de invertir en nuevos mobiliarios y en mejorar los accesos para personas con un grado de discapacidad física, incluso en el caso del Cesfam Baeza Goñi con la instalación de un ascensor mecánico para el traslado de las personas en silla de ruedas a las distintas plantas del Centro de Salud, lo que demuestra la importancia que se le asigna desde el Minsal a este aspecto de la reforma.

B.- Higiene y Limpieza del Centro de Salud

El presente gráfico nos permite apreciar que, en lo que dice relación a la Higiene y Limpieza de los Centros de Salud Familiar, podemos visualizar que la mayor cantidad de personas afirman que ésta es *Buena*, correspondiendo al 47,6% de los usuarios consultados acerca de este aspecto del funcionamiento del Centro de Salud; de ellas el sector 2 es el que afirma en mayor medida con 53 personas que se siente más satisfecho en relación a la limpieza y la higiene que presenta su establecimiento de salud siendo las que responden dentro del rango de *Buena* y que en relación a los otros sectores de atención y número de personas que respondieron la encuesta es la que presenta una menor cantidad de usuarios en el rango de encontrar *Muy Mala* la higiene y la limpieza del establecimiento siendo 6 personas que se encuentran dentro del 7,6% de respuestas dentro de este rango, además 32 personas la consideran *Muy Buena*, lo que corresponde a un 12,8%, en tanto 19 de las personas encuestadas respondieron que ésta sigue siendo *Mala*, lo que corresponde a solo el 7,6%.

GRAFICO N° 26



Fuente: Investigación Directa

Uno de los principales cambios dentro del proceso de reforma es el énfasis que se da en presentar al usuario establecimientos de salud que sean higiénicos y seguros en cuanto a limpieza en el transcurso de la estadía de los pacientes en espera de su atención o de algún trámite relacionado a la solicitud de horas médicas o de otro tipo relacionado con la atención en salud, con el fin de internalizar el concepto de lugares limpios y saludables y

que se pueda transmitir al usuario el hecho de mantener sus espacios cotidianos donde se desenvuelve de la misma manera, de alguna forma es el hecho de “dar el ejemplo”, hecho que si se compara con los antiguos establecimientos en lo que respecta a higiene y limpieza de baños, pasillos y salas de espera dejaba mucho que desear, además de ser los Centros de Salud lugares de riesgo de infecciones de gérmenes o virus relacionados a gripes o similares en tiempo de invierno. Por ello se ha invertido desde el Minsal y las direcciones provinciales de salud recursos materiales en la adquisición de productos de limpieza con características anti-gérmenes y similares, con el fin de brindar espacios agradables y limpios a los usuarios.

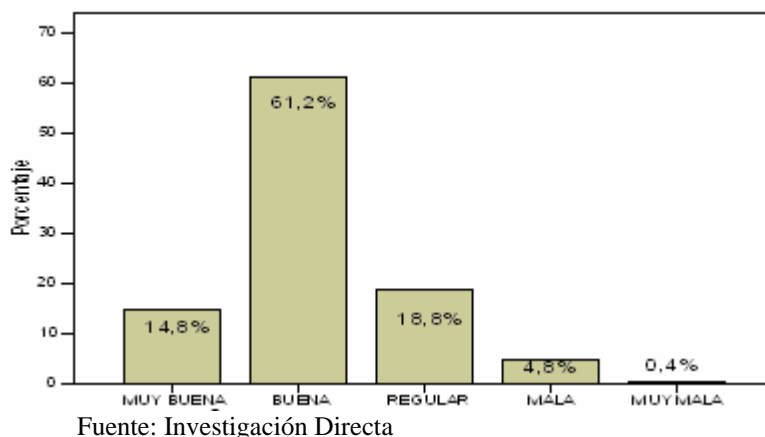
Con tal motivo es que esta mejora en lo que se refiere a la limpieza de los establecimientos de salud es uno de los hechos más valorados por los usuarios de los servicios primarios de salud del presente estudio, ya que es un punto importante si se piensa que uno se siente más cómodo en un lugar que cuida la limpieza, más si éste es un lugar público en el que constantemente están entrando y saliendo personas. No obstante lo anterior, vemos que un 39,6% de los encuestados considera que la Limpieza y la Higiene es al menos Regular, lo que nos demuestra que se están haciendo los esfuerzos por tener a los usuarios en lugares más cómodos y limpios, sin embargo aún queda por mejorar este aspecto.

C.- Señalizaciones de los Centros de Salud Familiar.

Los datos expuestos en el presente gráfico nos permiten ver que en los resultados a la pregunta de cómo consideran que son las Señalizaciones al interior de los CESFAM, un total de 153 personas encuestadas respondieron que éstas son *Buenas*, lo que corresponde al 61,2%, mientras que 47 personas consideran que éstas son *Regulares*, lo que representa a un 18,8%. Por otro lado 37 personas piensan que son *Muy Buenas*, lo que equivale a un 14,8%, en tanto 12 personas encuestadas respondieron que ésta sigue siendo *Mala*, correspondiendo a solo el 4,8% y, por último solo 1 persona encuestada considera que las señalizaciones al interior de los Cesfam son *Muy Malas*, ocupando solo el 0,4% del total de los encuestados.

Este aspecto es importante de investigar, ya que al ser una nueva construcción (claramente más grande), se hace necesario que las señalizaciones sean claras, por ejemplo las que dicen relación con los baños, los boxes de atención, etc., tomando en cuenta el nivel educacional (muchos no sabe leer) y etareo (muchos son adultos mayores).

GRAFICO N° 27



En relación a los resultados expuestos se puede concluir que los cambios introducidos en la infraestructura de los Centros de Salud y específicamente en las señalizaciones al interior de éstos, ha mejorado la percepción de orden que tiene el usuario, ya que cada color asigna un territorio, lo que ayuda a éste en la llegada al Centro de Salud, ya que sabe de manera anticipada a que sector dirigirse y que equipo de salud tiene a su servicio, esto además ayuda al usuario a identificarse con su sector de atención y su equipo de salud.

6.6 DESCRIPCIÓN DE LOS TIEMPOS PARA CONSEGUIR HORA PARA ATENCIÓN MÉDICA

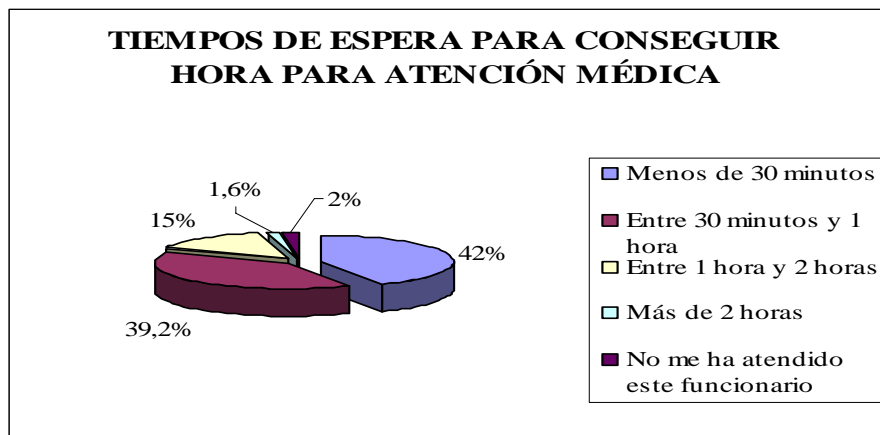
En el siguiente gráfico se describirá los tiempos de espera de los usuarios para conseguir hora para ser atendidos posteriormente por los distintos Médicos que atienden en los Centros de Salud Familiar, sea viniendo directamente al Cesfam o solicitándola por teléfono.

Así vemos que un total de 103 personas encuestadas respondieron que se tardan *Menos De 30 Minutos* para conseguir una hora, lo que corresponde al 42%, mientras que 91 personas lo hacen *Entre 30 Minutos y Una Hora*, lo que corresponde a un 39,9%. Por otro lado 53 personas la consiguen *Entre Una Y Dos Horas*, lo que corresponde a un 15,2%, en tanto solo 3 de las personas encuestadas respondieron que solo *Después De Dos Horas* logran conseguir una hora para ser atendidos, correspondiendo a solo el 1,6% del total de los encuestados.

De los gráficos notamos que un 81,2% de las personas encuestadas se demoran *entre 30 minutos y Una Hora* para conseguir una hora Médica, lo que efectivamente nos muestra que ahora se hace un poco más rápido y en algunos casos más cómodo (por teléfono).

Siguiendo con lo anterior, es posible apreciar un porcentaje favorable en relación a la disminución del tiempo para ser atendido por el Médico con un 42% de la personas encuestadas dentro del rango de *Menos de 30 minutos*, de este porcentaje favorable 42 personas corresponden al sector 1 de atención, siendo éste el que presenta un mayor grado de satisfacción frente a este tópico; por el contrario, el sector 2 de atención es el que presenta un mayor tiempo de espera para conseguir una hora para atención Médica, este tiempo corresponde al rango entre *Una y Dos Horas*, en la cual 31 personas responden esperar un espacio prolongado para conseguir una hora de atención médica, este mismo sector de atención (2) es el que presenta una menor distancia entre las personas que afirman esperar menos de 30 minutos (38 personas) y las que dicen esperar entre Una y Dos horas (31 personas) a diferencia de otros sectores de atención donde la diferencia es mayor entre estos dos extremos de rango.

GRAFICO N° 28



Fuente: Investigación Directa

Posiblemente el hecho de que exista una menor distancia de personas que se encuentran en el rango entre el mayor tiempo de espera para conseguir una hora de atención médica y el menor tiempo, se deba en parte a una mala distribución de los recursos humanos y técnicos asignados al equipo de salud del sector de atención 2 o puede ser producto de la rotación profesional que existe dentro del equipo de salud que se encuentra asignado a dicho territorio, que trae como efecto directo una mala planificación al momento de distribuir las horas de atención médica en la población, que indirectamente produce una insatisfacción en los usuarios del sector 2 en relación a los servicios que se ofrecen por parte del equipo de salud a cargo de dicho territorio.

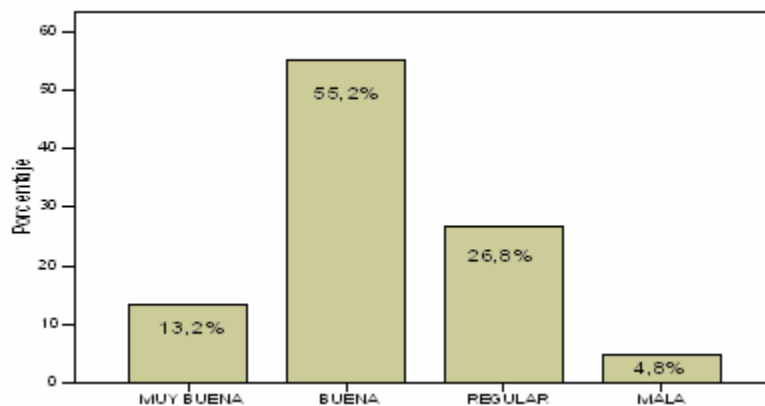
Este hecho es valorado por los dirigentes sociales de los CDL, ya que a juicio de ellos el tema Médico ha mejorado bastante con la reforma de la salud, lo que se visualiza en la disponibilidad de horas, los tiempos de espera para conseguir horas se han reducido de manera considerable, lo que se visualiza como positivo por parte de la población usuaria.

6.7 DESCRIPCION GENERAL DE LA ATENCION BRINDADA POR LOS CESFAM

Como ya lo hemos descrito anteriormente, la atención que brinda el Cesfam apunta a todos los tópicos anteriores, es decir, Trato y Acogida, Tiempos de Espera, Infraestructura, higiene, etc. Por tanto lo que tratamos de buscar es una mirada más general respecto a todos los puntos anteriores.

El siguiente gráfico pretende dar una descripción general de la Atención Brindada Por Los Cesfam. En relación a los resultados obtenidos podemos decir que un total de 138 personas consideran que la atención en términos generales es *Buena*, lo que corresponde a un 55,2%, mientras que 67 personas consideran que la atención es *Regular*, que equivale al 26,8%, otras 33 personas respondieron que ahora la atención es *Muy Buena*, representando el 13,2% y, por último solo 12 personas respondieron que la atención brindada por los Cesfam es *Mala*, lo que equivale al 4,8% del total de los encuestados.

GRAFICO N° 29



Fuente: Investigación Directa

Si indagamos un poco más en los resultados obtenidos, vemos que un 68,4% de los encuestados dicen haber recibido una atención *Buena* a *Muy Buena*, y el restante 31,6% dice haber recibido una atención de *Regular* a *Mala*. Con esto no queda más que decir que el cambio de Enfoque de Salud está dando sus primeros frutos, lo que siempre es alentador, sobre todo para las personas que no pueden acceder a los servicios de salud privados.

Por otro lado no podemos saber si estos resultados son aislados o los podemos generalizar, pero una cosa es segura, que al menos en una comuna se está cumpliendo lo que el Ministerio de Salud espera de los nuevos Centros de Salud Familiar.

Este mismo resultado lo podemos cruzar con el de las entrevistas en relación al conocimiento del enfoque de Salud Familiar, ya que nos permite decir que el profesional al tener una mejor relación con el usuario, trae como consecuencia que el primero junto con entregar el diagnóstico, le permite además explicar la importancia de los estilos de vida saludables en la vida tanto de él como de su entorno familiar, acercando el nuevo modelo de forma directa y concreta al conocimiento del usuario, además de recibir una atención de salud de calidad humana y cercana, el usuario recibe una capacitación de lo que es este nuevo modelo, lo que mejora la percepción acerca de la calidad del servicio y, por tanto los índices de satisfacción acerca del servicio que se ofrece en los establecimientos de salud.

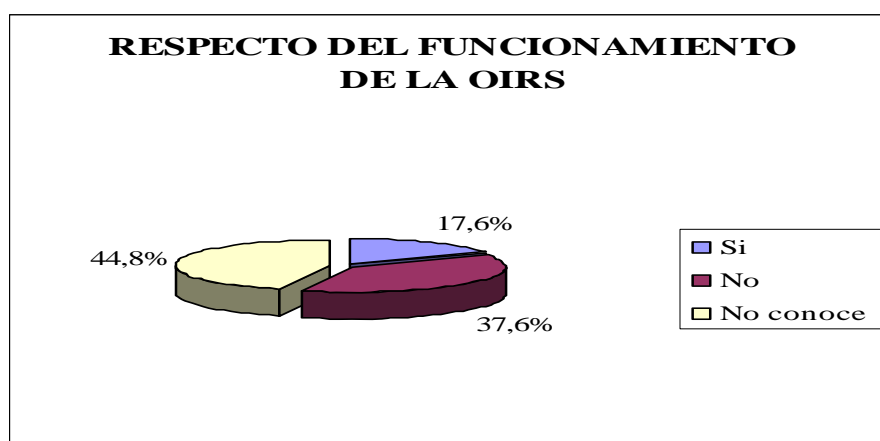
6.8 DESCRIPCION DE LOS USUARIOS, RESPECTO DEL TRABAJO REALIZADO POR LA OIRS

Una de las principales características de este cambio de enfoque es el hecho de que existan las OIRS (Oficina de Información Reclamos y sugerencias) dentro de los Cesfam. En ese sentido es que ésta pretende crear espacios de comunicación entre el usuario y el Centro de Salud, buscando garantizar el Derecho de las personas.

Es aquí que destacan funciones tales como *atender a los interesados*, cuando encuentren dificultades en la tramitación de sus asuntos y requieran saber en qué estado de avance se encuentra su solicitud dentro del servicio o simplemente si necesita algún tipo de documentación para llevar a cabo una diligencia. Otra función es *recibir y estudiar sugerencias*, a fin de mejorar el funcionamiento de la Oficina o la calidad de los servicios que se entregan en el Centro de Salud, además de *realizar encuestas y mediciones* sobre la satisfacción de los usuarios respecto a la calidad de la atención y las expectativas de estos al acercarse al Cesfam.

Siguiendo con lo anterior es que preguntamos si los reclamos y sugerencias hechas por este medio, son tomados en cuenta por el Centro de Salud. Es así que vemos en el siguiente gráfico que de un total de 250 encuestados, un 44,8% responde que *No Conoce* esta instancia, lo que demuestra que falta un poco más de información respecto de este servicio, mientras un 37,6% considera que los reclamos realizados *No Son Tomados En Cuenta* y tan solo el 17,6% si creen que éstos *Si Son Tomados En Cuenta* por el Cesfam.

GRAFICO N° 30



Fuente: Investigación Directa

En síntesis el grado de desconocimiento de los usuarios de la función que cumple la Oirs dentro del Cesfam es preocupante dentro del actual contexto de la reforma a la salud primaria, ya que no se establece el nexo necesario entre usuarios y el establecimiento de salud para mejorar el servicio que se brinda, no obstante aún se le conoce a la Oirs como el módulo de información que se encuentra al interior del Cesfam, razón por la cual se han hecho esfuerzos por potenciar el trabajo de difusión que debe realizar esta oficina en la relación usuario-Centros de Salud, incorporando nuevas tareas, como difusión en salas de espera, entrega de trípticos, ente otras iniciativas, que logre acercar esta nueva visión de reclamos y sugerencias al usuario.

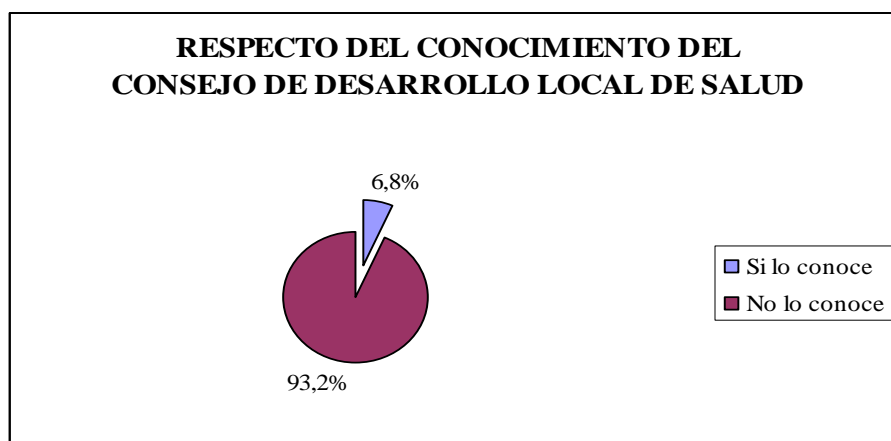
6.9 DESCRIPCION DE LOS USUARIOS, RESPECTO DEL CONOCIMIENTO DEL CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL

Como se ha mencionado anteriormente, el cambio de enfoque de salud, busca también hacer partícipe al usuario en la promoción de la salud, por esto se crearon los Consejos de Desarrollo Local (CDL), para que sean una instancia de participación real de los usuarios a través de las distintas Organizaciones Sociales existentes en el sector, es decir, la participación de los usuarios puede estar representada por grupos de autoayuda (depresión, enfermos crónicos, etc.) u otro tipo de organización social.

Es así como vemos que en el siguiente gráfico, de un total de 250 encuestados, 233 personas encuestadas dicen *No Conocer al CDL*, lo que corresponde a un 93,2% y solo 17 personas respondieron que *Conocían al CDL*, representado porcentualmente por solo el 6,8% del total de los encuestados.

En relación al conocimiento que tiene la población usuaria respecto de los CDL, es preciso señalar que a la luz de los resultados expresados en la encuesta y que marcan un desconocimiento del trabajo que se realiza y que alcanza a un porcentaje del 93,2% de las personas encuestadas quines afirman no conocer el CDL en cuanto a la labor que realizan, si esto lo analizamos en conjunto con la mirada que los directivos y los propios dirigentes del CDL tienen cambia de alguna forma esta impresión.

GRAFICO N° 31



Fuente: Investigación Directa

De esta forma, a juicio de los directivos esta situación de desconocimiento general puede pasar por el tipo de trabajo que se desarrolla desde los CDL, ya que en el tiempo que se ha trabajado en conjunto con los Cesfam se han logrado avances importantes en gestión e implementación de nuevas políticas de salud desde los Cesfam, obviamente esto no es visible de manera directa como trabajo del CDL por parte de de la población usuaria, ya que se trata de un trabajo netamente interno en los Centros de Salud, esta situación se ve reforzada por el hecho de que en toda esta etapa de transformación se ha desarrollado un trabajo de capacitación de sus dirigentes en temáticas de salud, para validarse tanto al interior de los Cesfam (como organización), como en relación a todas las estructuras vinculadas a la salud a nivel comunal, provincial y regional desde un aspecto de manejo conceptual de la reforma de salud, de los temas de gestión y administración de los Centros de Salud. Por ello en esta primera etapa el desconocimiento de la población usuaria respecto al consejo tiene su asidero en los puntos anteriores.

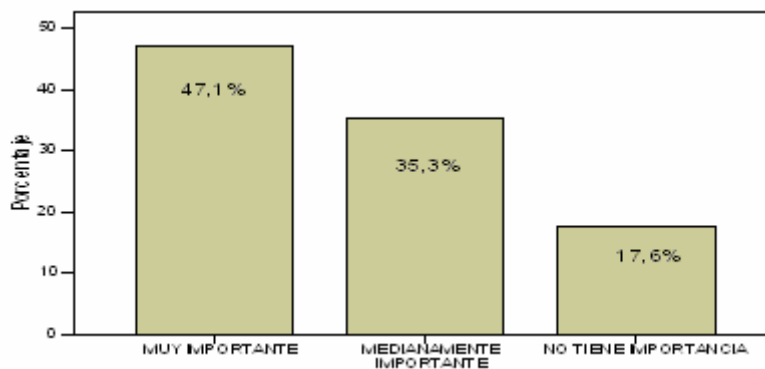
Sin embargo, cabe recordar que el CDL no es una instancia ajena a la vida organizacional de las poblaciones, ya que ellos son representantes de la comunidad a través de sus labores dirigenciales en organizaciones sociales del sector, sean juntas de vecinos, clubes deportivos, clubes de adultos mayores, centros de madres y apoderados de los establecimientos educacionales del sector, etc., ya que esta instancia representa los intereses de la comunidad en su conjunto, al respecto el desconocimiento de su labor por parte de la comunidad se debe a la falta de recursos que afecta a los CDLs, lo que disminuye las posibilidades de realizar actividades a gran escala en los sectores de atención, que tiene como efecto la realización de campañas de promoción a pequeña escala dentro de las posibilidades de los recursos disponibles de los CDLs, lo que afecta directamente a la masificación de la labor que realiza esta organización en pos de la mejora de la calidad del servicio de salud que se le ofrece a la población usuaria.

6.9.1 IMPORTANCIA DEL CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL

Siguiendo con la descripción anterior, el siguiente gráfico nos muestra la importancia del trabajo del Consejo de Desarrollo Local al interior de los Cesfam. Es así como vemos que 8 personas consideran que el trabajo de éste es *Muy Importante*, lo que representa un 47,1%, mientras que 6 personas solo lo consideran *Medianamente Importante*, correspondiendo a un 35,3% y solo 3 personas creen que *No Tiene Importancia* su trabajo al interior de los CESFAM, representando solo el 17,6% del total de los encuestados.

De aquí podemos desprender que de los 250 encuestados, solo 17 conocían el trabajo que realiza el CDL y de éstos solo 8 lo consideran importante, lo cual no hace preguntarnos que pasa con el trabajo que realiza éste y porque la gente, peor aún, no conoce de su existencia. Solo nos queda decir a la luz de estos resultados que el trabajo debe necesariamente ser más visible, porque si no volvemos a ver las decisiones tomadas entre cuatro paredes (sin ningún tipo de control social) y para que hablar de la participación de los usuarios.

GRAFICO N° 32



Fuente: Investigación Directa

Para finalizar es posible determinar algunos factores que inciden de manera directa e indirecta en los resultados de la encuesta, es decir, en la percepción de los usuarios de los Cesfam en relación a los cambios producidos por el nuevo modelo de atención, estos factores están directamente relacionados con los cambios que ha generado la transformación de consultorios a Cesfam, por ello las preguntas fueron dirigidas a lo más visible para el usuario, en este sentido se desprenden preguntas acerca de la relación con los

distintos profesionales, los tiempos de espera, la disponibilidad de medicamentos en la farmacia del Cesfam, cambios en la estructura del edificio, conocimiento del CDL, etc.

De esta manera se han presentado datos que sugieren un cambio positivo de este nuevo modelo de salud primaria, existen cambios reconocidos y valorados por los usuarios, no obstante en todo momento se reconoce que ha sido un proceso lento, primero por internalizar en los usuarios la nueva forma de atención, segundo por la resistencia preeliminar al cambio de los propios funcionarios y tercero por la inyección de recursos materiales y financieros de forma gradual, lo que ha retrasado la consolidación del proceso y, por ende la percepción del cambio dentro de los usuarios aún es medianamente satisfactoria.

Cabe recordar que el instrumento utilizado presenta datos duros respecto a un momento específico y no se adentra en el análisis descriptivo de la realidad, sino que presenta los datos como fueron obtenidos en la realidad, de esta forma se puede asociar ciertas tendencias presentes en los resultados, por ejemplo en la temática de participación y conocimiento del CDL, ya que por una parte el dato que nos ofrece la presente encuesta delata un desconocimiento general de la función y de la valoración por parte de los usuarios hacia la labor que realiza esta instancia participativa, sin embargo, en el instrumento cualitativo se expresa una consolidación de este trabajo por parte de los dirigentes y directivos, esto puede deberse entre otros motivos a que el proceso es gradual y en una primera instancia los CDL deben posicionarse internamente en los Cesfam, ya sea a través de capacitación en temas de salud, así como ir generando una organización interna que de piso a su labor, para que en una siguiente etapa pueda consolidarse ante la comunidad.

En el paréntesis anterior intentamos explicar este sentido de contradicción que se puede generar entre estos resultados obtenidos por la encuesta, sin embargo le damos el valor que contiene una herramienta como ésta, ya que nos permite visualizar de manera global el proceso a nivel de percepción usuaria y desde ese punto de vista es que rescatamos la pertinencia de elaborar y realizar dicha encuesta.

Finalmente, las tendencias que arroja el resultado de la encuesta en forma clara, es que ha existido un cambio y que éste es percibido por los usuarios como positivo, en lo que respecta a los tiempos de espera, al trato y la acogida y a la mejora en la infraestructura, entre otros, que da pie a una buena evaluación de esta transformación por parte de los usuarios de los Centros de Salud, desde esa lógica los cambios que se han implementado en la salud primaria han mejorado la gestión de éstos, tanto en los aspectos propiamente vinculados al tema salud como en los aspectos administrativos de asignación de horas médicas, que permite visualizar una mejora del servicio ofrecido por los Centros de Salud Familiar del presente estudio.

CAPITULO VII

INFLUENCIA EN EL DESARROLLO LOCAL

En este punto se presentan los análisis surgidos de las entrevistas realizadas tanto a los dirigentes sociales que participan en los Consejos de Salud de los Cesfam Baeza Goñi y Sor Teresa de la comuna de San Joaquín, en relación a su percepción sobre distintos tópicos que se cruzan en este nuevo modelo de salud, por ejemplo acerca de la participación, toma de decisiones, sobre el modelo Biopsicosocial, etc.

Posteriormente se realizará un análisis a partir de las entrevistas realizadas a los directivos y a las encargadas de participación de los Centros de Salud mencionados anteriormente, las preguntas se orientaban a precisar la opinión respecto de tópicos referentes a la visión personal de participación usuaria dentro del nuevo modelo y su aplicación en el contexto de los Centros de Salud de la investigación, también se quiso precisar acerca de la adopción de los estilos de vida saludable por parte de la población, ya que este es uno de los puntos claves del modelo de salud familiar implementado y sus posibles limitaciones en el contexto social y cultural donde se ubican los Centros de Salud, entre otros temas, los cuales nos brindarían la visión que tienen estos profesionales respecto a los temas que se vinculan con la salud y el nuevo modelo de atención.

7.1 Percepción de los dirigentes de ambos CDL sobre la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar

Para comenzar a desarrollar este análisis debemos primero partir por señalar que el Ministerio de Salud ha impulsado un proceso de cambio desarrollado desde finales de la década de los noventas en materia de salud primaria, que busca mejorar la calidad de la atención y junto a ello vincular al proceso al usuario del servicio en conjunto con la familia, todo dentro de la implementación del Modelo Biopsicosocial de Salud, con enfoque en Salud Familiar. Dentro de este contexto es que la presente investigación se sitúa en la experiencia de dos Cesfam de la comuna de San Joaquín, que han desarrollado esta

transformación de forma gradual, incorporando nuevas estrategias de intervención tanto a nivel individual, familiar y comunitario. Estos Cesfam son Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes, con una población estimada en su conjunto de 31.000 personas inscritas en sus registros.

En cuanto a la situación socioeconómica se puede mencionar que en su mayoría se encuentra cercana a los límites de pobreza urbana, asociado a ello una baja escolaridad, principalmente entre los usuarios del Cesfam Baeza Goñi que se encuentra ubicado en la Población La Legua, por tanto es importante para los efectos de la presente investigación el cómo se ha implementado el proceso de transformación en el modelo de atención de salud y, si se han establecido cambios cualitativos al respecto que sean reconocidos por la comunidad organizada a través de las organizaciones sociales representadas en el CDL y, además conocer la opinión respecto a si los cambios que el modelo introduce se han concretizado desde su punto de vista en la población usuaria.

Para tal efecto se desarrolla un análisis que toma las siguientes dimensiones que se involucran en la influencia que ejerce un Cesfam en el desarrollo local del sector de atención, estos son: *Social, Cultural y Económico*. Para medir estas dimensiones se realizaron entrevistas semiestructuradas a dirigentes sociales que participan en los Consejos de Desarrollo Local de Salud de ambos Cesfam en estudio.

Todas nuestras interrogantes se dirigían al punto en donde administrativamente se produjo la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar, aún cuando en nuestra experiencia sabíamos que éste era un proceso gradual, lento, no obstante se tomó la transformación desde un punto de vista inicial del nuevo proceso, razón por la cual para nosotros era importante recoger aquel hecho como un corte entre un antes y un después, todo desde la mirada de los protagonistas de esta transformación de la salud primaria.

Si bien es cierto, existe una percepción de cambio tanto en la forma de atender como en la forma de abordar las temáticas de participación social, existieron diferencias notorias en cuanto al desarrollo de este proceso, razón por la cual es posible visualizar cambios a nivel

de estructura organizacional de los Cesfam hasta una demanda colectiva de la comunidad organizada por una mejor calidad de vida a través de una atención de salud digna.

A) Tejido Social

El análisis de este punto se realizó desde los siguientes tópicos: mayores espacios de participación en temáticas de salud, incremento de las actividades realizadas por organizaciones sociales vinculadas al tema salud, participación de la comunidad en actividades organizadas por Cesfam y CDL.

En este sentido fue posible constatar que la importancia que le asignan los dirigentes sociales vinculados a la temática de salud al fortalecimiento de los lazos sociales entre las organizaciones es crucial y un punto transversal en su forma de asimilar su trabajo social, por ello es que en su mayoría nota en un primer momento un cambio, ya sea estructuralmente con la creación de espacios de participación en gestión o toma de decisiones, sin dejar por ello el trasfondo de la situación social que acarrea la temática de la salud como un pilar de desarrollo y mejora en la calidad de vida a nivel país.

“Hay mayor participación nuestra... nosotros tratamos de que nuestra participación sea en la gestión, en la promoción y sus condicionantes, la salud está condicionada, por ejemplo en una vivienda digna, un trabajo estable, una educación de calidad, todos estos factores repercuten sin ninguna duda en la salud de las personas”

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi

Por cierto se nota un cambio, con la inclusión en materia de participación de organizaciones sociales en el trabajo de los Cesfam, sin embargo se recalca la necesidad por parte de los dirigentes de producir también educación en la población usuaria, ante el desconocimiento generalizado de este nuevo modelo de atención y no solo como un fenómeno aislado de la realidad social.

“Los usuarios no tienen idea de que lo que es un cesfam, eso debido a que no se ha realizado una mayor difusión al usuario para explicar esto de la transformación de consultorio a cesfam, o por que cambió, si bien es cierto que los dirigentes tenemos clara la diferencia... el usuario no sabe...”

Kurt, 63 años, dirigente CDL Sor Teresa

Dentro de esta nueva lógica participativa del modelo de salud, para los dirigentes además de sentir que es importante un cambio en ese sentido, también le es importante que el usuario común de los Centros de Salud Familiar acompañe este proceso de transformación, no sienten como positivo que un proceso que lleva años gestándose no incorpore todavía a un mayor número de personas, y por el contrario demandan una mayor información así como funcionarios comprometidos.

“Se deben tener usuarios más informados y cultos, así como profesionales mas concientes de la labor que desempeñan.”

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Además, las opiniones de los dirigentes en relación a si la población participa en actividades realizadas por el Cesfam en conjunto con las organizaciones sociales, fueron categóricos en decir que existe en un porcentaje bastante bajo, mucho menos de los que ellos esperan, y que interpretan una vez más como síntoma de una mala difusión por parte de los Cesfam y los propios CDLs en la población usuaria, lo que demuestra una responsabilidad compartida en este caso.

“No participan en las actividades... al menos como uno quisiera... pero yo digo que eso ocurre por que la gente ha caído mucho en un individualismo y no les gusta esto de poder estar compenetrado de lo que son sus derechos.”

Antonio, 57 años, Dirigente CDL Sor Teresa.

En este caso, se esboza de parte del dirigente una despreocupación por el tema de derechos de los usuarios, lo que afecta a un proceso a largo plazo, en relación a lo que son las demandas de la población usuaria, lo que en algunos casos se desconoce es la labor que deberían cumplir como nexo entre el Cesfam y las organizaciones en una función propia de los CDL.

“Mi punto de vista es que la gente está cansada de reclamar y no ser tomadas en cuenta, por eso que a las organizaciones sociales no se acercan, ese es el grave problema”

Hermina, 48 años, dirigente CDL Sor Teresa.

“No participan... tenemos serios problemas de difusión, todos estos cambios a la salud se hicieron entre cuatro paredes a nadie se les pregunto, me refiero a los usuarios de los centros de salud...”

Kurt, 63 años, dirigente CDL Sor Teresa

Por lo anterior que uno de los aspectos que más se repitió durante las entrevistas, fue la de la difusión del nuevo modelo entre los usuarios y entre las organizaciones sociales de los distintos sectores, aún cuando no fuera parte de la pregunta, lo que sin duda es un tema sentido por los dirigentes, lo que ha generado una demanda espontánea en cada reunión de Consejo de Salud o de Interconsejo, así como con autoridades comunales y provinciales de salud. En conclusión, para los dirigentes ha existido dentro de esta transformación espacios para la participación, sin embargo el hecho de que todavía sea poco difundido y no aglutine a más personas lo ven como un obstaculizador para la mejora de la calidad en salud.

B) Generación de Redes Sociales

En relación a este aspecto para nosotros era fundamental saber si era importante para los dirigentes del CDL de ambos Cesfam el mantener vínculos con otras organizaciones sociales fuera del radio de la población, con el objeto de saber que rol le asignaban al

establecimiento de variadas redes sociales, en una primera instancia se les consultó sobre este tema, encontrando grandes coincidencias acerca de lo que significa para ellos en el terreno de la salud, el mantener estas relaciones siempre desde la temática de la salud.

“Es bueno, por que somos más, sabemos las cosas que pasan en los otros Cesfam, nos comunicamos más entre los consejos de la comuna y eso es mejor.”

Eliana, 74 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Entre los dirigentes, se tiene la idea de mantener un contacto permanente para coordinar esfuerzos y acciones tendientes a optimizar el trabajo de los CDL, apuntando a la creación de estamentos superiores que reúnan las demandas emanadas desde la población, para así aunar criterios y apoyarse mutuamente entre los Consejos de Salud, ante las autoridades de salud tanto comunales como provinciales.

“Por supuesto, creo que es importante por ello que hay ahora un Interconsejo, que agrupa a los CDL de la comuna para trabajar en conjunto para mejorar la salud. Para llamar a las comunidades a estar unidos.”

Ernesto, 78 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

“Hay un acercamiento una mayor coordinación entre distintos organismos sociales... para unirnos ante la problemática de salud, haciéndonos cada vez más fuertes. Por que nos dimos cuenta que si cada Consejo viene por su lado no es tomado en cuenta, como si lo es venir todos juntos en bloque.”

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Es importante mencionar el hecho de que en muchos casos, los dirigentes de los CDLs han tenido una trayectoria a lo largo de su vida como dirigentes, ya sea en los sindicatos, juntas de vecinos, además de la participación política, lo que les entrega una visión más amplia

acerca del rumbo que se debe tomar en las acciones que demanda la comunidad, el usuario, el vecino, además del aporte de tal experiencia en un ámbito nuevo para la participación social dentro de la salud, cosa que ellos mismos reconocen haber partido de cero en relación a los conocimientos acerca del funcionamiento y la gestión de un Centro de Salud, lo que ha motivado la gestión de actividades de capacitación y de educación a estos líderes de salud.

Este es otro ítem que dentro de la investigación preguntamos, acerca de la importancia de establecer convenios o actividades en conjunto con instancias públicas en el ámbito de la salud, en relación a interiorizar a los dirigentes acerca de los temas que se trabajan en salud, modelos de gestión, las problemáticas abordadas. Este punto es rescatado por los dirigentes porque los acerca a la temática y comprenden de lo que se trabaja, se informan y tratan de traspasar esos aprendizajes a la población usuaria.

“Si es importante... si nosotros tuviéramos la capacidad de poder educar a nuestros usuarios de la salud, tendrían mayores conocimientos acerca de este nuevo modelo”

Juan, dirigente CDL Sor Teresa.

El establecimiento de jornadas de capacitación tiene una alta valoración entre los dirigentes, sienten que les entregan las herramientas necesarias para desempeñarse en el área salud, con fundamentos, sintiéndose integrados al trabajo que se desarrolla en los Cesfam, pero lamentan también que esta situación no trascienda, que quede allí estancado, puesto que los CDL no cuentan con recursos materiales suficiente para traspasar este aprendizaje a la población usuaria.

En conclusión es fundamental para lograr metas el hecho de estar constantemente vinculados entre los distintos estamentos de salud, entre los CDL a nivel comunal, creación de espacios más amplios como son los Interconsejos, que agrupa a los Consejos de la comuna de San Joaquín, y últimamente la creación de la Coordinadora Zona Sur Metropolitana que reúne a todos los CDL del área sur, con el fin de trabajar en conjunto

sobre la mejora de la calidad del servicio, el trabajo en el área de gestión y la coordinación de actividades de promoción de salud, situación que ha sido reconocida por los dirigentes como la parte más débil y menos trabajada por falta de recursos por parte de los Consejos, situación que quieren modificar a partir de la creación de instancias como estas, que además llevan las demandas sentidas de los usuarios a las mesas de trabajo con las autoridades de salud correspondientes.

Este espacio es inédito en Chile, que en el mes de Noviembre ha celebrado la primera elección de mesa directiva siendo elegido para tal puesto uno de los líderes de salud perteneciente al CDL del Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi.

Por otra parte la posibilidad de establecer vínculos con instituciones públicas es bien recibida, ya que permite capacitación, información y sobre todo educación en los temas de salud, lo que quita en cierta forma la tensión en la relación entre autoridades de salud – dirigentes de salud. Se espera que estos espacios sigan adelante, para tener la posibilidad de incluir cada vez a más personas en el trabajo de salud.

C) Espacios de Participación

La principal característica de este nuevo modelo es la inclusión de la población organizada en espacios al interior de los Centros de Salud, involucrando esfuerzos mancomunados entre los actores de la salud, esto es funcionarios y usuarios, abriendo espacios a la participación para ello, si bien es cierto, este proceso lleva alrededor de ocho años(en relación a la creación de los CDL), no se han realizado procesos de evaluación que permitan un seguimiento a este proceso, sin embargo dentro de la presente investigación indagamos al respecto, para conocer la mirada que se tiene de parte de los dirigentes respecto al tema.

“Creo que si por que la gente está más interiorizada de la creación de los CECOF, hemos acercado la salud a la gente, a través de actividades o programas de salud...”

Kurt, 63 años, dirigente CDL Sor Teresa

Se tiene la percepción de que los espacios han aumentado para desarrollar actividades de salud por parte de las organizaciones sociales, siempre apuntando a que la situación dista mucho de lo que fuera el antiguo modelo de atención, por lo menos en lo que se refiere a participación de usuarios, existe la impresión de que es un proceso lento y que se avanza poco, pero que es un proceso en formación que avanza pese a las dificultades de financiamiento que hay en estos organismos (CDL), la única amenaza que sobre este punto se recalca es la disminución progresiva de los recursos destinados a proyectos de “*salud con la gente*” que ha visto reducido hasta en un 50% el financiamiento, por ejemplo hace tres años estaba destinado a este ítem alrededor de 14 millones de pesos a nivel comunal que se debía repartir entre los tres Cefam y sus respectivos proyectos a través de las organizaciones, este año por el contrario se encuentran con la disminución a la mitad del presupuesto anterior, esto es siete millones de pesos, que amenaza la realización de actividades dirigidas a la comunidad.

Este hecho provoca cierta confusión porque, por un lado está el discurso oficial de la importancia de realizar actividades de promoción con la comunidad y, por otro se encuentra la reducción notoria de los presupuestos para dicha materia.

“Hay una preocupación de las organizaciones en tener ingerencia en el presupuesto de salud, ingerencia en la promoción de salud, aparte de la gestión en salud con el criterio de que todos los dineros invertidos en promoción y prevención rinden más que en la inversión que se hace en la parte curativa de la salud.”

Paulo, 57 años Dirigente CDL Baeza Goñi.

Esta materia de acercar la salud a las personas se torna un punto central en el accionar de las organizaciones sociales que participan en los CDL, es un hecho que no representa dos lecturas en ambas directivas de los Consejos, es parte de una línea programática de la cual esperan cumplir con sus propias metas autoimpuestas, de esa manera se espera que los fondos económicos destinados a la promoción sean un apoyo de este trabajo.

D) Toma de Decisiones

Se ha visto en el transcurso de la investigación que el tema de la participación está asumido por los dirigentes de forma activa y propositiva, pero nos quedaba la interrogante de si ellos creen que la población organizada participa de las decisiones que toma el CDL, ante la inquietud los dirigentes expresan su parecer al respecto y explican el por qué creen que la comunidad organizada participa.

“Yo llegué acá como presidente de mi junta de vecinos, si bien es cierto que esto de los CDL era un tema nuevo para mí, he ido interiorizándome para mejorar y le hemos dado harta importancia a la voz de nuestras organizaciones que a su vez participan en este Consejo de Salud.”

Antonio, 57 años, Dirigente CDL Sor Teresa.

Además de participar, los dirigentes vecinales han hecho un esfuerzo por incluir en el trabajo de los CDL a los grupos formados en los propios Cesfam, por ejemplo por los enfermos crónicos, y que pertenecen a esta área de trabajo, el resultado es una amplia gama de dirigentes, desde distinta base social, heterogéneo y diverso, por lo mismo distinto en las opiniones respecto de cómo llevar adelante las tareas propuestas, lo que enriquece los procesos de toma de decisiones. En ambos CDLs se presentan características de liderazgo democrático, que potencia a sus integrantes no importando si se incorporaron al trabajo sin saber nada de la temática de salud, lo que rescata esta diversidad de la que hacíamos mención anteriormente.

“Es porque personalmente pertenezco a un grupo que se formó acá en el Cesfam que se llama “EPOC: respirando libre”, por eso estamos presentes en las decisiones que acá se toman”

Kurt, 63 años, dirigente CDL Sor Teresa

“Naturalmente, a través de sus representantes, yo soy dirigente de los pensionados, la Sra. Eliana de los grupos de adulto mayor, don Ernesto dirigente vecinal y don Paulo que también es dirigente vecinal. Somos los representantes de la voz de la comunidad.”

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Es esta diversidad lo que ha permitido que se unan esfuerzos con los aportes de cada organización representada en los Consejos de Salud, aún como lo señalan los mismos dirigentes se han establecido espacios, pero estos son muy poco aprovechados, lo que no es un situación puntual de la comuna de San Joaquín, sino que es una situación que ocurre en cada comuna, provincia, región y a nivel país, por lo tanto no están ajenos a que esta situación es a nivel macro en las organizaciones sociales, lo que no deja de motivarlos a mejorar este aspecto en su gestión como organizaciones sociales. Saben y comprenden que es una situación que está condicionada por múltiples factores, como son el exceso de horas laborales, la influencia de los medios de comunicación, a los prejuicios instalados desde los tiempos de la dictadura a la labor social de las organizaciones, con lo que completan un cuadro poco alentador, sin embargo visualizan un resurgimiento de actividades sociales, impulsada por la demanda espontánea y organizada en diversas áreas de servicios y producción relacionado con la situación laboral, de vivienda y educación, que los retroalimenta en su tarea de seguir adelante.

E) Participación en proyectos y actividades culturales

Dentro de las interrogantes que nos planteamos al comenzar la investigación era si dentro de lo que se propone que sea un CDL, como articulador de las organizaciones sociales acerca del tema salud, desarrollaban éstos actividades tendientes a potenciar la cultura, en el sentido de asociar el tema de la salud a educación de usuarios y las estrategias que ellos desarrollaban para tal efecto, esta interrogante se plantea como otro desafío para los CDL, ya que directamente no desarrollan una labor asociada a la cultura, pero si entendemos que promover la salud es un tema de hábitos, de modificar costumbres cotidianas de las personas. Estamos hablando de una intervención social en el plano de la cultura.

Aquí es quizás donde nos encontramos con algunas discrepancias en torno a lo que ellos ven que se ha desarrollado en este aspecto, por una parte no se involucra directamente como un gestor cultural, porque no está dentro sus lineamientos programáticos, pero se involucran en el apoyo de estas iniciativas difundiendo en la población usuaria dichas actividades.

“Se ha potenciado bastante el lado cultural eso está entrando harto, desde actividades realizadas para los niños hasta los adultos mayores, cosa que antes no sucedía... nosotros participamos como un apoyo a esas actividades”

Ernesto, 78 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Se logra entonces por una parte el involucramiento en dichas actividades, pero como apoyo principalmente a través de la difusión entre los usuarios de los Cesfam y con aspectos de aporte de recurso humano, lo que indica que están siendo visualizados por otras organizaciones como un espacio consolidado dentro de la dinámica interna de la población.

En el caso contrario, existen opiniones encontradas respecto de la realización de actividades culturales que toquen el tema salud, esto principalmente porque no se sienten partícipes de esas áreas de trabajo, lo que se traduce en una opinión de frustración respecto al tema.

“No, creo que en eso estamos al debe con los usuarios, no hacemos ningún tipo de actividad cultural, nada no hemos trabajado en esa línea con el Cesfam”.

Juan, dirigente CDL Sor Teresa.

“Se han realizado actividades dirigidas a los niños o a los vecinos en general a través de los programas de salud con la gente, las cuales se han hecho en la calle abierta a los vecinos además de otras pequeñas cosas que han sido tomadas en cuenta.”

Herminda, 48 años, dirigente CDL Sor Teresa

Como es posible apreciar la inclusión de actividades culturales desde los Cesfam y el CDL no ha sido muy desarrollado, siendo sólo participe como apoyo a las iniciativas en las votaciones de los proyectos participativos o como vehículo de difusión, lo que no desmerece la labor que se realiza, siendo este un campo fértil para trabajar a futuro como lo reconocen los mismos dirigentes, comenzar a asociarse a los grupos juveniles, grupos musicales, a los grupos de teatro, entre otros, para difundir por ejemplo estilos de vida saludables , ya que este tipo de organizaciones se encuentra en un apogeo bastante fuerte en los sectores donde se desarrolló la investigación, para de esa manera potenciar aún más los vínculos con otro tipo de organizaciones sociales que no están directamente en relación con el tema de salud. En este sentido hay aún un desfase entre este tipo de organizaciones, lo que transforma a este tema en un punto que todavía no desarrollan los CDL.

F) Rescate de la Historia Local

En el proceso en que se desarrollaron los primeros cambios en materia de salud primaria, hace unos diez años, no existía de manera concreta ningún tipo de vínculo entre los Centros de Salud y los usuarios, ni estos con el espacio donde se atendía sus problemas de salud, básicamente por los vicios que dejaba en esta relación la mirada biomédica de la salud, lo que dificultaba en cierta medida un compromiso de los funcionarios con los pacientes y, por otro una escasa identificación de los pacientes con sus Centros de Salud, en este sentido el promover el cambio de modelo de salud y modificar la atención a través de equipos de salud, por eso queríamos saber si existía dentro de los dirigentes un vinculo dentro de este proceso.

“Recuerdo que igual era un poco peligroso por la seguridad, pero se atendía bien, solo que el espacio se hizo chico, aparte de los problemas de seguridad, así que se construyó este cesfam del cual participamos en el CDL.”

Eliana, 74 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Se recuerda los problema derivados de la seguridad que rodeaba al antiguo Consultorio, emplazado dentro del sector Legua Emergencia, en éste se atendía también los usuarios que hoy son parte del Centro de Salud Sor Teresa, en ese sentido lo que también se recuerda es el espacio físico del consultorio que se quedó pequeño para la alta demanda de la población.

“llevo casi ochenta años aquí, y he visto como han mejorado las cosas, con el empuje de la población, dentro de todo eso es que este Cesfam como edificio representa mucho para nosotros y hoy participamos de él, en el CDL”

Ernesto, 78 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Aquí se aprecia una identificación entre el dirigente y el proceso de transformación que ha sufrido el Cesfam, desde este punto de vista, la inclusión de este dirigente en el trabajo del Cesfam hace que se vincule de manera activa, con el proceso histórico del Centro de Salud y la historia de la población, existe una nueva forma de ver la salud y los dirigentes del presente estudio se sienten incluidos dentro de este proceso de transformación, que desarrolla además un vínculo con el personal que brinda el servicio de salud.

“En los años anteriores no existía un vínculo que uniera los esfuerzos entre quienes reciben el servicio de salud y quienes brindan el servicio de salud... ahora se sabe que juntos se puede mejorar la salud”

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Aquí se reafirma la idea anterior, existe un cambio en el modo de ver la relación con el funcionario del Centro de Salud de parte del usuario, que en gran medida esta fomentada por este nuevo enfoque. De esta manera nuestra conclusión es que si se están dando las condiciones favorables para establecer buenas relaciones al interior del Cesfam, lo que potencia el trabajo de gestión y el clima laboral del Centro de Salud.

G) Apropiación de lo Biopsicosocial por parte de la comunidad

Este aspecto es central en el trabajo que se desarrolla dentro del nuevo marco de salud primaria, ya que se espera que la población usuaria note los cambios en la atención, se incorpore a la salud familiar de una manera informada, ese es el punto que en esta parte de la investigación queríamos corroborar, ¿esos cambios son conocidos por los usuarios?, ante dicha interrogante nuevamente muestra una debilidad y un retraso en el cumplimiento de las metas propuestas desde el Minsal. Esta situación frena el proceso de difusión de la salud, y de integrar de manera efectiva los lineamientos de la Medicina Familiar a los usuarios, más aún cuando ya se llevan los Centro de Salud Familiar casi doce años de implementación.

“Creo que no porque en este país hay mucha ignorancia respecto de este tema, o sea a nivel país no se conoce por parte de los pacientes el modelo de salud familiar, lamentablemente no se toma en cuenta esto y no se le educa al usuario para que pueda saber de que se trata este sistema...”

Herminda, 48 años, dirigente CDL Sor Teresa

Entonces se reflejan los temas pendientes tratados en puntos anteriores, difusión de la nueva política de salud, recursos que falta para este ítem, que deja fuera de este proceso a los propios usuarios, quienes al margen de ver que cambiaron la parte de infraestructura o de ver que hay nuevos profesionales en sus citas médicas, sigue siendo mínimo, pensando el tiempo que se lleva implementando el modelo.

“Creo que no porque imagínese que aún hay gente que le llama al Cesfam policlínico, si partimos de ahí es que creo que falta informar más. Pero se avanzó antes y se va a seguir avanzando”

Eliana, 74 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Aquí es donde se aprecia de forma más concreta el desconocimiento del usuario ante el proceso de transformación, esto deja una marginación al proceso de los usuarios los que tienden a confundirse y no saber de los cambios que se están produciendo, para los dirigentes esto es a raíz de una mala planificación inicial del modelo, sienten que se ha ido arreglando los lineamientos en el camino, que existen pocos profesionales especialistas en temas de salud familiar, que dificulta más la situación de desinformación.

“Esto es desde que se hizo este cambio, a nadie se le dijo sobre algún cambio... por eso es que el usuario no entiende del tema o tiene una idea confusa, no se ha difundido... se ha hecho todo en cuatro paredes (la implementación del nuevo modelo de salud familiar), al usuario no se le consultó, se hizo a lo chileno, arreglando la carga en el camino y de esa forma es mala”

Kurt, 63 años, dirigente CDL Sor Teresa.

Para los dirigentes este punto tiene una significación negativa, con una crítica velada a la planificación, a la forma en cómo se gestionó el modelo, que una vez más lo ven con ribetes de improvisación, se reconoce por parte de los dirigentes la oportunidad de participar en espacios creados dentro del marco de la reforma, a la creación de los CDLs y de participar efectivamente en la planificación y la gestión de los procesos de trabajo de los Cesfam, haciéndolos partícipe de procesos sociales importantes para el desarrollo de una mejor calidad de vida.

“todavía está el ánimo de que somos un consultorio, no ha sido aprendido por los usuarios esto del nuevo modelo, todavía está centrada la idea de la atención individual, creo que falta mayor difusión”

Juan, dirigente CDL Sor Teresa

En este punto se concuerda por parte de los dirigentes que existe un desconocimiento generalizado de los usuarios en relación al modelo de salud, principalmente por la falta de

recursos destinados a la difusión de programas de salud, situación que cruza mucha de las problemáticas planteadas por los dirigentes sobre el trabajo que se desarrolla desde los Cesfam en torno a la Salud Familiar y al enfoque Biopsicosocial.

Es entonces la tarea que queda por delante, ya que se ha potenciado mucho a los dirigentes sociales, pero falta la tarea primordial de dar a conocer al usuario las características de este cambio y cómo afecta la calidad del servicio que se ofrece, por tanto se debiera priorizar el área de difusión de la salud con el fin de tener usuarios informados y concientes del proceso de salud, de los ciclos de vida familiar, la importancia de los equipos de salud, lo multidisciplinario del modelo y las características del autocuidado para tener usuarios responsables de si mismos y de su grupo familiar, en el cuidado y prevención en salud.

H) Adopción de estilos de vida saludables

Uno de los aspectos que más se ha intentado fomentar dentro de las políticas de salud de los Cesfam y siguiendo los lineamientos del Minsal, es la adopción de estilos de vida saludables, esto en concreto se traduce en mejorar la calidad de vida de la población por medio de la modificación de hábitos y costumbres vinculados a la alimentación y problemas de sedentarismo, se busca por tanto, educar a la población acerca de los problemas derivados de la alimentación de comida rápida, potenciar la alimentación sana, incluyendo a la dieta diaria verduras, frutas, entre otros y fomentar la vida al aire libre, la práctica de ejercicios físicos, la realización de chequeos preventivos continuamente, con la meta de que la población que actualmente se encuentra sana se siga manteniendo sana y así potenciar los factores protectores de la salud en este aspecto.

En la práctica lo que queríamos constatar era si este proceso había tenido consecuencias positivas en la población, si se realizaban más talleres de educación al respecto, esto asociado dentro de la temática de la promoción en salud, por una parte conocer la opinión de los dirigentes y, por otra (más adelante en esta investigación será analizada) la visión de los directivos y encargados de participación de los Cesfam, para así analizar desde los puntos de vista de los actores involucrados en este proceso y poder ver diferencias o

coincidencias respecto de su apreciación de cómo avanza y repercute este proceso en la población usuaria.

“Se nota muy poco, en realidad muy poco... hace dos años el presupuesto era de 14 millones y ha sido rebajado a 7 millones... eso a nivel comunal en el tema de vida saludable, es poco para que la población pueda tener acceso a programas que fomenten la vida saludable, esto a raíz de algo institucional desde el ministerio de la dirección comunal”...

Juan, dirigente CDL Sor Teresa

“Si bien es cierto que hemos hechos grandes esfuerzos en mantener la salud curativa y creo que en eso las etapas se están cumpliendo, no estamos haciendo cosas que vayan en pos de la promoción y por que pasa eso, pasa por la cuestión económica..., por una parte nos dicen esto de la promoción pero por otro cada años le quitan dinero para la promoción de salud preventiva, no podemos educar ni prevenir”...

Antonio, 57 años, Dirigente CDL Sor Teresa.

Hay dos concepciones marcadas dentro de los dirigentes consultados al respecto de adopción de estilos de vida saludable, por una parte se apunta mucho al hecho de que en los últimos años se han rebajado los presupuestos para realizar programas y actividades desde los Cefam en relación a la difusión de estilos de vida saludables, esto trae como consecuencia directa la no realización de actividades que vayan en beneficio de la población acrecentando aún más la situación de desfinanciamiento que tienen los CDL para el tema de la difusión y, por otra a que esto es consecuencia de malos manejos políticos financieros que dependen directamente de las direcciones comunales y provinciales de Salud dependientes del Minsal, ya que han hecho presente su molestia en reuniones con autoridades de salud quienes han informado que tal reducción no existe(aún cuando está el hecho concreto de la rebaja del presupuesto municipal de catorce millones a siete millones en menos de tres años), se aduce desde el Minsal que ello dan el total asignado y

posteriormente se designa dentro del presupuesto comunal, poniendo en entredicho la versión de la Municipalidad donde plantean que el problema es del Minsal quienes rebajan los presupuestos.

El punto anterior no es todo lo que tiene preocupados a los dirigentes, más allá de los problemas de financiamiento, les preocupa que mucho de estos nuevos lineamientos están lejos de poder cumplirse a cabalidad en el mediano plazo (cinco años), por cuanto para que se pueda establecer una instancia de adopción de estos estilos saludables, se requieren de otros factores que están más en el plano social y político a nivel País.

El estilo de vida saludable está condicionado por otros factores, por ejemplo y como lo dije antes, viviendas dignas, no en donde se vive hacinado con problemas de salubridad, no puede haber estilo de vida saludable en el trabajador cesante, como va a aspirar a tener un estilo de vida saludable, en cuanto a acceso a alimentos sanos... mientras no comiencen a caminar esas condicionantes no tendremos estilos de vida saludable entre nuestros vecinos.

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi

Desde este análisis se puede observar una clara preocupación más allá del entorno de la salud mencionando condicionantes que necesariamente hay que mejorar para aspirar a la adopción de estos estilos de vida, no se refiere a la actividad física, sino al contexto socio económico y cultural en la cual están insertos los usuarios de los Cesfam, mucho de los cuales están bajo la línea de pobreza o muy cercano a esa condición, más bien la alusión hace sentido en la inversión que requiere en la canasta familiar, el hecho de adquirir productos de calidad, sanos, desde lácteos hasta alimentos bajos en colesterol, etc., lo que en muchos casos está fuera del alcance de las familias, lo que dificultaría un cambio más profundo en ese sentido, además de la situación socio-económica, está entonces el hecho de la disminución del presupuesto destinado para efectos de difusión, en conclusión los dirigentes sienten que es difícil avanzar en el campo de la modificación de las costumbres que apunten el cambio a estilos de vida saludable en la población usuaria, lo que se

contrapone a las metas que se esperan desde el Minsal, correspondiente a la zona Metropolitana sur y la dirección de salud de la municipalidad.

I) Desarrollo de iniciativas de microemprendimiento

En lo que respecta a este punto, nuestra intención era ver la posibilidad de que el Cesfam se hubiese transformado en un Centro de Salud en el cual girasen iniciativas de microemprendimiento o si se quiere decir de otra forma como un agente de desarrollo indirecto, esto es que a su alrededor y en base a su existencia se desarrollaran instancias de generación de ingresos en la población por medio de iniciativas a nivel micro, esto es creación de negocios cercanos al Centro de Salud, quioscos o carritos de expendio de alimentos o relacionados a la temática de los Cesfam (farmacias, por ejemplo), de esta forma queríamos conocer si se había producido cambios en la zona cercana a los Cesfam, desde su construcción, para reconocer esta situación se le consultó a los dirigentes respecto de si consideran que desde que está ubicado el Cesfam en el sector hay una mayor cantidad de almacenes, las respuesta en su mayoría nos dieron a conocer que si había existido un aumento en cuanto a negocios, quioscos o farmacias cercanos al lugar donde se emplazan los Cesfam.

“Hay una farmacia aquí cerca y dos negocios en la cuadra del frente y eso es porque la gente que viene al Cesfam aprovecha de comprar cosas en las mañanas o a la hora que se viene a atender”

Antonio, 57 años, Dirigente CDL Sor Teresa.

En cierta medida la construcción de los Cesfam a desarrollado de manera indirecta la creación de negocios en el sector aledaño, principalmente por la gente que transita entre el Cesfam y sus residencias particulares, esto hace que un número de vecinos haya comenzado a gestar la creación de negocios vinculados a alimentos o mini bazares, y en algunos casos quioscos de confites, en el sector del Cesfam Sor Teresa existen cuatro negocios establecidos y dos quioscos de confites, lo que algunos años no existía en tal número,

además de la llegada de una farmacia hace dos años aproximadamente, lo que en ocasiones facilita la compra de algunos medicamentos por parte de los usuarios del Cesfam Sor Teresa. No obstante cabe decir que a juicio de los dirigentes esta farmacia no posee una amplia gama de medicamentos, sino que se dedica a la venta de medicamentos genéricos, no de remedios específicos, ya que el poder adquisitivo de los vecinos no da para que tenga tanta diversidad de medicamentos, además no existe la opción de pago con tarjetas de crédito, lo que hace que los pagos sean en efectivo, en parte esa es la razón de la característica de esta farmacia, siendo abocada a medicamentos accesibles para el usuario del sector, este negocio farmacéutico no pertenece a ninguna cadena mayor, sino que es lo que llaman farmacia de barrio.

En relación al Baeza Goñi los negocios han tenido distinta suerte, si bien es cierto que han aumentado en cantidad en cuanto a años en el sector, éstos suelen ser temporales, ya que no alcanzan a sustentarse por lo que cierran al poco tiempo de abrir, según dirigentes esto es a raíz de la construcción de un supermercado de gran envergadura y perteneciente a una cadena del rubro, lo que ha provocado que muchos negocios no se consoliden en el sector.

“Hay nuevos negocios pero no tienen mucha clientela por que ahora está el supermercado en Gran Avenida (Jumbo estación San Miguel), lo que hace que los precios sean mas caro, es un asunto de mercado”

Ernesto, 78 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

Es posible ver que una de las principales razones de las que no duran en el tiempo los negocios del sector, es debido a la competencia que genera la llegada a la comuna y en específico cercano al sector (a quince minutos a pie), de un supermercado que arrastra a la clientela de los negocios, haciendo de manera inmediata un encarecimiento de los productos que se ofrecen en estos negocios, ésta no es una situación nueva, ya que la desaparición de los negocios de barrio fue tema de estudio hace no más de cinco años en donde se afirmaba su baja en la clientela o desaparición, al no poder competir con estas grandes cadenas de supermercados que asociado al menor precio que ofrecen por sus

productos (debido al menor costo que le significa al supermercado), además esta alza de precios de los negocios trae consigo el malestar de la población en el sentido que sabiendo de la situación interna de población suben el precio de los productos, lo que no es tomado bien por los dirigentes de Baeza Goñi.

“Han aumentado, porque como al cesfam llega una gran cantidad de personas a atenderse, comienzan a brotar los quioscos y los pequeños almacenes, el pequeño almacenero lucha por emprender, lucha por tratar de mejorar su situación económica instalando sus negocios, alrededor del cesfam que es donde gira más gente”.

Enrique, 82 años, Dirigente CDL Baeza Goñi.

A pesar de lo que sucede con las alzas de precios, existe una comprensión de la situación, ya que estos pequeños almaceneros tienen que lidiar constantemente con la llegada de grandes supermercados al sector, además de estos pequeños almaceneros surgen de manera espontánea los carritos de confites o la venta de sopaipillas y empanadas de queso que se realiza en una casa del sector, aparte de la venta de pan amasado de otros hogares cercanos al Cesfam y una pequeña verdulería, a pesar de ello el Cesfam actúa de manera indirecta como una instancia de desarrollo económico en torno a los almacenes de barrio y la aparición de carros de venta informal, lo que ayuda a sustentar a familias de la misma población, pese a la informalidad de los puestos de carrito, éstos tienen el rubro definido en el área de los confites o de venta de verduras. Con ello se confirma por parte nuestra de que los Cesfam si son actores de desarrollo en las poblaciones donde se encuentra situada la investigación.

7.2 Percepción de los directivos y encargados de participación de ambos Cesfam sobre la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar

Dentro de los lineamientos del nuevo modelo de salud, el rol que ejercen los directivos y los encargados de participación es crucial para enfrentar los desafíos que presenta la implementación de este proceso, por ello que es importante para nosotros poder establecer

ciertas características de estos cambios desde la visión que tienen desde su posición de liderazgo, lo que perciben de éstos, y complementar su visión con la que poseen los dirigentes de los CDLs de ambos Cesfam, para establecer las diferencias y las coincidencias de este proceso, lo que nos ayudará a poseer una mirada más amplia de esta transformación.

En el transcurso de las entrevistas realizadas y por medio de las preguntas que fueron formuladas a los directivos de los Cesfam y los encargados de participación, (en ambos establecimientos recae en Asistentes Sociales), se tuvo la posibilidad de indagar respecto de los cambios producidos en los Centros de Salud a raíz de la transformación de Consultorios en Cesfam. Dentro de las áreas de interés definidas bajo los criterios orientados por nuestra investigación que nos permitieran identificar modificaciones en la gestión de salud y la inclusión de la participación usuaria, en ese sentido se les preguntó en concreto sobre los cambios del modelo de salud y su repercusión en la población usuaria en relación a si se mejoraba la calidad de vida mediante este nuevo modelo.

En segundo orden se les consultó si este nuevo modelo de atención es conocido por los pacientes de los Cesfam, el otro punto a indagar con respecto a si existían cambios positivos en la población con la implementación de los programas de estilos de vida saludables (tomando como referencia que es una de las áreas con mayor énfasis dentro de la nueva reforma y modelo de atención); para finalizar se les consultaba respecto de su visión personal en torno a la participación de los usuarios por medio de los CDLs en el marco de la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar y la manera en que se impulsa y apoya el trabajo de los CDLs desde los mismos Cesfam.

A) A partir de la transformación de Consultorio a Cesfam, ha mejorado la calidad de vida de los usuarios.

De las interrogantes planteadas consideramos que se debía partir por conocer la opinión que los directivos y encargados de participación tenían respecto al cambio de modelo, considerando que el fin último de cada reforma es la de mejorar la calidad de los servicios, en ese aspecto hubo coincidencias de que el proceso ha sido bastante lento, cabe recordar

que existe una diferencia de dos años, el Cesfam Baeza Goñi fue transformado administrativamente el año 2002, mientras que el Cesfam Sor Teresa el año 2004, lo que hace una diferencia entre los tiempos de cada proceso, es así que en este último las cosas van en un proceso gradual, el trabajo de difusión ha costado realizarlo con la población, esa constatación ya queda establecida con la opinión de los dirigentes anteriormente expuestos dentro de esta investigación.

“Si... de todas maneras es un proceso lento porque en el modelo biopsicosocial sobre todo se espera cambiar el pensamiento, la forma de ver la salud desde el usuario, eso puede llevar mucho tiempo, creo que es eso lo que va a ser mas difícil”

Sandra Oller - Directora Cesfam Sor Teresa de los Andes

Dentro de las características que se perciben en las respuestas, es que se observan cambios positivos hacia el usuario, en relación a los tratos de los funcionarios, el tipo de atención, entre otras cosas, sin embargo lo que se recalca de manera reiterativa es lo difícil de implementar este modelo, ya que se apunta a un cambio cultural en el usuario, además del cambio de la mirada médica por parte de los establecimientos de salud hacia una mirada que involucre los hábitos y las costumbres de las personas en su cotidianidad, en su contexto cultural local, este aspecto se dificulta tomando en cuenta que ha sido un proceso lento, de mucha capacitación, charlas de educación en salas de espera, en la consulta con los respectivos profesionales de la salud, además la incorporación de la participación usuaria y la inclusión de dirigentes sociales al trabajo al interior de los establecimientos, tuvo como consecuencia directa el capacitar a los propios funcionarios de los Cesfam respecto a este nuevo papel de la comunidad en el funcionamiento de los Centros de Salud, esto básicamente por la resistencia inicial de los funcionarios médicos y administrativos.

Es por ese motivo que esta transformación ha sido en dos fases simultaneas, la primera es la de preparar a los funcionarios en torno al nuevo rol del usuario y acercar paulatinamente a los funcionarios de los establecimientos a los contextos sociales de las poblaciones donde se trabajaba, de tal forma de internalizar esta realidad e incorporar esa mirada al trabajo

cotidiano, para poder generar vínculos formales e informales con los usuarios, ya que en el antiguo modelo la labor funcionaria sólo se remitía al contexto en el interior de los consultorios, sin siquiera tener un conocimiento previo acerca de la realidad que rodeaba a los establecimientos.

La segunda es la educación constante al usuario respecto de este nuevo modelo, para internalizar los elementos teóricos y prácticos de este cambio en el modo de atención que también generó en una primera instancia una desconfianza inicial, ya que nunca se había hecho un registro por familia y menos con los antecedentes socioculturales de éstos.

“En el principio de esta transformación se tuvieron que realizar bastantes capacitaciones desde los funcionarios de portería hasta el nivel máximo de funcionarios que trabajan acá, de adoptar este modelo y creo que más que mejorar la calidad de vida del usuario, se ha hecho responsable al usuario de su salud, ese es uno de los cambios”

Gabriela Sepúlveda, Directora Cesfam Baeza Goñi.

Se rescata por cierto, el hecho de que ha sido un proceso que ha involucrado a todos los estamentos de los Centros de Salud, esto que comienza con un cambio administrativo basado en el funcionamiento del Cesfam, se convierte en un proceso integral entre las personas que conviven laboralmente en la cotidianidad del trabajo que se desarrolla en los Cesfam, a lo que se incorpora de manera activa a la población usuaria por medio de los CDL.

Se rescata el hecho de que este nuevo modelo pese a la lentitud con que se implementa, ha traído beneficios y cambios positivos para la población desde muchos aspectos, no sólo se piensa en lo que respecta al modo de atender de los profesionales, sino que se integra una visión integral que apunta a los hábitos y las costumbres de los usuarios.

“Creo que si, ha existido en estos últimos 5 años un avance notable en cuanto a calidad de vida que se nota en las generaciones jóvenes, hay una conducta y hábitos acerca del

tabaco, la realización de actividad física, entre otras cosas que tiene que ver con el modelo de salud que es está implementando.”

Carmen Hinojosa, Asistente Social, Encargada de Participación Cesfam Baeza Goñi.

Desde su visión en terreno y más directa que otros funcionarios se nos responde que ha existido un avance importante en materia de salud y de calidad de vida del usuario, y que este cambio se nota en las generaciones jóvenes de la población usuaria, quienes han ido incorporando paulatinamente hábitos saludables en su régimen de vida, pese a los factores de riesgo que se hacen presente en su contexto, el hecho de integrar la participación por medio de la promoción de la salud y que este tema cruce todos los programas de salud que se implementan potencia este cambio en la calidad de vida, influyendo en la evaluación que se tiene respecto a este proceso, en que al integrar a las organizaciones sociales produce una activación de las redes sociales, provocando con ello que salir de ese antiguo aislamiento entre Centro de Salud y usuarios repercuta positivamente en la calidad del servicio que se ofrece y en la calidad de vida de los usuarios.

“Creo que si, tratamos de implementar en todas los tipos de atenciones, la mirada de lo multidisciplinario, desde la atención médica, la visita social, la aplicación de instrumentos... todo apunta a eso, explicamos el proceso... se ha mejorado la calidad de vida”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Este nuevo enfoque transmite a los funcionarios el hecho de comprometerse directamente en un trabajo de equipo, que abarque todas las miradas del proceso de salud, que potencie de manera positiva en la mejora del servicio, no obstante se trabaja con un nuevo modelo y, por ende se debe trabajar con otro tipo de recurso material y humano, que a juicio de una de nuestras entrevistadas no se logra aún afiatar por motivos de escasez de recursos.

“Creo a modo personal... la cantidad de población inscrita no permite que se pueda desarrollar el modelo de Salud Familiar como debiera ser, poder cumplir con las metas de la Salud Familiar es difícil, todavía tenemos metas que son antiguas, programas del anterior modelo.”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Surgen inquietudes respecto de lo que sucede con la implementación, con el cumplimiento de metas, en el caso citado se expresa en que la cantidad de población usuaria inscrita en los Centros de Salud dificulta la realización a cabalidad del nuevo modelo, ya que administrativamente todavía se trabaja con personal de planta que pertenece al antiguo modelo, esto es que no se han incorporado más profesionales a la labor que realiza éste, lo que genera falta de personal por una parte y, por otra la implementación de programas que todavía se encuentran bajo la lógica del antiguo modelo, dificultando la implementación del modelo de Salud Familiar.

Esta inquietud es posible verla con los dirigentes de los CDLs, ya que por un lado se impulsan procesos de reforma que involucra todo un cambio a nivel estructural y, por otro no se visualizan mayores inyecciones de recursos humanos, materiales y financieros, ya que esta es una de las mayores problemáticas de los Cesfam, que no han contado con la suficiente difusión, por ello es que el proceso se visualiza como a media marcha, no obstante se valoran los cambios que se están produciendo, aquello ninguno de los actores lo desconoce y por el contrario creen que es el camino para mejorar la calidad del servicios que se ofrecen en salud primaria, pero falta a modo de sugerencia de los actores una mayor preocupación por parte de las autoridades dependientes del Minsal en la temática de difusión.

Es posible identificar en este proceso la falta de personal en las distintas áreas, esta imagen se hace latente cuando se constata la cantidad de funcionarios médicos que rotan en el servicio público o mejor dicho rotan en dirección hacia el sector privado con mejores expectativas laborales y económicas, lo que provoca discontinuidad en la atención, en los

procesos de capacitación, además integrar al proceso a nuevos profesionales que requieren del tiempo necesario para conocer las problemáticas sociales de los sectores donde se encuentran los Cesfam y el conocimiento de las familias que se atienden en éstos, este es un problema generalizado y bastante común sobre todo en los servicios primarios de salud, ante todo se daña el trabajo y los avances alcanzados por el equipo de salud en su conjunto cuando esto ocurre y, por supuesto que genera cierto desajuste que repercute directamente en el usuario, ya que sigue viendo situaciones similares (en algunos casos) a lo que era el antiguo sistema en relación a las formas de atención, dicho anteriormente por esta rotación funcionaria.

B) El Enfoque de Salud Familiar es conocido por los usuarios del Cesfam.

Sobre esta temática queríamos indagar al respecto sobre la opinión y la visión de los directivos respecto al tema del conocimiento por parte del usuario del nuevo modelo, para profundizar en los temas relacionados al proceso de transformación y que daría cuenta en que punto están insertos los usuarios por medio de los programas de difusión de las nuevas temáticas en salud, y si esto generaría un mayor conocimiento por parte de éstos hacia el nuevo modelo, es entonces la implicancia del factor educación en la internalización de este cambio en salud.

Es de importancia para el desarrollo del nuevo modelo que sea conocido por la población usuaria la transformación de la atención y la importancia de su participación en un nuevo rol dentro de este contexto, es una de los principales lineamientos de esta nueva propuesta de salud.

“Cuando nosotros comenzamos con lo del cambio de modelo lo que más se le aviso a la comunidad con mucho hincapié fue lo de la sectorización, para que el usuario supiera que iba a tener a un equipo de salud a su cargo y que ese equipo lo iba a atender desde la guagua hasta el adulto mayor de la familia, con mucha difusión incluso se hicieron seminarios de salud a los vecinos explicando el modelo”.

Carmen Hinojosa, Asistente Social, Encargada de Participación Cesfam Baeza Goñi.

En los primeros pasos a esta transformación se dio suma importancia a la difusión acerca de uno de las características más reconocidas del modelo: *la sectorización*. Esta acción (más allá de definir los sectores de atención de salud de la población, dividiéndola para una mejor distribución de recursos humanos y técnicos) asume el conocimiento previo por parte de los equipos de salud multidisciplinarios (Médicos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Asistentes Sociales, Psicólogos, etc.) de la realidad socio-cultural y económica de la población, en un acercamiento entre el usuario y el equipo de salud a cargo de su sector, con el fin de ir estableciendo los vínculos necesarios para mejorar la calidad del servicio.

Este proceso se caracteriza además por la división administrativa del territorio de atención por sectores, esta división principalmente se realiza (en el caso de zonas urbanas) por la designación de calles principales dentro de la población como límites de la atención por equipo de salud.

Aparte de este proceso se requieren modificaciones importantes a nivel administrativo, por ejemplo la realización de las fichas familiares, que se traduce en llevar un registro de cada integrante de la familia para tener la visión integral de cada uno de los miembros de ésta, para tal efecto se está implementando una red informática con el fin de reemplazar para efectos prácticos a las antiguas fichas documentadas en carpetas, lo que ordenará y posibilitará la ampliación de archivo por familia, teniendo un acceso rápido y con todo detalle al historial clínico, por así decirlo, de toda la familia. Este era uno de los cambios cruciales para el ordenamiento de los antecedentes y cómo es posible ver que han transcurrido cinco años desde que se produce el proceso de transformación del nuevo modelo en el Cesfam Baeza Goñi, paulatinamente se incorporará el Cesfam Sor Teresa dentro de este proceso, así que se espera que el próximo año se realice esta incorporación de tecnología.

A pesar de que se están viendo avances graduales en lo que se refiere a la incorporación de tecnología al servicio de salud, se tiene en cuenta que la implementación del modelo ha pasado por altibajos, aún así cuesta el hecho de informar a la población usuaria, por ello que a pesar de los avances que se ha tenido en esta materia, existe una cautela al respecto y

un recuento medianamente positivo en relación al conocimiento por parte de los usuarios de los Cesfam en relación a la salud familiar.

“No completamente, creo ha que la gente ha notado un cambio pero nos falta informar, comunicar más, crear mas espacios de participación, hacer más actividades educativas para la población, contarle a la gente acerca de este cambio, falta realizar mas difusión.”

Sandra Oller - Directora Cesfam Sor Teresa de los Andes

En el caso del Cesfam Sor Teresa este proceso de desarrollar actividades tendientes a la promoción de salud y de educación de la población usuaria respecto del nuevo modelo ha sido un poco más lento que en el Cesfam Baeza Goñi, básicamente por el año en que se inicia esta transformación en el Cesfam Sor Teresa (año 2004), por esto es que la visión que se tiene de parte de la institución es más cautelosa respecto al conocimiento de los usuarios en relación al modelo de atención en salud. Aún falta a juicio de las directivas del CDL y del Cesfam un diagnóstico formal respecto al tema y que cruza todas las entrevistas, que es el tema de la difusión del modelo de salud a la población usuaria.

Por otra parte, existe un reconocimiento en la fase inicial de este proceso a funcionarios que apoyaron de manera crucial esta transformación de modelo, a pesar de que muchos de esos funcionarios ya no desempeñen funciones en el Cesfam, lo que fomentó el conocimiento y coordinación del trabajo incipiente de la primera etapa del CDL.

“Creo que un gran apoyo lo constituyeron en una primera etapa los terceros turnos, ellos se comprometieron con la difusión y apoyaron de manera directa a la formación del CDL, en esta primera etapa se hizo bastante hincapié en los cambios a raíz de los equipos de salud, creo que la población ha ido aprendiendo en conjunto con el Cesfam lo que significan estos cambios”

Gabriela Sepúlveda, Directora Cesfam Baeza Goñi.

Además se señala que este proceso ha sido en conjunto con los usuarios, ya que implica un conocimiento nuevo para todos los actores de la salud, desde los funcionarios hasta los usuarios, esta concepción de ver el proceso de transformación como un aprendizaje en conjunto de los actores, ha influido de manera positiva en los usuarios y su percepción del proceso, que ha identificado el trabajo del Cesfam Baeza Goñi y ha generado vínculos entre los usuarios y funcionarios, lo que ha permitido ir incorporando de manera efectiva el nuevo modelo de salud en la población, lo que antes se visualizaba como un caos, ahora se ha ido proyectando de manera positiva e internalizando el tema de la sectorización, de los equipos de salud, la ficha familiar, la aplicación de los instrumentos de información para atención de manera efectiva en el quehacer de la institución.

“No, nosotros tratamos de explicar a la gente sobre la salud familiar, sobre porque realizamos la ficha familiar pero aún hay desconocimiento, todavía está el ánimo de que somos un consultorio, no se ha internalizado por los usuarios, creo que falta mayor difusión, seguimos teniendo personal que tiene un consultorio y con este personal estamos tratando de hacer Salud Familiar.”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Lo anterior es básicamente lo que se explicaba en párrafos anteriores, donde se aclaraba la diferencia de años en que se han ido transformando a Cesfam cada uno de estos Centros de Salud, en relación a esto es notorio que el proceso en el Cesfam Sor Teresa es gradual, como lo señaló uno de los dirigentes del CDL, *“se avanza lento, pero se avanza”*, en ese sentido se está yendo, a pesar de las dificultades, por el camino correcto, en cuanto a dignificar la atención usuaria y a mejorar la calidad de la atención, una de las principales características de este nuevo modelo de atención.

C) Adopción de estilos de vida saludables

Esta interrogante es similar a lo que consultamos a los dirigentes de los CDLs, queríamos saber sobre el proceso de adopción de estilos de vida saludable y si se tenían la impresión los directivos y encargados de participación de los Cesfam de un cambio positivo a nivel de los usuarios, entonces contrastar con la mirada de los dirigentes respecto de este proceso y constatar desde la dirección de los Cesfam su opinión respecto al tema.

Una de las principales actividades que se impulsa con el nuevo modelo es la adopción de estilos de vida saludables, sin embargo se ha encontrado con variados problemas para su implementación, ya sea por financiamiento o por la escasa difusión que se hace respecto del tema.

“No mucho, porque la gente todavía no se hace cargo, quizás se asocia a la actividad física pero concretamente no lo asimilan con algo más profundo, que tiene que ver con sus hábitos cotidianos de alimentación, de actividad física etc. no ha logrado entrar esa idea, que deje de fumar o bajar de peso por ejemplo”.

Sandra Oller - Directora Cesfam Sor Teresa de los Andes

Si bien es cierto se han hecho esfuerzos por mejorar los estilos de vida a saludables, se ha dificultado por los contextos en donde se intenta implementar, falta más información, ya que a pesar de comprender que estos cambios en los hábitos son para mejorar la calidad de vida, no se realizan las actividades en su mayoría por los tiempos disponibles que tienen los usuarios, el poder adquisitivo para comprar alimentos saludables, y un contexto complicado para implementar dichas actividades.

Sin embargo, si se han realizado algunas iniciativas realizadas por enfermeras y nutricionistas en los colegios del sector de atención de los Cesfam, lo que ha favorecido el acercamiento de la temática a los jóvenes en edad escolar, quienes han aceptado de forma entusiasta estas actividades, lo complicado es llegar a la población en edad laboral, ya que también se han realizado esfuerzos para incluir a los adultos mayores a esta temática,

desarrollando talleres de gimnasia o de alimentación saludable, quienes también han respondido de buena manera, sin olvidar por cierto aquella población que queda fuera de esta cobertura todavía menor en la difusión de los estilos de vida saludable, proceso importante para la concreción de las metas propuestas desde el Minsal.

“Depende de los recursos que se tenga y la educación que se les pueda brindar al usuario... ahora hay una situación especial acá en La Legua, el servicio productivo que se ofrece varía desde la droga, otros servicios y la feria, entonces a veces ellos no saben como llevar esto de los estilos de vida saludables, no hay tiempo para la familia, para la recreación o para realizar concientemente actividad física”.

Carmen Hinojosa, Asistente Social, Encargada de Participación Cesfam Baeza Goñi.

Entonces es difícil incluir dentro del contexto social de los Cesfam programas como los estilos de vida saludable, ya que se encuentra con una distancia de parte de quienes están en edad laboral por situaciones ajenas a una voluntad personal, y que dificulta la cobertura de los programas desarrollados por los Cesfam. Por otra parte están las instancias que se desarrollan pese a las dificultades encontradas, como se mencionó anteriormente se apunta a los adultos mayores y jóvenes en edad escolar, para tal cobertura en la implicancia que tiene el corregir hábitos y conductas en relación a la calidad de vida de la población.

“Aquí, dentro de todas nuestras dificultades desarrollamos talleres que apuntan a la educación en estilos de vida saludables, para personas sanas y para personas que tienen factores de riesgo, en ese tema se ha trabajado harto, siento que ha mejorado ese aspecto de lo que se ha realizado como Cesfam.”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Para concluir con el desarrollo de este punto, se puede decir que las dificultades encontradas en los contextos sociales, culturales y económicos de la población usuaria del Cesfam ha dificultado la tarea de implementar la difusión de programas de estilos de vida

saludable, esto no quiere decir que no se realice nada, sin embargo se maneja dentro de las posibilidades que se puedan dar en estos territorios, y por otro lado está la situación que tiene relación a los recursos disponibles que tienen los Cesfam para la realización de estos programas, los cuales se han debilitado por la falta de asignación de recursos desde el ámbito ministerial, lo que trae como consecuencia un proceso lento y difícil de implementar dentro de esta transformación del modelo de salud.

D) Rol que le asigna usted a la participación usuaria por medio de los CDL en el trabajo de los Cesfam.

En relación a esta temática es que se les preguntó respecto del rol con que los directivos ven la participación usuaria en el trabajo de los Cesfam, si sentían que era importante la inclusión de los dirigentes de la salud al trabajo que desarrolla el Centro de Salud o si les parecía aún precipitado esta inclusión en la nueva forma de trabajo.

En todos los casos que se consultaron nos respondieron que este trabajo dentro del nuevo modelo sería muy difícil sin el apoyo de esta instancia que ha sido un organismo que se ha creado a la par con el cambio de Consultorio a Cesfam, creando condiciones favorables para su inclusión en el trabajo que se desarrolló al interior de éstos, asumiendo el rol de nexos entre la comunidad y el Cesfam.

“Creo que soy una de las pocas funcionarias que le ve una alta importancia a la temática de la participación ciudadana, no así el resto de mis compañeros del Cesfam, creo que mientras más informada esté la comunidad más va a participar del proceso”.

Carmen Hinojosa, Asistente Social, Encargada de Participación Cesfam Baeza Goñi.

Hay una percepción de que es importante el trabajo y la participación usuaria dentro del nuevo marco de salud primaria, se visualizan como un apoyo mutuo en el trabajo diario por parte de los profesionales vinculados más estrechamente al trabajo directo con los usuarios, la importancia que significa tener usuarios informados para entrar al tema de la participación ejerciendo derechos y también deberes, en ese sentido existe una buena

evaluación del trabajo que se realiza en conjunto con los CDL, es algo que se rescata en todos los involucrados con el trabajo de la participación usuaria.

“Bueno es un punto importante en nuestro quehacer como Cesfam, sinceramente es un vínculo importantísimo, ellos son el vehículo entre nuestros usuarios y el centro de salud, el Consejo es quien se encarga de acercar este cambio a la población usuaria, por lo tanto el fenómeno de la participación de los usuarios, acercan este nuevo modelo a la gente”

Sandra Oller - Directora Cesfam Sor Teresa de los Andes

Se rescata por parte de los directivos que esta nueva forma de trabajo hace que el CDL se transforme en un interlocutor válido en el trabajo con la población usuaria, como espacio nuevo donde se participa, en ningún caso se encontró una opinión desfavorable respecto a la inclusión de dirigentes sociales al trabajo de los Cesfam, se repite constantemente el apoyo que significa esta instancia de participación, incluso en la gestión de los Centros de Salud, aludiendo a que estos espacios estaban cerrados anteriormente al conocimiento público y, a raíz de esta incorporación de dirigentes es todo más transparente y participativo en la forma de gestionar los Cesfam, lo que potencia este trabajo. Además es útil, ya que los dirigentes conocen la realidad sentida por los propios usuarios.

“Es bueno el trabajo que se desarrolla con la participación, eso tiene mucho que ver con las personas que dirigen en los centros, tanto de la dirección como de los dirigentes del CDL, debe existir una comunión en el trabajo que se realiza eso es lo que potencia el trabajo”

Gabriela Sepúlveda, Directora Cesfam Baeza Goñi.

También es destacable el hecho de que mucho de este trabajo que se desarrolla respecto de la participación usuaria es asumido por los directivos de los establecimientos, ello se debe a juicio de la directora del Cesfam Baeza Goñi a las características personales y la posición

que se asume por parte de estos actores (directivas tanto de los Cesfam y CDLs) frente a este nuevo rol activo de la comunidad, lo que se traduce en un compromiso y en una tolerancia al trabajo del otro dentro de este proceso, respetando los acuerdos establecidos, aún cuando eso signifique que no sea representativo de los CDLs y responda más bien a intereses emanados desde el Minsal, lo que en otras circunstancias podría ser un factor de tensión entre ambas directivas (Cesfam y CDLs), aquí se intenta transformar en un espacio de diálogo continuo, que posibilita momentos de encuentro y de propuestas en la forma de concebir la gestión del nuevo modelo de atención primaria.

“El CDL de acá lleva ya cuatro o cinco años, se han posicionado y validado, han avanzado en ese sentido, tanto en la población usuaria como dentro del Cesfam tanto así que forman parte de la estructuración interna de este Cesfam...tienen un rol activo y decisivo incluso influyen en las decisiones que se toman, como digo es crucial el aporte que realizan.”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Este proceso de validación por parte de la comunidad es todavía a nivel de organizaciones, como hemos visto el usuario en general desconoce la función de un CDL, sin embargo entre las organizaciones sociales existe un respeto al trabajo que realiza los Consejos, ya sea por la presencia de líderes reconocidos por su labor anterior en torno a la comunidad o bien por la labor nueva que se desarrolla desde los Consejos de Salud, lo que ha abierto espacio a nivel poblacional, dentro de las demás organizaciones, a nivel comunal con la inclusión en el trabajo de planificación en salud (iniciativa pionera a nivel nacional), la creación del Interconsejo de Salud de San Joaquín o la misma instancia a nivel metropolitano con la creación de la asociación de CDL de la Zona Sur Metropolitana, esto es lo que la comunidad organizada si reconoce de la función del CDL.

E) Forma en que se impulsa el trabajo del CDL desde su centro de Salud

En la interrogante anterior se les consultaba a los directivos y encargados de participación respecto de su visión acerca de la participación, en la presente consulta se quiere saber cuál era en si las medidas concretas de apoyo o impulso que se les da a los CDL para que funcionen dentro del marco de la reforma, al respecto nos encontramos que se impulsan los procesos participativos tanto de los propios Cesfam como de la Dirección Metropolitana Sur.

“Tenemos una directora de salud a nivel provincial que fue directora de este Centro de Salud Familiar, que promueve y potencia a los CDLs, además de apoyar al Interconsejo donde participa periódicamente de las reuniones con nosotros y, por otra parte tenemos en la dirección del cesfam a alguien que apoya y acompaña al CDL”

Carmen Hinojosa, Asistente Social, Encargada de Participación Cesfam Baeza Goñi.

Una vez más los liderazgos que se ejercen desde los propios Cesfam son vitales para este proceso, ya que tienen una visión de la participación y del rol que juegan los CDLs apoyando esta instancia desde sus puestos directivos, por lo que se ha realizado un proceso inclusivo de la temática de participación, teniendo la posibilidad de compartir reuniones de trabajo en torno a la salud de forma periódica entre el Cesfam y los CDLs, haciendo que este espacio de participación sea abierto a propuestas de la comunidad representada en éstos.

“Una vez al mes participan en el Consejo Técnico que se realiza acá en el Cesfam, participan una vez al mes en la revisión de los tema de OIRS, ya que fueron incluidos en su flujograma, también forma parte de la gestión de esta oficina (oficina de participación)”

Paola Valenzuela, Asistente Social, encargada participación Cesfam Sor Teresa

Es posible constatar para la presente investigación que cada vez son más amplios los espacios en donde se inserta los CDLs apoyado por el Centro de Salud, el hecho de incluirlos en las reunión de consejo técnico de los Cesfam es una muestra de la validación interna que tiene el Consejo como instancia de participación usuaria, hay que recordar que en estos Consejos Técnicos se tratan los asuntos de planificación de programas de salud, de atención médica, la revisión del libro de la OIRS, asignación de recursos para actividades propias de salud, etc. en donde los Consejos de Salud aportan en las decisiones, aún esto no es generalizable en otros Cesfam del País, ni siquiera de la Región Metropolitana, pero gradualmente este es el camino hacia donde se dirige el tema de la participación interna en las decisiones de los Centros de Salud, lo que va a ir generando vínculos estrechos de trabajo entre los actores involucrados en el trabajo de los Cesfam.

“Bueno el CDL participa de la mayoría de las decisiones que se toman en este Cesfam, últimamente hemos incorporado a las reuniones técnicas del Cesfam la participación del CDL,...se invitó a ocupar los espacios a los dirigentes y a lo largo de los años sentimos que hemos avanzado con respecto a eso”.

Sandra Oller - Directora Cesfam Sor Teresa de los Andes

Se refuerza la idea de que esta instancia de participación se ha ido vinculando al proceso de toma de decisiones al interior de los Cesfam, que ha cambiado su manera de gestionar administrativamente, fortaleciendo el rol de la comunidad, integrando a los CDLs en la administración de la salud, por supuesto desde el rol de la participación y otras materias cercanas a esa temática y en donde los directivos de los Centros de Salud no tienen los conocimientos suficientes acerca de los contextos socio-culturales de la población (por cierto, este conocimiento se encuentra en constante aprendizaje por parte de los equipo de salud), en donde la experiencia participativa de los dirigentes sociales a través de los años se hace presente para apoyar a la dirección en la toma de decisiones en aquellas áreas, puesto que los dirigentes tienen un manejo concreto, o empírico si que quiere decir, de los procesos internos de la población donde se encuentran insertos los Centros de Salud Familiar.

“Hemos logrado formar una red sólida con el CDL, en donde se realizan reuniones periódicas, eso ya está establecido, todas las semanas, ellos son parte de nuestro trabajo se le ha incluido en hartas áreas de trabajo de este Cesfam, son un gran apoyo a las acciones del Centro de Salud”.

Gabriela Sepúlveda, Directora Cesfam Baeza Goñi.

Se rescata el hecho de construir lazos estrechos con el CDL y por medio de éste con las demás organizaciones sociales del sector, que se traduce en una red social importante, que apoya el trabajo de los Cesfam, teniendo acceso a todos los datos estadísticos de los Centros de Salud, esto se refiere a número de atendidos, horas médicas disponibles, tratamiento a personas postradas, disponibilidad de medicamentos, asignación de recursos desde el Minsal, su distribución etc., convirtiendo a los dirigentes sociales de los CDLs en actores importantes de este nuevo proceso.

Esto último se trabaja desde los actores involucrados (Cesfam y CDLs) en relación al programa de salud que viene desde el gobierno, es decir, desde sus bases o lineamientos teóricos en torno a participación, pero además no deja de ser llamativo el hecho de que se han desarrollado modificaciones al plan inicial de participación que emanaba del Minsal, puesto que en materia de CDLs se ha avanzado mucho en gestión y participación de los dirigentes en el trabajo de planificación interna de los Cesfam, junto a lo anterior los dirigentes de los CDLs continuamente participan organizando charlas, reuniones y seminarios con expertos de la materia, con el fin de aprender más de la salud y así poder responder de mejor manera a los desafíos que se plantean en materia de salud pública primaria desde su rol de dirigentes sociales.

Para finalizar es posible afirmar que este proceso de cambio de modelo ha seguido su curso, pese a los obstáculos derivados de la escasez de recursos humanos y financieros, en gran medida por el compromiso de los actores involucrados en el proceso, aún con diferencias políticas, sociales, generacionales en relación a su entorno, a los vecinos. Con el fin de mejorar las políticas sociales y potenciarlas a través de actividades constantes entre los Cesfam y los CDL, para así mejorar la calidad de vida de los usuarios. Por ello que la

oportunidad de ocupar los espacios para la participación ha sido clave para la validación de dirigentes sociales capacitados, con inquietudes, en constante aprendizaje y con mucho que decir y aportar a este proceso de cambio de modelo de salud.

Por otra parte y no menos importante es la presencia a la cabeza de los equipo de salud de los Cefam de directoras vinculadas con lo CDLs, con compromiso sobre su gestión administrativa, abriendo e incentivando la apertura de estos espacios de participación, aún cuando se avanza lento en el cambio de modelo y el cumplimiento de las metas, se tiene la voluntad y el deseo de mejorar la calidad del servicio de salud de los Cefam en estudio.

CONCLUSIONES

Al finalizar esta experiencia se puede observar que en el caso del Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y el Sor Teresa de Los Andes, la transformación hacia el enfoque Biopsicosocial se ha caracterizado por una paulatina modificación tanto de estructuras (administrativas, infraestructura) como de la relación que se establece entre el Cesfam y los usuarios, lo que en algunos aspectos no ha generado todos los resultados esperados tanto por el Minsal y la reforma de la atención a la salud primaria, así como de los funcionarios del Cesfam y por supuesto de la propia comunidad usuaria del servicio de salud.

Por otra parte, es posible observar la contradicción que existe por parte del discurso gubernamental referente a su plan de intervención en la población; esto a juicio de los propios pobladores, quienes expresan su decepción ante lo que califican como una nueva época de represión policial, al contrario de lo que se conoce por la opinión pública en cuanto a la implementación de programas en el ámbito socio-cultural, lo que se ha traducido en escasez de recursos con que trabajan las Organizaciones Sociales del sector, agregando a ello el fenómeno que se repite a nivel nacional en cuanto a la existencia de organizaciones que se conforman para enfrentar situaciones coyunturales o temáticas que se trabajan a corto plazo para luego tender a su disolución.

De esta manera, el rol que se le asigna (dentro de la reforma a la salud primaria) a los Consejos de Desarrollo Local es de ser el nexo entre el Cesfam y las Organizaciones Sociales del sector; en este punto se aprecia un rol demandante y activo del Consejo de Desarrollo Local, mas aún cuando han sido los impulsores de la realización de un estudio de satisfacción usuaria en el Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi, lo que anteriormente a nuestro estudio no se pudo realizar por no obtener los recursos técnicos ni financieros para la concreción de esta iniciativa. Esto permite conocer la percepción que tiene la población usuaria con respecto a la atención ofrecida. En lo que respecta al Cesfam Sor Teresa de Los Andes, este tipo de evaluación usuaria solo se ha realizado para efectos de este estudio, no obstante falta la concreción de este tipo de medición por parte de la propia institución.

En cuanto al área social de los Cesfam, hemos podido notar que si bien es cierto existen programas que se implementan de manera regular, éstos no han tenido el impacto esperado, debido principalmente a problemas relacionados con la difusión de los programas de salud y de información respecto al nuevo modelo, que si tuvo en un principio, pero que no se ha logrado sostener en el tiempo por falta de recursos materiales, repercutiendo de manera directa en la participación de los usuarios, ya que muchos de los programas implementados por los Cesfam, producto de aquello, tienen una baja participación en ellos, lo que trae como consecuencia que éstos dejen de implementarse en los tiempos establecidos.

Es así que podemos decir que con esta nueva mirada de la salud, (a pesar de todos los problemas que se pudo observar durante toda la investigación) las personas perciben que se trata de un trato mucho más humano, que de alguna forma les devuelve la dignidad tantas veces negada en lo que a salud se refiere, por ello la creación de los Cesfam es un paso adelante en la búsqueda de la eficiencia, eficacia y equidad que propone este nuevo modelo de salud.

Siguiendo con lo anterior, vemos que el trabajo de investigación llevado a cabo es de suma importancia, ya que nos permitió conocer todo el proceso de modernización del Estado que han llevado a cabo los Gobiernos de la Concertación, durante los últimos doce años, específicamente en el sector salud, en donde se ha enfatizado mejorar la calidad de la atención en salud primaria como puerta de entrada al sistema de salud. A partir de esto surgen los Centros de Salud con Enfoque Familiar (CESFAM), que es una propuesta interesante, innovadora y beneficiosa para la comunidad, en el sentido de que amplía la forma de ver la salud de una manera más integral, incorporando la participación de las personas, a través de la organización de los mismos en torno a nuevos espacios que se abren para tal efecto, por medio de la creación de los Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDL) y la inclusión de las organizaciones sociales al trabajo que ésta instancia ejerce, junto a ello vemos un rol más activo del Trabajador Social al interior de éstos, ya que este cambio de enfoque busca que las enfermedades sean tratadas de una manera más integral, a través de un trabajo multidisciplinario con un especial énfasis en la labor de promoción y de prevención de la salud por medio de medidas de difusión en donde el rol de

la comunidad organizada y activa, en conjunto con los equipos de salud, se transforman en uno de los ejes de tal trabajo, y en el que el Trabajador Social es clave, por cuanto se requiere un liderazgo y una proactividad de parte de él.

Es en ese sentido, nos parece importante describir todas las aristas de este cambio de enfoque de salud, que hemos podido rescatar a través de las encuestas a los usuarios, de las entrevistas a las Asistentes Sociales y a las directoras de ambos Cesfam, además de caracterizar el nuevo rol del Trabajo Social dentro de los Cesfam y, por último ver si a través de nuestra investigación, las hipótesis planteadas se comprobaron o no.

Es así que en relación al *Trato y Acogida* por parte de los profesionales de los Cesfam hacia los usuarios, podemos desprender de los resultados obtenidos que todas las personas encuestadas, le dan una gran importancia al trato por parte del profesional, ya que indican que es una parte importante (sino la más importante), para comenzar a generar ese vínculo fundamental en una atención de calidad. De acuerdo a esto la relación que se logra establecer con el profesional, al momento de la atención, es muy valorada por ellos.

En este punto percibimos que la forma en que el Médico se relaciona con los usuarios, las actitudes que surgen por parte del profesional constituyen y se transforman en la opinión que el usuario generalmente tiene respecto de la atención de éste. Si el trato resulta ser bueno, las personas al retirarse se van con un sentimiento de agradecimiento o satisfacción a la labor que cumple el profesional con ellos.

Por eso vemos que las personas, que en un primer momento llegan con una actitud pasiva frente al profesional (generalmente por miedo e influenciados por la imagen del antiguo modelo de salud), al ver que éste tiene una actitud cercana y humana, permite que la relación se torne más horizontal, logrando efectivamente lo propuesto por parte del Minsal, a través de sus lineamientos en el marco de la reforma de Salud.

La capacidad del profesional de lograr que la persona actúe de manera adecuada dentro del proceso de atención, tiene que ver necesariamente con la capacidad técnica que éste debe

poseer y practicar en su acción profesional, que se traduce finalmente, en el agradecimiento de su paciente al creer que se les otorga la importancia necesaria para resolver su problema. La relación generada requiere de dos actores interactuando en pos de un mismo fin, en la medida que ambos sean concientes del rol que desempeña cada uno dentro de ella, la relación podrá entenderse como lograda y satisfactoria para ambos, traduciéndose en una mayor satisfacción del usuario.

En lo que respecta a *los Tiempos de Espera*, estos siempre constituyeron un punto clave en la investigación, ya que ellos siempre fueron un tema en el que los usuarios muestran un mayor descontento. Es así que podemos constatar, a través de los resultados obtenidos, que para la mayoría de los usuarios, los tiempos de espera en muchos casos son excesivos, sin embargo relatan que éstos no son acordes a los tiempos de atención por el profesional, esto porque la atención que reciben los usuarios está en buena parte remitida al número de atención por hora que debe cumplir un Médico, esta situación no es característica particular de los Cesfam en estudio, sino que ocurre en gran parte de los Centros de Salud Primaria del país, esta situación es establecida por los organismos ministeriales provinciales y comunales de salud, que condiciona una mejor atención en términos de mayor tiempo por persona, ya que se asignan recursos materiales dependiendo de pacientes atendidos por hora en cada Cesfam, en ese sentido generar un diálogo fluido acerca del tema de su consulta, cumplir con rigurosidad el proceso de examinación y explicación del problema que presenta el paciente, para posteriormente entregar un diagnóstico claro y un tratamiento pertinente a cada caso, sería satisfactorio para ellos.

Por eso de acuerdo a las personas encuestadas, si se cumpliesen todas las etapas mencionadas, la persona se retiraría más conforme con el tiempo de espera, ya que no se iría con la sensación de que quedaron cosas pendientes o que le faltó tiempo para explicar su situación.

Además, encontramos que algunas personas suelen entender las demoras en las atenciones, ya que consideran que es parte de la gran cantidad de usuarios que concurren día a día en busca de una atención, y por otro lado por los escasos (por no decir pocos) recursos tanto económicos, como humanos disponibles en los Centros de Salud. También podemos ver

que muchos cuentan que si el profesional ve que un paciente necesita de un tiempo extra para su atención, se lo otorga.

En cuanto a *Los Tiempo de Atención y la Contribución que realiza el profesional a su problemática*, podemos ver a la luz de los resultados, que muchos usuarios plantean que es excesivo el tiempo de espera en relación al tiempo que efectivamente están al interior de los boxes siendo atendidos. Mucha de la molestia expresada por éstos, se manifiesta porque sienten que el profesional tiene una actitud siempre apurada (como si ya quisiera atender a otro paciente, sin haber terminado con el anterior), esto produce un grado de incomodidad del paciente, el cual siente que tiene que el tiempo que tiene para explicarle cuál es la razón de su consulta es muy corta y debe hacerlo rápidamente, lo que provoca que más de algún síntoma pueda olvidar mencionarlo. A lo anterior se suma el hecho de que existe una alta rotación de funcionarios de salud, que genera una discontinuidad en el trabajo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento al proceso de salud, que influye negativamente en la opinión que se tiene del modelo de Salud Familiar, esto ocurre básicamente por los sueldos mínimos que se ofrecen en el sector público, los que no pueden competir con la cantidad de dinero que se maneja en el sector privado.

En ese sentido, tampoco podemos obviar el hecho de que muchos usuarios pretenden que el profesional les solucione su problema de un día para otro, poniendo éstos muy poco de su parte, como por ejemplo no siguiendo las indicaciones que se les dan.

Otro punto que se hace necesario mencionar es del *Stock de Medicamentos* al interior de los Cesfam, ya que vemos que muchos de los usuarios no cuentan con recursos suficientes para poder comprar algún tipo de medicamento, por eso la iniciativa del Minsal en relación a la entrega de éstos de manera gratuita es bien recibida por parte de la población. A pesar de que el grueso de la población usuaria considera no haber encontrado los fármacos, lo que nos permite suponer que existe, al interior de los Cesfam, un sistema deficitario en lo que a este servicio respecta, puesto que los medicamentos prescritos por los Médicos para el tratamiento de sus pacientes no están disponibles. Tan solo un porcentaje menor de usuarios dice contar con este servicio, no obstante, la entrega gratuita de medicamentos debería abarcar un porcentaje mayor de población y no solo una parte de ella como se logró

inferir en este caso. A pesar de los esfuerzos realizados por el Minsal, vemos que aún son escasos tomando en cuenta la cantidad de personas que se atienden en estos Centros de Salud Familiar.

Por otra parte, en lo que dice relación a *La Infraestructura*, podemos concluir que este es un cambio significativo en la propuesta del Minsal, ya que si nos ajustamos a los resultados de nuestra investigación, vemos que casi un 80% de los usuarios considera que las nuevas instalaciones de los Cesfam son buenas, esta percepción nace a partir de los cambios que se han realizado especialmente en las salas de espera, las que son mucho más amplias en comparación con la antigua infraestructura y, por tanto más cómodas. Junto con esto la preocupación por tener entradas especialmente habilitadas para personas minusválidas, es un gran avance, si pensamos que muchos edificios públicos no cuentan con dichos accesos. Además, trae como consecuencia que la espera se haga en un lugar mucho más grato, a diferencia de lo que ocurría en el antiguo consultorio.

En cuanto a *La Higiene y Limpieza* de los Cesfam, los resultados nos muestran que más del 60% de los encuestados responde que es al menos buena y, en ese sentido es un buen reflejo del trabajo que realizan los Cesfam por entregar un entorno más grato para los usuarios, ya que sabemos que un lugar sucio, puede provocar desconfianza, lleva a las personas a pensar que un establecimiento de salud, en el que ellos deben atenderse, no contiene las medidas higiénicas necesarias, no sólo para la atención de enfermedades, sino que además para la prevención de contagios que se pudiesen dar en el mismo lugar de atención. Al tener conciencia de que muchos aspectos de la infraestructura entran por la vista, se produce un sentimiento de recelo frente al lugar donde se atienden. Entonces los usuarios perciben que en este punto existe voluntad política por mejorar las condiciones de atención.

En relación a *Las Señalizaciones*, podemos decir que en este tópico, que pareciera que no tiene mayor importancia, los encuestados nos plantearon que es algo realmente importante, ya que la gente que viene en busca de atención es gente de la tercera edad y/o gente que no sabe leer, propio del contexto socio-cultural donde están insertos estos Centros de Salud, de

allí radica la importancia de que existan señalizaciones claras que indiquen donde se encuentran los Box de los distintos profesionales, el mesón de las OIRS o simplemente para ubicar los baños. En este sentido, se puede rescatar la iniciativa de asignar colores dependiendo de los sectores de atención, lo que facilita enormemente el desplazamiento al interior de los Cesfam, evitando por una parte los conocidos atochamientos de pasillo, la confusión al momento de llegar a atenderse, y por otra parte provoca un síntoma de identificación entre el usuario y el equipo de salud de su sector. En relación a esto vemos que existe una preocupación por otorgar una mejor atención. Por eso no es casualidad que más del 75% del total de los encuestados consideren que éstas son buenas y solo un 4,8% piensen lo contrario.

En cuanto al *Tiempo Para Conseguir Hora Para Atención Médica*, vemos que es uno de los puntos que, generalmente, provoca más molestias entre los usuarios, antes de la implementación del nuevo modelo de salud y posterior puesta en marcha, ya que al momento de ir a buscar una hora de consulta, primero hay una excesiva demora en la atención y, segundo el día en el que se le otorga la atención (que puede variar de una semana a varios meses en algunos casos) es muy distante e imprecisa. No obstante, podemos ver cómo la percepción de las personas ha ido cambiando, esto principalmente por que ha existido una preocupación dentro de este nuevo modelo de salud por rebajar estos tiempos de espera, los que en su mayoría se han acortado, debido a una mejora en la gestión de los recursos humanos y materiales disponibles, en cuanto a disponibilidad de funcionarios médicos (por supuesto, aún siguen siendo insuficientes éstos) y por la instauración de líneas telefónicas para poder pedir las (cosa que lo hace mucho más cómoda). Así que la percepción de los usuarios ya no se presenta tan negativa, lo que hace que se note un poco más el cambio no solo en la atención médica, sino en la infraestructura, limpieza, tiempos para conseguir hora para atención médica, cosa que también es importante, expresado esto por los mismos usuarios.

En lo que dice relación a si *Son Tomados en Cuenta Los Reclamos y Sugerencias Hechas por la OIRS* al Centro de Salud, podemos ver la ineficiencia con que se presenta el funcionamiento de ésta, lo que afecta de manera directa los lineamientos propuestos en la

reforma de la salud y a su vez repercute directamente en el proceso de retroalimentación entre los usuarios y los Cesfam. Si bien es cierto en este último año se ha intentado revertir tal situación con mayor información al usuario respecto de sus derechos y deberes al interior de los Cesfam, creemos que aún falta mucho en este aspecto, ya que si nos fijamos en los resultados de la encuesta, casi la mitad de los usuarios encuestados respondieron no conocer esta instancia. Sin embargo habría que decir que en lo que respecta al Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi, en muchas ocasiones ha mejorado la recepción de estos reclamos o sugerencias, incluyéndose algunas notas de felicitaciones de usuarios al servicio que se ofrece, esto último no se había registrado en los años de funcionamiento de este Cesfam. En ese sentido, esto todavía no ocurre en el Cesfam Sor Teresa de Los Andes, lo que impide que se produzca la necesaria retroalimentación entre el Centro de Salud y los usuarios.

En relación al *Conocimiento de Los Consejos de Desarrollo Local* por parte de los usuarios, podemos decir que quizás es uno de los cambios más importantes que pretende la reforma que transforma los Consultorios a Centros de Salud Familiar, ya que son los CDLs, que representados por Organizaciones Sociales, participan en las instancias de gestión y planificación de los Centros de Salud a modo de ser agentes activos en la promoción de su salud y, por otro ejerciendo un control social de las decisiones que el Cesfam pudiese tomar y que claramente afecta a todos los usuarios.

En ese sentido, los CDLs deben apoyar a la comunidad, en lo que respecta, a los servicios prestados por los Cesfam, además de socializar los cambios que significa la implementación del Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario y en qué los puede afectar. En así que los resultados arrojados por la encuesta no dejan de sorprender, ya que si nos vamos a las cifras, éstas nos dicen que un 93,2% del total de los encuestados responde no conocer al CDL. Lo que nos lleva a pensar que efectivamente el trabajo realizado no ha sido para nada satisfactorio desde el punto de vista de la difusión de la salud, pensando que esto fue creado precisamente para que la población participara de manera activa en la promoción de su salud.

Entonces, podemos concluir que esta instancia de participación esta siendo poco visible por la comunidad por factores que principalmente pasan por los recursos asignados al tema de la difusión, la promoción de salud, y que vienen de instancias comunales, provinciales y regionales dependientes del Minsal, precisamente cuando hoy en día se habla de los pocos espacios que tiene la población de más escasos recursos para participar.

Siguiendo con el análisis anterior, visualizamos que en *la Importancia del CDL en Relación al Trabajo que se Realiza al Interior de los Cesfam*, es escasa según nos responden los usuarios, ya que de los pocos encuestados que conocen el CDL, más de la mitad plantea que su trabajo es medianamente importante o no tiene importancia, lo que nos permite deducir que claramente los usuarios desconocen que ésta es una herramienta para hacer valer sus derechos y al mismo tiempo un opción clara de poder participar o ser representado por alguna organización en la toma de decisiones respecto de su salud, lo que está en directa relación a las conclusiones del punto anterior, en referencia a los recursos asignados para la promoción y la difusión de la salud dentro de este nuevo modelo de Salud Familiar, por parte de los estamentos responsables dependientes del Minsal.

Además, dentro del estudio pudimos constatar que existen ciertos factores que favorecen y obstaculizan la aplicación de este nuevo modelo de salud. En ese sentido entre las primeras podemos mencionar las siguientes:

- *La flexibilidad en la implementación de los programas sociales de acuerdo a las necesidades y recursos locales:* En ese sentido, vemos que los montos asignados para tareas específicas pueden ser redistribuidos para otras tareas de salud o de información a la comunidad según sea la necesidad del Centro de Salud.

- *La ejecución de programas que favorecen a todo el ciclo de vida de las personas desde el nacimiento hasta la muerte:* Dentro del modelo propuesto se definen acciones de salud desde el nacimiento, con el control sano para los niños, pasando por la atención de salud para los adolescentes, el control y prevención de enfermedades que se dan en la etapa adulta de las personas, hasta el control de enfermedades propias del adulto mayor (generalmente enfermedades crónicas), incluyendo en todo este proceso al grupo familiar

dentro de su contexto socio-económico y cultural, la ejecución de programas de prevención y promoción de la salud, como ejes de este nuevo modelo de salud, donde se apunta a mejorar la calidad de vida de la población usuaria, no sólo personas que ya presentan patologías médicas, sino que en la población sana y con factores de riesgo.

- *La ejecución de programas de prevención y promoción de la salud:* Esto se aplica a través de charlas y talleres, que se realizan a la comunidad, al interior de los colegios, Organizaciones Sociales, Juntas de Vecinos, y mediante la entrega de información desde el Centro de Salud a funcionarios y usuarios (trípticos o afiches informativos), por ejemplo para informar a la población respecto de la importancia de llevar una vida saludable.

- *El establecimiento de metas para realizar las actividades en salud:* Las actividades de salud tienen metas, las que permiten optimizar los recursos, en el sentido de manejar mejor el presupuesto al interior de cada Cesfam, además de contribuir a la obtención de mejores resultados, lo que se observó con el análisis de las encuestas realizadas, en relación a la mejora en la calidad de atención, disminución en los tiempos de espera y una mejora infraestructura.

Por otro lado entre los que lo obstaculizan o desfavorecen son:

- *La falta de oportunidad en la entrega de recursos desde el Ministerio hacia los Centros de Salud:* Esta se da porque al momento de asignar las tareas de salud, por parte del Ministerio de Salud, existen demoras en la entrega oportuna del Servicio a la comunidad, justamente porque los recursos que se asignan a tales tareas llegan con retraso o son subutilizados, lo que demuestra fallas en la gestión que afectan la efectividad de las metas por cumplir, donde se consta que existen los instrumentos, pero los recursos son variables o escasos, por lo que la eficiencia en la entrega del servicio perjudica a la población y a los funcionarios que sirven a ésta, y a consecuencia de esto muchas veces son criticados por los usuarios creyendo que es un tema de voluntad, el no querer cumplir con su trabajo, haciéndolos responsables (responsabilidad que no en todos los casos tienen) de la atención que estos puedan recibir, lo que afecta la capacidad resolutoria del centro, demostrando una cierta contrariedad con las autoridades responsables de los programas que deben cumplir,

porque con entrega de recursos inestables, es imposible mantener un servicio de calidad a la población, lo que genera falsas expectativas en la comunidad, afectando la imagen de los Cesfam, y por ende las metas que se deben cumplir.

- *Desconfianza y reticencia de muchos de los funcionarios y usuarios al cambio de modelo (cambio conductual, hábitos):* Esto se explica porque los cambios en cualquier ámbito, causan temor e inestabilidad. En el Centro de Salud no es la excepción tanto de parte de funcionarios como de usuarios, en el caso de los funcionarios el tema principal es trabajar de forma distinta, tener una visión más amable del trabajo y aprender en definitiva a trabajar en equipo, y esto causa una sensación de descontento, ya que con la modernización del Estado se ha querido hacer énfasis en los cambios culturales dentro de las organizaciones, queriendo hacer de los Servicios Públicos un lugar en donde la gente se sienta acogida, lo que ha obligado a los funcionarios a cambiar la forma de atención, lo que provoca una especie de tensión en ellos, al sentirse supervisados o calificados por la forma de dirigirse a los usuarios, lo que antes no tenía ningún control y provocaba mucho abuso de poder por parte de los funcionarios tanto de hospitales como de Centros de Salud, y en el caso de los usuarios, se muestran reticentes al cambio en términos de un equipo de salud asignado, un Médico de cabecera, una autoexigencia en el cuidado de su propia salud, lo que causa desconfianza y temor al cambio de modelo de atención de salud que se está generando en Chile.

Además, es necesario difundir lo que implica un Médico de cabecera o de familia (que tiene a cargo una determinada población y es capaz de resolver la mayor parte de los problemas de salud de quienes lo consultan), lo cual aún no es comprensible para la comunidad y, por ende este desconocimiento aumenta los índices de desconfianza y temor entre los usuarios.

- *Asignación de nuevas tareas de salud por parte del Ministerio hacia los Centro de Salud, los cuales no dan abasto para cumplir con las mismas:* Vemos por un lado que se asignan nuevas tareas al Centro de Salud, las que se establecen en el nuevo modelo de atención, en los que se pueden apreciar que para ejecutarlos es fundamental la asignación de más recursos humanos, como financieros, ya que no solo se interviene con la persona, sino que también con la familia. Además, mencionaremos que la obtención de mayores recursos

depende en gran parte de la comuna en donde este ubicado el Cesfam, es decir, que hay comunas de mayores ingresos que pueden alcanzar con mayor facilidad las nuevas tareas que le asigna el modelo, pero también va a depender de la gestión de las autoridades de cada uno de éstos dependiendo de los intereses o voluntades políticas, pero sin duda las más perjudicadas son las comunas más pobres, ya que con escasez en los recursos es casi imposible aspirar a tener una mejor salud, que brinde una mejor calidad de atención.

- *Designar en la dirección de los Centros de Salud Familiar a personas que no tengan las condiciones necesarias para llevar cabo las acciones que sustentan este nuevo modelo de atención en salud:* Puesto que es difícil que se puedan cumplir las metas que se establecieron al iniciarse todo este proceso, ya que se hace de suma importancia que los directores de los Cesfam manejen muy bien este enfoque, para que efectivamente se realicen programas y actividades acorde a lo que se propone desde el Minsal para los Cesfam.

- *La alta rotación de funcionarios en los Centros de Salud pública, en específico de profesionales de la salud primaria:* En ese sentido esto impide que los programas y las actividades realizadas puedan tener una mayor continuidad.

A partir de lo expuesto y en relación a nuestras hipótesis, intentaremos reflejar aquí si ellas han sido validadas y comprobadas.

En lo que concierne a la primera hipótesis que dice relación a la mejora en la gestión de estos nuevos Centros de Salud Familiar (relación paciente- Médico, disminución tiempos de espera y mejora de la infraestructura), hemos podido constatar que efectivamente la atención brindada por parte de los profesionales hacia los usuarios ha cambiado y los tiempos de espera han disminuido paulatinamente. En relación a lo primero, hemos visto que la calidad de la atención ha ido mejorando, esto se debe, en gran medida, a que ha cambiado, por parte de algunos profesionales la manera de atender al usuario, es decir, ahora es una relación más cercana y horizontal, lo que enriquece este proceso tan importante para las personas, como lo es su salud, y lo segundo es realmente valorable,

debido a que al ser servicios de salud pública, están constantemente atochados, entonces esto supone un gran avance en pos de una atención de mayor calidad.

Un gran apoyo a esta nueva forma de percibir la salud por parte de los usuarios es también la transformación en la infraestructura de los establecimientos de salud, se ha apuntado a crear lugares agradables, limpios y que cuenten con espacios acordes a las necesidades de la población en relación a terminar con atochamientos en pasillos y le mejora en la distribución de los mesones de atención al público. Así mismo los boxes o salas de atención de mejor calidad en relación al inmobiliario que se ofrece, además dentro de esta nueva lógica se ha reforzado la idea de una buena iluminación al interior de los Cesfam, situación que se repite en muchos de los Centros de Salud Familiar a nivel nacional, estos factores asociados al tema del cambio en la atención personal y la relación funcionarios – usuarios, se refleja en una buena percepción por parte de los usuarios hacia la atención brindada por parte de los Cesfam en comparación al modelo de salud primaria anteriormente desarrollado.

Por otro lado, en lo que dice relación a la percepción de la población usuaria, podemos decir que si bien en un comienzo existía cierta reticencia por parte de la población a este cambio (porque pensaban que era más de lo mismo), visualizamos que la opinión de la gran mayoría de las personas encuestadas considera que el servicio brindado por parte del Cesfam es bueno en comparación al que se entregaba antes cuando eran Consultorios, puesto que ahora sienten que se les toma más en cuenta, se los atiende de mejor manera, se los escucha y se les responde a sus necesidades.

A su vez, en lo que se refiere a la opinión emitida respecto a la infraestructura, consideran que al ser esta mucho más amplia, limpia y cómoda (por ejemplo con lo que ocurre con la sala de espera y los baños), permite que la espera por atención sea más agradable.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, consideramos que nuestra primera hipótesis se valida parcialmente, puesto que aún faltan ajustes por hacer, especialmente en lo que ha presupuestos de inversión en salud se refiere (adquisición de medicamentos, sueldos de los funcionarios de Salud, por ejemplo), sin embargo este no es un tema directamente bajo la

responsabilidad de los Centros de Salud Familiar, sino que tiene directa relación a los presupuestos que se proyectan desde el Estado, además esto se cruza con la intención de incrementar la cifra asignada del per cápita, ya que con más recursos se podría aumentar la disponibilidad de los recursos humanos y técnicos de los Cesfam, detener la alta rotación de funcionarios médicos que se producen en los Centros de salud y a su vez se lograría aumentar el impacto de los programas que se implementan en la población beneficiaria.

En relación a nuestra segunda hipótesis, vemos que una de las características principales, sino la más importante dentro de este nuevo modelo de atención de salud, se relaciona con el nuevo papel que se le otorga a la población usuaria por medio de espacios de participación en la gestión de programas de salud, a través de las organizaciones sociales representadas en el CDL, asumiendo así un rol activo dentro de los lineamientos del nuevo modelo. En este caso lo que se espera de la comunidad es que tenga una participación activa por medio de los CDLs en temas relativos a la promoción de la salud y en el desarrollo de los programas de salud de los Cesfam, como apoyo a su gestión, ya que es posible conocer, mediante esta instancia, la opinión de los usuarios respecto al servicio que estos entregan. En síntesis, esta nueva instancia es un nexo válido entre la población usuaria y el Centro de Salud (Funcionarios, Directivos, etc.).

En el caso de la presente investigación, constatamos que la existencia de estos espacios de participación de la comunidad, representados en el CDL son instancias que con el correr de los años y del trabajo realizado en los Cesfam se han establecido como interlocutores entre el Centro de Salud y la población usuaria, lo que ha desarrollado vínculos formales de trabajo con el Cesfam, ya sea por medio de la labor de promoción de la salud, como en el apoyo de la gestión de los Centros de Salud y la participación en la planificación del trabajo que se realiza desde éstos.

El apoyo concreto por parte de los CDL hacia los programas desarrollados por los Cesfam, es posible visualizarlo a través de un trabajo en conjunto que ambos sectores han desarrollado, con el fin de optimizar los servicios que se ofrecen y de llevar la temática de la salud por medio de espacios de promoción como punto central de este trabajo, lo que ha

cimentado bases sólidas y de confianza en el trabajo que se realiza, superando los temores iniciales con que comenzó esta área dentro de la implementación de la reforma en los Cesfam (participación usuaria y CDL) por parte de los funcionarios de los Centros de Salud, que se fue revirtiendo con la capacitación de éstos, con el propósito de internalizar el nuevo rol que tienen los usuarios en el actual modelo de atención.

Podemos señalar, que el cambio de Consultorio a Cesfam ha beneficiado directamente a los Centros de Salud, en cuanto a su gestión interna, al trabajo de promoción de salud y del vínculo que se genera con la comunidad a través de la cooperación activa de los Consejos de Salud, los que han desarrollado una labor fundamental en este aspecto.

Es por ello, que en este punto consideramos que se han mejorado las instancias de diálogo y participación de los usuarios en temáticas de salud y promoción de la misma, lo que repercute de manera positiva en una participación activa de los dirigentes de la salud en el trabajo de los Cesfam, que ha ido dando frutos a través de estos años en ambos Centros de Salud, lo que nos permite decir que esta hipótesis se valida parcialmente, puesto que la labor que se ha desarrollado por parte de los Consejos de Salud en el apoyo a la gestión de los Cesfam ha sido clave para orientar las políticas de salud dirigida a la población usuaria, además la labor dentro de los Centros de Salud ha permitido mejorar su estructura interna al reformar la orgánica de los establecimientos de salud, siendo incluidos los CDL como parte de los Cesfam de manera formal, transformándose en partícipes activos de las reuniones de planificación del trabajo anual de los centros de salud.

Siguiendo con lo anterior, consideramos que aún falta difundir a la comunidad usuaria el trabajo que desarrollan los CDL, puesto que bastante de las mejoras actuales que se están dando a nivel de tomas de decisiones y gestión de estos Centros se deben a la participación activa de los CDLs en el trabajo de los Cesfam, pero esta situación no se difunde en la población usuaria de forma masiva, obstaculizando una mayor participación de la comunidad en el trabajo de participación en salud.

En lo que respecta a nuestra tercera hipótesis, podemos señalar que en lo que ha desarrollo social y cultural respecta, la relación que se ha establecido entre los Centros de Salud y las

redes sociales de la comuna, impulsa de manera local, iniciativas tendientes a desarrollar proyectos que están vinculados a la temática de la salud. De esta forma el trabajo que se realiza entre los Cesfam y los Consejos de Desarrollo Local, a lo largo del periodo en que estos Centros de Salud se establecieron como Cesfam, han logrado implementar iniciativas de mejora de calidad de vida a través de los programas de *estilos de vida saludable*, en donde la participación de los usuarios de la salud ha sido importante, (esto dependiendo de la población objetivo de aquellos proyectos).

No obstante, es importante recordar que, a juicio de los dirigentes de los CDLs de ambos Cesfam, aún falta mucho por trabajar en esa área, principalmente por que toda iniciativa de este tipo se encuentra sujeta a los recursos que se manejan desde los departamentos de Salud a nivel comunal y a los recursos financieros que le son asignados desde el Minsal a cada comuna, condicionando un desarrollo eficaz de estos programas hacia la comunidad y que con el transcurso de los años ha variado hacia una baja en la asignación de los recursos en este ámbito.

Además, y rescatando lo señalado por los dirigentes y directivos de los Cesfam, la mejora de la calidad de vida de los usuarios se cruza de manera directa con la temática de promoción de salud y estilos de vida saludables y, a su vez, éstos se encuentran condicionados por el contexto social, cultural y económico del área donde se encuentran ubicados, por tanto una evaluación a los cambios que se han generado en la población usuaria debe realizarse utilizando aquellos parámetros y no los empleados en estudios cuantitativos vinculados a situaciones similares.

Por ello, es que la implementación de programas de estilos de vida saludables y el desarrollo de actividades sociales vinculadas a la salud, desarrolladas desde los Cesfam, aún con los problemas mencionados anteriormente y a pesar de las complicaciones para su aplicación, igualmente han sido favorables, ya que como es sabido ésta y otras temáticas de salud son nuevas para la población.

Entre las acciones más recurrentes de los CDLs para difundir el modelo de atención de salud y promocionar los estilos de vida saludable entre la población usuaria, está la

participación en fondos concursables de proyectos a través de presupuestos participativos comunales en la temática promoción de salud, principalmente dirigido a la población usuaria de estos Centros de Salud, además éstos en conjunto con la Dirección Provincial de Salud del área sur se encuentran desarrollando periódicamente talleres de capacitación a líderes de salud a nivel comunal donde se entregan herramientas teóricas (en cuanto a conceptos de este nuevo modelo de salud) y prácticas que dicen relación a los roles que deben cumplir estos líderes de salud y su comunidad, lo que favorece una profundización en el conocimiento de este nuevo modelo por parte de los dirigentes, quienes a su vez lo hacen llegar a la comunidad usuaria a través de las distintas reuniones o actividades abiertas a la población que se llevan a cabo a nivel de Cesfam.

Por tanto, vemos que existe un desarrollo significativo de actividades sociales y culturales (entendiendo lo cultural desde el plano de la salud y los estilos de vida saludables que apuntan a hábitos de vida), en comparación con el antiguo sistema de Consultorios, en donde se establece una influencia en la población usuaria ante este nuevo panorama, que se ha ido desarrollando de manera paulatina. No hacemos aquí una referencia directa al impacto en la población usuaria de la implementación de estas iniciativas enmarcadas en este nuevo modelo de atención, sino como lo planteado dentro de nuestras hipótesis de si se cumplía con un desarrollo de actividades vinculadas a la salud en beneficio de la población usuaria y si se producía una influencia en la población usuaria, esto último se comprueba desde la idea de que los Cesfam, a través de las atenciones que realizan los funcionarios a la población usuaria, internalizan por medio de esa vía los nuevos conceptos de Salud Familiar o estilos de vida saludables a los usuarios, que también cumple con un rol educador por parte de los propios funcionarios.

A nuestro juicio y a la luz de nuestra investigación, consideramos que nuestra tercera hipótesis se valida parcialmente, esto no significa que consideremos que no se está cumpliendo con lo establecido y proyectado desde el Estado para la reforma de Salud, por el contrario creemos que todo este proceso está en vías de desarrollo, considerando que lleva implementándose cerca de diez años y que aún no se han desarrollado procesos evaluativos generales, sino más bien a niveles específicos dependiendo del grado de

implementación por Centro de Salud, Comuna o Provincia, que actualmente si se realiza, lo que va dejando aprendizajes puntuales y modificando de manera paulatina las situaciones que se presentan como obstáculos en el cumplimiento de las metas propuestas.

Se ha enfatizado desde el Minsal en estos procesos evaluativos mencionados anteriormente, al hecho de compartir las experiencias entre los Centros de Salud, en cuanto a la gestión de los recursos disponibles y su distribución al interior de los Cesfam y cómo enfrenta cada establecimiento los desafíos que se plantean de acuerdo a su realidad local, sus potencialidades y sus debilidades al momento de realizar las intervenciones en salud, además de este tipo de evaluaciones, se llevan a cabo periódicamente reuniones entre directivos de los CDL con el fin de traspasar y compartir las experiencias en la temática del trabajo de promoción y participación usuaria en Salud, rescatando los logros alcanzados, con el fin de motivar a nuevas directivas de CDL en formación a lo largo del país.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

Respecto de los hallazgos encontrados en la presente investigación, podemos concluir que existe un *desconocimiento del nuevo enfoque de salud por parte de la población usuaria*, ya que la gran mayoría de los usuarios que se atienden regularmente en estos Centro de Salud Familiar, desconocen que ahora la atención en salud tiene otro enfoque (pasó de ser Biomédico a Biospiciosial), y que esto necesariamente considera a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También, exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida por las que pasa el ser humano.

Entonces nos parece pertinente mencionar este aspecto, ya que es de suma importancia que las personas lo conozcan y, además conozcan las implicancias que éste tiene al momento de su atención, pero si vemos más allá, puede ser una falla de los Cesfam al no realizar charlas o actividades de sus programas de difusión y de promoción de la salud, a pesar de que se han realizado instancias educativas, a las cuales no se inserta la población usuaria a participar de esas actividades, además de los esfuerzos de los CDLs en acercar estas iniciativas a los usuarios, ya que la gente podría pensar (y no dejan de tener razón) que sólo es un cambio de nombre, que involucra una nueva infraestructura y no un cambio tan importante que podría no solo mejorar la atención desde el plano estrictamente médico, sino que también incorporando efectivamente la participación de éstos a su proceso de salud, a través del autocuidado y, por otra parte a la participación dentro de la gestión de los Cesfam por medio de sus organizaciones sociales representadas en los CDLs.

Por otra parte, vemos que existe poca *cantidad de especialistas en el Modelo de Salud Familiar*, ya que consideramos que es necesario que cuando se lleva a cabo un cambio tan trascendental, en ámbitos tan delicados como lo son la salud, exista la mayor cantidad de profesionales posibles con conocimientos reales sobre este nuevo enfoque, ya que podría resultar un cambio solo de nombre y no en algo que efectivamente tenga una repercusión tan importante en la vida de las personas. Entonces, si los profesionales ciertamente son

especialistas en Salud Familiar, traería como consecuencia una mejora en la calidad de los servicios de salud en los Cesfam y, así tanto los usuarios como los trabajadores, estarán más satisfechos. Más usuarios se acercarán al modelo de manera informada y conciente, lográndose así mejorar la imagen del Centro de Salud al prestar servicios de buena calidad, y mejorará la percepción de los usuarios

Por lo tanto, este enfoque mejora la calidad y la atención, lo que beneficia directamente a toda la comunidad usuaria, a los trabajadores y a la misma institución. La calidad de la atención debe necesariamente mirarse desde la perspectiva del usuario. Entonces es de vital importancia que no solo los profesionales manejen este enfoque, sino que también los administrativos, ya que se busca una atención más cercana y esto debería aplicarse transversalmente a todos sus funcionarios, desde el portero a la directora del Cesfam.

En ese sentido, los Trabajadores Sociales no pueden limitarse a gestionar servicios y otorgar beneficios de forma asistencial a quienes lo necesiten. Se necesita que participen y tomen un rol de liderazgo en los procesos de gestión, planificación e implementación de políticas y programas que apunten a una inclusión de la comunidad al trabajo que desarrollan los Centros de Salud Familiar, además de tener un rol de coordinadores y gestores de iniciativas en conjunto con las organizaciones sociales por medio de los CDLs, ya que posee herramientas teóricas y prácticas que no poseen otros profesionales vinculados a la salud, que debe traspasarse en la cotidianidad en el trabajo multidisciplinario de los equipos de salud, promoviendo e impulsando los cambios que se requieren para mejorar el modelo de salud y por tanto de optimizar la gestión que desarrollan los Cesfam.

Siguiendo con lo anterior, otro de los hallazgos importantes de la investigación, es que descubrimos que *es posible ver al Cesfam como un agente de Desarrollo Local*, ya que éstos mediante la articulación con los diferentes actores sociales de la comuna: organizaciones funcionales, territoriales y municipalidad, promueve el Desarrollo Local al interior del sector en donde se encuentra ubicado, en donde las actividades sociales emanadas desde el Cesfam (mediante las Organizaciones Sociales que allí trabajan) y

relacionadas no solo con el tema de la salud, sino que además con la cultura y la educación, es un punto muy favorable además para la sensibilización de la población respecto de temas que le son de suma importancia para ellos. Si existiera una mejor promoción de dichas actividades, que solo traen aspectos positivos a la población, en cuanto potencian su desarrollo social y cultural, estaríamos hablando de un polo aún mayor de Desarrollo Local.

Otro aspecto importante de mencionar, es el que dice relación con el Desarrollo Económico Local, ya que mediante la investigación realizada pudimos constatar que la actividad económica, reflejada en pequeños almacenes cerca de los Cesfam, les permiten a sus dueños generar una entrada de dinero que antes no contaba, a su vez dada la importancia que tiene el hecho de que transite gran cantidad de personas alrededor de los Centros de Salud, se genera un emprendimiento a nivel micro que puede traducirse en cosas tan cotidianas como un quiosco con artículos comestibles, un carrito de venta de cafés o de pequeñas farmacias de barrio cercanas a los Cesfam.

Por último, encontramos en nuestra investigación una *baja participación de la población en actividades que dan cuenta del trabajo realizado al interior de los cesfam*. Esto nos llama mucho la atención, ya que desde hace muchos años se viene diciendo que no hay espacio para una real participación de las personas comunes y corrientes, pero vemos con asombro como éstos, y peor aún, muchas de las Organizaciones Sociales ocasionalmente forman parte de dichas actividades, no ocupando los espacios de participación, ni tampoco coordinado esfuerzos con los CDLs correspondientes a cada Cesfam, ya que si nos basamos en las opiniones y comentarios de nuestros encuestados, consideran que los cambios que se han llevado a cabo no han sido suficientes, más que nada se remiten a los cambios a la infraestructura lo que impide el compromiso apuntados a mejorar la integración de las personas al sistema de salud por medio de la participación, además de un desinterés del usuario lo que produce una baja motivación a participar en dichas actividades, esto en directa relación a la desinformación acerca del modelo de salud, lo que provoca una confusión en cuanto a conceptos y funcionamiento del mismo.

REFLEXIONES EN TORNO AL TRABAJO SOCIAL

Durante la presente investigación, en donde se describió lo que significa el cambio de enfoque de salud, de manera concreta en los Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes y el proceso de reforma a la salud primaria desde 1998, año en que oficialmente comienza la transformación gradual de los Consultorios del país en Centros de Salud Familiar, integrando para ello el nuevo modelo Biopsicosocial de salud con enfoque en Medicina Familiar, para adecuarse de mejor forma a las necesidades del presente decenio y para la futura atención médica integral, llegando a plantear dentro de sus lineamientos el hecho de enfatizar la importancia del usuario en el proceso de construcción del mejoramiento de la calidad del servicio que se brinda en salud. Para lograrlo se aplica la reforma a la salud que involucra el cambio de Modelo de Atención de Salud, adquisición de tecnología, mejoramiento de la infraestructura, perfeccionamiento constante de los funcionarios del sector en las distintas áreas y materias de su competencia, además de la capacitación en este nuevo modelo de salud para así poder realizar adecuadamente la labor que hoy en día se requiere.

Con este tipo de reformas, el Estado busca modernizarse en todas las áreas de gestión (compromiso asumido por la Concertación desde los noventas), desde obras públicas, educación, justicia, vivienda y salud, cada una con sus respectivos lineamientos, con recursos humanos y financieros asignados. En lo que se refiere a la salud una de las metas principales, sino la más importante, es la de solucionar y mejorar calidad de la salud en nuestro país, es por ello que decidimos realizar nuestra investigación en los Centros de Salud Familiar Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor teresa de Los Andes, ubicados en la Comuna de San Joaquín, con el fin de conocer esta nueva forma de enfrentar los problemas de salud de la población y constatar si es que el Modelo de Atención de Salud, bajo los parámetros que ha establecido el Minsal (acceso, calidad, recursos, infraestructura y participación usuaria), es aplicable a la realidad de nuestro país y en que momento se encuentra dentro de este proceso de transformación.

Es necesario, que para el surgimiento de un nuevo modelo de atención en salud como el que estamos viviendo, se considere elementos fundamentales para producir estos cambios, como por ejemplo la nueva situación epidemiológica, los cambios demográficos, tecnológicos y socioculturales que se han estado produciendo en el país, a partir de ello, nace la decisión de generar un cambio de modelo de Salud Primaria, esto es el cambio de Consultorios a Centros de Salud Familiar, que se impulsa desde el Ministerio de Salud, cuya misión fue generar una política que mejore la calidad en el servicio que se ofrece en salud primaria, en conjunto con optimizar la gestión administrativa de estos Centros de Salud y la inclusión de la participación usuaria en el trabajo que se desarrolla en salud, a raíz de esto se pretende aplicar un modelo biopsicosocial el que requiere de un trabajo más cercano a la comunidad, integrándola y haciéndola partícipe del proceso de transformación y de implementación del nuevo modelo, además pueda cumplir con los principios (equidad, eficiencia social, participación social, respeto por la dignidad de las personas y solidaridad) que orientan esta política.

En ese sentido, *¿Qué rol cumple el Trabajo Social dentro de este cambio de Enfoque de Salud?*

La verdad es que el Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo, que es el Cesfam, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad.

Teniendo como meta primordial la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajo Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en los objetivos generales de los Centros de Salud Familiar, de los que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como estos son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir con la disminución de las desigualdades para el acceso a la salud.

Entonces, el rol del Trabajador Social en este nuevo modelo de salud, es aportar al equipo de salud, el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en las patologías médicas, el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud, así como localizando los que favorecen su logro, mediante un trabajo multidisciplinario realizado en conjunto con todos los profesionales que allí trabajan, ya que ahora se entiende que un problema de salud nunca se encuentra aislado y que probablemente tenga su génesis dentro de la dinámica del grupo familiar o en el contexto sociocultural donde se desarrolla la familia en estudio.

Para esto, el Trabajo Social debe optar por un trabajo con enfoque promocional y de responsabilidad social, para tratar de entregar herramientas a los usuarios para que sean agentes activos en el proceso de salud. Mayormente esto último relacionado a la práctica del autocuidado, también integrado al nuevo modelo, que busca de una forma participativa entre el usuario y el Centro de Salud. La responsabilidad conciente de los factores de riesgo y los factores protectores presentes en la persona y su entorno social y familiar, potenciando los factores que apunten al desarrollo armónico de su grupo familiar, de esta forma se evita la medicina curativa entregando amplio campo a la promoción y prevención en salud, donde los recursos materiales entregados se toman como inversión en salud, puesto que evita el pasar de la atención primaria a la atención secundaria o terciaria en los hospitales y tratamientos largos, con un costo muy elevado a cubrir por el sistema público.

Además, se hace necesario que trabaje con las organizaciones comunitarias, fortaleciendo las ya existentes y potenciando el desarrollo de nuevos liderazgos, entregándoles herramientas que potencien su capacidad de comprender las distintas aristas que posee un tema tan delicado como lo es la enfermedad y sus posibles soluciones. En esta temática el Trabajador Social se sitúa como un articulador de redes, donde el aporte de la profesión retoma de forma activa el papel que tuvo durante las décadas del '60 y '70 en nuestro país.

Lo anterior, se apoya en la creación del estamento que es el nexo entre la comunidad usuaria y los Centros de Salud, los Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDL), en los cuales se sustenta el trabajo del Cesfam en las áreas de promoción y prevención en salud, es

este nexo el que transforma la visión de participación en salud de los usuarios, impulsándolos a ser agentes activos de este proceso, nuevamente el rol y aporte del Trabajo Social retoma una importancia estratégica en el cumplimiento de las metas desarrolladas por los Cesfam, ya que su intervención social se traduce en un conocimiento de los contextos socioculturales, esto es en las dinámicas internas de cada población donde se encuentre el Centro de Salud, siendo el profesional que recorre los territorios, el que va estableciendo los vínculos con las organizaciones sociales, empleando las herramientas teóricas y prácticas que posee.

En el caso de nuestro estudio, la experiencia nos mostró profesionales visualizados por la comunidad y reconocidos por su labor organizacional, que es lo que se espera de su rol en la reforma, además de estar insertos dentro de la planificación en salud en un puesto central, con un desarrollo de su mirada profesional valorada por los equipos de salud, que aporta junto con la temática organizacional, un liderazgo marcado y motivado por la inclusión de los usuarios al proceso participativo en la gestión de los Cesfam, siendo el profesional un nexo entre los protagonistas de la salud.

Otro rol dentro del nuevo modelo, es la de planificador de intervenciones sociales, que es otra área de trabajo donde la disciplina es fuente de conocimiento teórico y práctico, sin que sea posible que las planificaciones no pasen por su elaboración, revisión o aprobación para ser ejecutado algún programa o actividad de los centros de salud.

Por otro lado, notamos que el Trabajador Social al interior de los Cesfam cumple cuatro roles bien definidos dentro de este nuevo cambio en la atención primaria, los cuales son los siguientes:

- *Planificador*: Aquí contribuye a llevar a cabo los programas sociales de promoción de salud en conjunto con la participación del Consejo de Desarrollo Local de Salud, incorporando además las dimensiones Psicosociales de los sujetos de atención, tanto en el diagnóstico de su situación actual de salud, como en la programación de las actividades a realizar.

- *Evaluador*: Contribuye a realizar sistemas de evaluación de impacto de políticas y estrategias de salud, a la vez implementa sistemas de vigilancia y monitoreo de los factores de riesgo social en relación a la morbi-mortalidad de la población. También apoya en la aplicación de sistemas de programas y proyectos locales del equipo de salud y de la comunidad organizada, como por ejemplo lo es *El Barrio Saludable* o los Proyectos de promoción de la salud con la comunidad.

- *Mediador*: Su trabajo consiste en intervenir en familias con problemas, por ejemplo con problemas que según el ciclo de vida están causando una crisis normativa y/o en situaciones post traumáticas de crisis no normativas, como agente externo que cataliza y ayuda en la resolución de conflictos al interior de las familias.

- *Asesor, coordinador y Promotor del Desarrollo Local*: Contribuye en la incorporación de los diferentes actores sociales, en acciones conjuntas con el equipo de salud, en la resolución de sus propios problemas y necesidades de salud. Además ayuda y potencia la conformación y el fortalecimiento de Organizaciones y Redes Sociales de apoyo para la promoción de salud, junto con ello coordina y promueve en conjunto con el equipo de trabajo del Cesfam, una eficiente utilización de los recursos a nivel público y/o privado y estimula la coordinación en intervención de la atención de salud, con el fin de mejorar el acceso real de los usuarios en las prestaciones de salud y en utilizar de forma eficiente los recursos institucionales de la red de salud.

En ese sentido, el Trabajo social debe necesariamente interactuar con equipos multidisciplinarios, apoyándose en las redes sociales que existen en ese territorio y que permiten aportar a la solución de los problemas de salud que pueda presentar la población, desde un plano de estudio de factores sociales, económicos y culturales presentes en las problemáticas presentadas y sentidas por la población usuaria.

En relación a la intervención que realiza el Trabajador Social al interior de los Cesfam, ésta se encuentra en estrecha relación con las características de la población, ya que cada comuna y, específicamente población, tiene carencias distintas. Así el Trabajo de Casos lo podemos ver no sólo en una relación interpersonal entre profesional y usuario, en donde éste realiza algún informe social, sino que se realiza un trabajo con éste y su familia. En ese

sentido la realización de la ficha familiar, permite que se archiven todos los antecedentes de morbilidad del paciente y su familia, integrando los elementos socio-económicos, los que se evalúan con el equipo médico integrado, según sea el caso, por Médicos de Familia, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos o Kinesiólogos, además de incorporar al personal de estadística, todos ellos siguiendo la evolución del caso, de esta forma el Trabajo Social es centro de las intervenciones de los Cesfam, con el fin de comprender mejor la problemática y sus detonantes, además de realizar un plan de actividades que van a guiar toda la intervención.

Así mismo, en casos explícitos de necesidad de un usuario, el Trabajador Social también debe asumir el rol de mediador en primera instancia y dar la posibilidad de algún arreglo entre las partes, sobre todo en problemas de violencia intrafamiliar, de tuición o algún tema vinculado a la solicitud de beneficios de toda índole, los cuales si no llegan a ser resueltos en esta instancia se deriva a otra instancia mayor. Si bien es cierto no ha existido una evaluación a este proceso, se ha podido establecer que es otro campo que está tomando importancia en la atención del Trabajo Social, ya que el número de atenciones relacionadas a este ítem va en aumento en los últimos tres años, con resultados relativos, pero con una tendencia a ser favorable.

En la intervención a Nivel Grupal, se utilizan las técnicas que nacen desde la Educación Popular, que permite que la comunidad pueda comprender la situación en la que se encuentra, de modo de generar un proceso educativo con éstos, que involucre necesariamente un cuestionamiento de su situación, con el fin de satisfacer sus necesidades en un trabajo en conjunto con el Asistente Social.

Además, se utilizan técnicas de la animación sociocultural, ya que la labor que realiza el Trabajo Social establece procedimientos de coordinación, además de facilitar un cambio, para lo cual es necesario un aprendizaje, entre los funcionarios del Centro de Salud, los usuarios, las organizaciones sociales y los dirigentes del CDL, que interactúan implicando una retroalimentación dialéctica. Lo que es preciso al momento de enfrentar procesos como los que se llevan a cabo, puesto que se requiere de un análisis de las realidades presentes en los contextos sociales, de las potencialidades del nuevo modelo, de sus flaquezas, con el fin de proponer nuevos escenarios para la salud primaria, dependiendo de cada realidad local,

donde el aporte humano y la visión de lo que se espera de la salud pública es importante para el logro de esta transformación.

El otro aspecto, por el cual el trabajo a nivel grupal es importante radica en la formación de grupos de distintas características (grupos de apoyo, grupos de autoayuda, etc.), los cuales reúnen a enfermos crónicos, personas con problemas de depresión u otras patologías que permite hacerles seguimiento y establecer los vínculos necesarios entre los mismos pacientes y entre las redes sociales comunales, fortaleciendo el proceso, entregando herramientas a los participantes de los grupos, generando un trabajo a nivel de redes; todo esto es impulsado por la labor del Trabajador Social, quien es la persona a cargo de formar estos grupos y quien debe darles continuidad al trabajo de ellos, de esta forma se cumple con integrarlas a las actividades comunales y de relacionarlas con otros espacios de formación y ayuda.

Respecto a la Intervención Comunitaria, el Trabajador Social debe potenciar los recursos que la población pueda poseer, por ejemplo con las redes sociales que puedan existir en el sector. Así vemos además como una función primordial acercar el Cesfam a la población, a través de la constante reunión con las Organizaciones Sociales del sector, esto en conjunto con los CDLs, en donde se desarrollan actividades de difusión del nuevo modelo, con el fin de que los usuarios tomen conciencia sobre los cambios y el nuevo rol que se le asignan a las organizaciones sociales, explicándoles además, el nuevo rol de los Cesfam con la comunidad y cómo se diferencia éste de los Consultorios. Además al estar uno de los sectores intervenidos por el Gobierno (el que involucra al Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi), se ve el constante trabajo comunitario realizado por la Asistente Social, con el fin de generar y apoyar proyectos que busquen, principalmente en los jóvenes, la realización de actividades comunitarias, sean éstas campeonatos de Baby-fútbol, festivales de la canción, etc., ocupando los espacios públicos y el propio tiempo de los jóvenes con el fin de activar iniciativas de toda índole.

Por otro lado, se hace necesario que la labor que realiza el profesional Trabajador Social genere espacios de participación de la comunidad en pro del desarrollo de acciones que favorezcan el desarrollo de ésta, aquí es donde también se hace relevante la movilización de

las fortalezas y potencialidades de las personas y su familias, concebidas como importantes recursos para la construcción de acciones en salud que beneficien a toda la comunidad. Así como también, promover el desarrollo de relaciones colaborativas entre la comunidad y los equipos de salud, favoreciendo la generación de un sentido de pertenencia entre la población usuaria y el Cesfam y promoviendo la movilización de procesos sociales y comunitarios de empoderamiento, una labor con constantes desafíos que se plantean a nivel local y que requiere de un manejo de elementos teóricos y prácticos de la realidad social, potenciando su intervención social. La acción comunitaria debe articularse a través de la generación de un equipo de trabajo al interior de los Cesfam, conformado por un equipo multidisciplinario motivado hacia el fortalecimiento de la participación comunitaria y por co-construir nuevas estrategias de acción en salud y de desarrollo de estilos de vida saludable.

Es por esto, que la labor que realiza el Trabajo Social en este contexto, debe ir enfocada hacia abrir espacios de encuentro y diálogo con dirigentes vecinales y agentes comunitarios, para poder estrechar los vínculos e ir generando relaciones colaborativas, para recoger la visión acerca de las necesidades en salud de la comunidad, cambiando la mirada clásica del Trabajador Social en salud como asistencialista, en un profesional activo y parte importante en el trabajo de los Centros de Salud.

Es así que vemos, que la labor que desarrolla en el ámbito comunitario es crucial en el nexo que establece con los CDL, en donde planifica y organiza en conjunto, acciones tendientes a difundir el nuevo modelo, desde el aspecto social se transforma en un vehículo de comunicación entre el Centro de Salud y los usuarios, en ello se compromete con las metas propuestas por el Minsal, en relación a desarrollar estrategias destinadas a mejorar la gestión del Cesfam con el aporte de los CDL.

Esta nueva forma de intervenir desde lo comunitario potencia su rol de liderazgo, ya sea dentro de la institución como en la comunidad, quienes lo visualizan como referente del trabajo en el ámbito comunitario, que es uno de los cambios fundamentales de este nuevo modelo de salud, en donde el Trabajador Social se le asigna una posición activa frente a las demandas que de la comunidad se presentan, creando vínculos entre las organizaciones para enfrentar y solucionar las distintas problemáticas, además interviene el ámbito

cultural, ya que sus funciones se centran a través de la difusión del modelo de salud de modificar los hábitos y costumbres de la comunidad y que se presentan como factores de riesgo, potenciando los factores protectores y evitando el aumento de población enferma, junto con lo anterior, se inserta directamente en la cotidianidad de la población usuaria, por tanto debe conocer los aspectos históricos, sociales y políticos de cada sector de atención, con el fin de poner en marcha programas de participación de salud coherentes con la realidad que rodea al Centro de Salud.

A través de este gran cambio en la manera de intervenir en el nivel comunitario, es también un actor fundamental en los procesos de transformación que se dan en el ámbito de la salud y que incorpora al usuario a través de los CDLs. Sin la labor del Trabajador Social, todas estas estrategias no serían posible, por cuanto es la disciplina que conoce, y profundiza respecto a las temáticas de participación en los Cesfam e impulsa estos cambios, es por tanto quien fortalece la vida social (desde el ámbito del Cesfam) de la comunidad, potenciando el desarrollo de estrategias colaborativas, integradoras y participativas realizando los roles que le competen a la comunidad en este nuevo proceso de transformación social en salud.

En síntesis, el aporte del Trabajador Social en esta temática está relacionado con la búsqueda de nuevos espacios de encuentro con la red de instituciones del sector y la comuna en donde se encuentran ubicados los Cesfam, propiciando la articulación y coordinación de acciones específicas y diversas en pos de la construcción de planes, programas y proyectos, para alcanzar los objetivos propuestos por el Minsal, que desarrollado por otra disciplina no tendría el mismo impacto ni desarrollo, ya que es éste el profesional que maneja las herramientas necesarias para ello, lo que no significa que no integre a su práctica la mirada multidisciplinaria, la colaboración de otros estamentos de los Centros de Salud, estamentos de la comunidad, estamentos comunales de salud, para ir generando respuestas a situaciones sociales complejas, en una relación democrática, horizontal e integradora a nivel social, fomentando la solidaridad y el trabajo cooperativo, fundamental en este nuevo proceso impulsado desde el Minsal a partir de la década del noventa, en el marco de la reforma de la salud primaria en Chile.

BIBLIOGRAFIA

- Aghon, et al; (2001): **Desarrollo Económico Local y Descentralización en América Latina: Análisis comparativo.** Santiago, Chile: CEPAL.
- Arocena, J;(1997 a): **“Lo Global y Lo Local en la transición contemporánea”**, En cuadernos del Claeh N° 78-79, Montevideo.
- Arocena, J;(1998 b): **Discutiendo la dimensión local. Las coordenadas del debate”.** En **Descentralización y desarrollo local; Cuadernos del Claeh. Revista Uruguay de Ciencias Sociales; N° 48; 2 serie, año 13.**
- Arocena, J;(1995c): **El Desarrollo Local: Un Desafío Contemporáneo.** Claeh, Caracas.
- Barros, E; (1994): **Controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** En: Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Bausela, E; (2005): **Spss: Un Instrumento De Análisis De Datos Cuantitativos.** Departamento de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de León. España.
- Becerra, F; (2003): **Características subyacentes en el desarrollo socioeconómico de la provincia de Cienfuegos durante el período 1987- 2000.** Francisco A. Becerra, Tomás E. Colarte.-- Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos.
- Blanco, H; (2003): **“Planeamiento del Desarrollo Local”.** En CEPAL. Santiago de Chile.
- Bronfman M, et al; (1994): **Participación Comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia, de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria?** Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro.
- Brown, J; (1986): **“El Paciente y El Método Clínico”.** Fam. Pract. 1986.
- Chile. Constitución Política de la República de Chile; (1980): **Capítulo III: De Los Derechos y Deberes Constitucionales, artículo 19, inciso 9º** (CPR Art. 19, nº 9; D.O 24-10- 1980). Editorial Jurídica de Chile 2007, Santiago.

- Chile. Ministerio de Salud; (2007 a): **“Manual de atención personalizada con Enfoque Familiar en el proceso Reproductivo”**. Minsal, Santiago.
- Chile. Ministerio de Salud; (1999 b): **“Promoción de Salud Para Chile”**. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Unidad de Promoción de la Salud. División de Atención Primaria.
- Chile. Ministerio de Salud; (1998 c): **“El modelo de Atención. Atención Primaria de Salud”**. Minsal. Santiago.
- Chile. Ministerio de Salud; (1995 d): **“Propuesta de un Modelo de Participación Social en el Sistema Público de Salud. Avances y Desafíos”**. Comisión Ministerial de Participación. Minsal. Santiago.
- Chile. Ministerio de Salud; (2002 e): **“Directrices que rigen la gestión del S.N.S”**. Minsal, Santiago.
- Chile. Ministerio de Salud; (2002 f): **“Nuevo modelo de atención”**: Hospital Autogestionado en red. Minsal. Santiago.

- Chile. Ministerio de Salud; (2000 g): **“Avances de la Salud Familiar en Chile”**.
Minsal. Santiago.
- Celedón, C, Noé M; (2000 a): **Reformas del sector de la salud y participación social**. En Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 8(1/2).
- Celedón C, Noé M; (1998 b): **Participación y Gestión En Salud XII** Concurso de Ensayos del CLAD “Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública”. Caracas.
- Centro de Salud Familiar
Dr. Arturo Baeza Goñi; (2005): **Documento de Trabajo, Salud Familiar**. Santiago, S/E.
- Cochrane, A; (1985): **“Eficacia y Eficiencia; reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios”**.
Barcelona, Salvat, 1985.
- Deleuze, G, Guattari, F; (1988): **Mil Mesetas**. 2ª Parte de Capitalismo y Esquizofrenia. Valencia: Pre-textos, 1988.
- Di Pietro, L ;(1999): **“El Desarrollo Local. Estado de la cuestión”**.
FLACSO, Buenos Aires.

- Donoso, N; (2002): **“La Promoción de la Salud en el Marco de la Reforma”**. Cuadernos de Práctica Sociales, Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local. ARCIS, Ediciones, Santiago de Chile.
- Elkaim, M;(1987): **“Les Practiques de Réseaux”**. ESF. Paris.
- Engel, G; (1977a): **“La necesidad de un nuevo de modelo Medicina: un cambio de Ciencia Biomédica”**; Science.
- Engel, G; (1997b): **“De Biomédico a lo Psicosocial”**. En revista Médica Psicosomática.
- Engel, G; (1983c): **“El modelo Biopsicosocial y la Medicina de Familia”**, J Fam Pract.
- Enríquez, A; (2001): **“El Desarrollo Regional/Local”**. En Hacia una delimitación conceptual del desarrollo regional y local. FUNDE, El Salvador.
- Epstein, R ;(2003): **Familias, Sistemas y Salud**. Editorial Universitas, Madrid.

- Escuela De Planificadores Locales Del Sur, (2000):
Manual: Enfoque Sistémico y Desarrollo Local.
Escuela de Planificadores del Sur. Santiago de Chile.
- Esparcia, J;(1999):
“Y llegó la hora de los territorios. Reflexiones en torno al territorio y al desarrollo rural”, en Ramos, E. (ed.): El desarrollo rural en la agenda 2000, Mapa, Madrid.
- Fernández, J; (2004):
"Participación en Consejos Locales de Salud".
Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, 2004.
- Forgia, G; (1985):
“Quince años de organización de comunitaria para la salud en Panamá: Una evaluación de progresos y problemas”. Soc Sci Med.
- Fuenzalida, A; (1991):
"Relaciones Vecinales en la Vida Cotidiana de los pobladores" P.U.C, Escuela de Trabajo Social, 1991. Santiago.
- Franks, P; (1998):
“Salud Primaria y Especialistas en Salud Familiar” J Fam Pract.

- Gyarmati, G; (1992): **“Reflexiones Teóricas y Metodológicas en Torno a la Participación”**. En revista Estudios Sociales, N° 73.
- Godard,O, et al; (1987): **“Desarrollo Endógeno y diferenciación de espacios de desarrollo: Un esquema de análisis para el Desarrollo Local”**. En estudios territoriales N° 24, Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo, Madrid 1987.
- González, B, et al; (1997): **“Experiencias de reformas a los sistemas de salud en el mundo”**. En: Frenk J, editor. Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- González, R; (1995): **“Hacia una Noción de Desarrollo Local Integrado”**, Revista de la Academia, año sexto, N° 10. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- González, S; (1995): **“Identidad Cultural y Desarrollo Local”**. Congreso Chileno de Antropología, Valdivia.

- Hernández, R, Fernández, C,
Baptista P; (1998): **“Metodología de la Investigación”**. México:
Mcgraw-Hill, Colombia.
- Hopenhayn, M; (1988): **“La Participación y Sus Motivos”**, Ponencia en
sexto Congreso de Trabajo Social,
Bucaramanga, Colombia.
- Irigoyen, J; (1994): **“La participación Comunitaria en atención
Primaria”**, Ed Jano, Madrid.
- Kayser, B; (1994): **Seminario LEADER "Cultura y Desarrollo
Rural"**, Aragón, España.
- Klein, R; (1984): **“Las políticas de Participación”**. En: Maxwell
R, Weaver N, editores. Participación en
salud pública. Londres.
- Light, D , Keller, S; (2000): **“Sociología”**. Editorial McGraw-Hill. Madrid
- Lima, B; (1981): **“Exploración Teórica de la Participación”**.
Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.

- Linares, C; (1996): **“Participación: ¿Solución o Problema?”**
Centro de Investigaciones y Desarrollo de la
Cultura Cubana Juan Marinello; La Habana.
- Llach, J; (2005): **“El Renacer de lo Local: Buenas Prácticas de
Gobiernos Subnacionales en América Latina”**.
Compilación. Universidad Austral, Valdivia.
- Madariaga, C, et al; (2003): **Redes Sociales**. Editorial Uninorte. Barranquilla,
Colombia.
- Manderson, L, Thomas, B.:(1991): **“Bringing the people”**. In: Community Participation
and the Control of Tropical Diseases. Resource
Papers for Social and Economic Research in Tropical
Diseases N° 1, UNDP/ WORLD BANK/WHO/TDR,
Geneve: World Health Organization.
- Marsiglia, J; (s/d): **Organizaciones Populares Urbanas y Desarrollo
Local**. Ponencia Seminario “Movimientos Sociales
como protagonistas de la construcción de la
democracia”. Claeh, Montevideo, 1987
- Martín, M;(1998): **“Integración Al Desarrollo: una visión de la
Política Social”**; en TOLOZA, C. y LAHERA, E.
(Editores): Chile en los Noventa, Presidencia de
la República – Dolmen, Stgo., 1998.

- Martín, J; (2000): **Desarrollo Local para un nuevo Desarrollo Rural.** Anales de Geografía de la Universidad de Complutense, Madrid.
- Mc Whinney, I; (1995 a): **“Fundamentos Filosóficos y Científicos de la Medicina de familia”**, en: Medicina de Familia. 1º ed. Barcelona: Doyma.
- Mc Whinney, I; (1995 b): **“Orígenes de la Medicina de Familia”** 1ªed. Ed. Doyma, Barcelona.
- Max Neef, M, Hopenhayn, M; (1986): **“Desarrollo a Escala Humana”**, En Development Dialogue, Fundación Dag Hammarskjold, Upsala.
- Montoya, G, et al;(2002): **"Diccionario especializado de Trabajo Social"**. Universidad de Antioquia, Medellín.
- Morón C; (1995): **“Políticas y estrategias para la seguridad alimentaría en el hogar”**. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 45 (1): 374-378.
- Oakley, P; (1989): **“Participación de la comunidad en el desarrollo de salud”**. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud

OMS, (1990a):

La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud – UNICEF

(1978b):

Conferencia Mundial de la Salud; Declaración de Alma Ata; Kasajistán.

Organización Panamericana de Salud.

OPS, (2002a):

“La Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en Chile (1902 - 2002)”, Ed.Trineo, Santiago.

Organización Panamericana de Salud

OMS, (2005b):

Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local, Unidad de Entornos saludables. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS.

Organización Panamericana de Salud

OPS, (1990c):

“Participación Social”; Serie “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud”, Washington DC.

- Palma, E; (1995): **“Municipio, Descentralización y Salud”**.
La Municipalización de Servicios Sociales en Chile, Ilpes/minsal. OMS/OPS, Santiago.
- Palma, D; (1998): **“La participación y la construcción de ciudadanía**.
Series en Documento de trabajo; 27. Universidad ARCIS. Santiago, Chile.
- Polan, B; (1998): **“Riqueza, Equidad y Asistencia Médica, crítica de una salud demográfica”**.
Perspectiva sobre los determinantes de salud; Society of Science & Medicine, Washington.
- Razeto, L; (1988): **Economía de solidaridad y Mercado democrático**.
(Volumen III). Programa Economía del Trabajo, Universidad Academia Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Rifkin, S; (1990): **"Participación de la comunidad en los programas de salud de la Madre y el Niño y de planificación familiar. Análisis basados en estudio de casos"**, Ginebra, OMS.
- Rosanvallon, P; (1995): **La Crisis del Estado Providencia**, Madrid, Civitas,

- Ruiz Moral R, et al; (1993): **“El Método Clínico de la Medicina de Familia”**, Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.
- Salinas, J; (1996): **“Participación Social en el Sistema Público de Salud en Chile”**. Revista de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, N°68, Chile.
- Salinas, M, et al;(1997): **“La apertura de Nuevos Espacios para la Participación Comunitaria”**. Universidad Arcis. **Centros de Investigaciones Sociales, N° 19.**
- Sanabria, G; (2001): **“La Participación Comunitaria”**. Revista Cubana Salud Pública. La Habana.
- Torres, A; (1995): **“Educación y Pedagogía en las Experiencias Organizativas Populares”**, Revista La Piragua, N° 11, CEAL.
- Ugalde, A; (1985): **“Dimensión Ideológica de la Participación Comunitaria en Programas de Salud en Latinoamérica”**. Society of Science & Medicine, Washington.

Vázquez Barquero, A; (2000): **“Desarrollo Económico Local y Descentralización: Aproximación a un marco conceptual”** (LC/R. 1964). Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.

Vázquez, M, et al; (2002): **“The reform process and social participation in health in Latin America”**. *En Gac. Sanit.*, fev. vol.16, no.1, p.30-38. ISSN 0213-9111.

Weiss, W; (1987): **“Guía Práctica para la Toma de Decisiones”**, Editorial Norma, Colombia.

FUENTES ELECTRONICAS

- Cámara del Senado
de la República de Chile, (2007): **Constitución Política de la República de Chile** (Consultada el 18 de Mayo de 2007)
http://www.senado.cl/prontus_senado/antialone.html?page=http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20050516/pags/20050516221649.html
- Ceitlin, J; (1998): **Medicina de Familia: Un Modelo Médico de Pensamiento y Acción** (Consultada el 25 de Marzo 2007)
<http://encolombia.com/medicina/academedicina/n-04ceitlin.htm>
- Diputación de Badajoz, (s/d): **Área de Desarrollo Local de la Diputación de Badajoz: Guía de desarrollo Virtual** (Consultada el 16 de Junio 2007)
<http://www.dipbadajoz.es/areas/dlocal/servicios/proyectos/gdesarrollo/index.html>
- Fondo Nacional de Salud, (2007): **Fonasa** (Consultada el 22 Abril 2007)
http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/edic/bas e/port/auge.html
- Instituto Nacional de Estadísticas,
(2007a): **Datos Comunales de Salud** (Consultada el 3 de Abril 2007)
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/p anorama_comunal/sociales.htm

Instituto Nacional de Estadísticas,
(2007b):

Datos Comunales de Población (Consultada el 3 de
Abril de 2007)
[http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/
territorio/panorama_comunal/poblacion.htm](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/territorio/panorama_comunal/poblacion.htm).

Ministerio de Salud, (2007):

Dpto. Asesoría Jurídica. Of. Referencias jurídicas.
(Consultado el 18 de Agosto 2007)
www.minsal.cl/biblioteca/default.html

Organización Panamericana
de Salud, (2003):

**Escuelas promotoras de salud, fortalecimiento de la
iniciativa regional** (Consultada el 22 mayo 2007)
<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/IREPS.pdf>

Pontificia Universidad
Católica de Chile, (s/d):

**La entrevista Médica y la relación con el paciente;
“el manejo del tiempo”** (Consultada el 8 de
Noviembre 2007)
[http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/Integ
radoTercero/ApSemiologia/03_EntrevistaMedica.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/03_EntrevistaMedica.html)

República de Colombia.
Gobernación de Antioquia,
(2002):

**Plan de Desarrollo de Antioquia 2004-2007: Marco
Estratégico - Línea Estratégica 4.** (Consultada el 22
de junio 2007),
[http://www.gobant.gov.co/plan_desarrollo/marco_estr
ategico4.html](http://www.gobant.gov.co/plan_desarrollo/marco_estrategico4.html)

Wikipedia Enciclopedia Electrónica, (s/d):

Definición de Territorio. (Consultada el 5 de
Noviembre 2007)
<http://es.wikipedia.org/wiki/Territorio>.

World Health Organization, (2006): **Definición concepto de Salud** (consultada el 11 de
Octubre 2007) [http://www.who.int/governance/ewho_
constitution_sp.pdf](http://www.who.int/governance/ewho_constitution_sp.pdf).

Anexos

DEFINICION DE VARIABLES

Variable 1: Repercusiones de los cambios en el Servicio de Salud

Definición Conceptual:

El concepto básico de esta iniciativa es que los usuarios de los Centros de Salud Familiar, independiente de su condición social, económica, cultural o si son cotizantes en el sistema público o en el privado, tengan acceso a un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud. Estas son:

- a) garantía de acceso
- b) garantía de oportunidad
- c) garantía de calidad
- d) garantía de cobertura financiera.

Todas estas garantías exigen también la inclusión de la atención primaria como un pilar de esta transformación por parte del gobierno, en la reforma a la salud chilena. Esta instancia se enmarca dentro del proceso de transformación de los consultorios de atención primaria a Centros de Salud Familiar, dentro de la orientación del modelo Biopsicosocial de salud y posterior a la firma de Alma Ata.

Definición Operacional:

Las repercusiones se pueden definir como los cambios que se producen en la atención, recuperación y rehabilitación de las personas mediante el esfuerzo, organizado de la comunidad y del Centro de Salud Familiar. Dichas repercusiones están en directa relación con todas las actividades dirigidas a la atención directa del paciente y/o demandante y su familia.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Item
Repercusiones de los cambios en el Servicio de Salud	<p>El concepto básico de esta iniciativa es que los usuarios de los centros de salud Familiar, independiente de su condición social, económica, cultural o si son cotizantes en el sistema público o en el privado, tengan acceso a un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud.</p> <p>Garantías:</p> <p>a) garantía de acceso</p> <p>b) garantía de oportunidad</p> <p>c) garantía de calidad</p> <p>d) garantía de cobertura financiera.</p> <p>Todas estas garantías exigen también la</p>	<p>Las repercusiones se pueden como los cambios que se producen en la atención, recuperación y rehabilitación de las personas mediante el esfuerzo, organizado de la comunidad y del Centro de Salud Familiar. Dichas repercusiones están en directa relación con todas las actividades dirigidas a la atención directa del paciente y/o demandante.</p>	- Cambios en la atención médica.	-Acogida.	Fue bien atendido por el médico
			-Cambios en la atención social.	-Amabilidad.	Tuvo el médico un trato amable hacia su persona
				-Calidad en la atención.	Se sintió acogido por el/la profesional
					Conoce usted el trabajo realizado por la OIRS.
				-Atención individual.	Se sintió escuchado(a) por el profesional
					El/la profesional contribuyó a resolver el problema por el cual usted consultó
					Conoce los programas que desarrolla el Cesfam desde el área

	<p>inclusión de la atención primaria como un pilar de esta transformación por parte del gobierno, en la reforma a la salud chilena.</p>		<p>-Cambios en la infraestructura.</p>	<p>-Mejoramiento de las vías de acceso.</p> <p>- Ampliación del Centro de Salud Familiar.</p>	<p>Social</p> <p>Cuanto tiempo tiene que esperar para ser atendido.</p> <p>Considera que actualmente el acceso al Cesfam es más fácil que cuando era Consultorio</p> <p>Cree usted que ahora con el cambio de Consultorio a Cesfam el espacio más amplio.</p> <p>Cómo cree usted que son las señalizaciones del Centro de Salud.</p>
--	---	--	---	---	--

			<p>-Cambios en la participación social.</p>	<p>- Mayor comodidad en las salas de espera.</p> <p>- Mayor cantidad de agrupaciones sociales en torno a los Cesfam.</p> <p>- Mayor participación de los usuarios en los Consejos de Desarrollo Local de Salud.</p>	<p>Considera usted que ahora las salas de espera son más amplias y cómodas.</p> <p>Cree usted que hay mayor cantidad de organizaciones sociales en torno al Cesfam.</p> <p>Considera usted que ahora existe una mayor participación de los usuarios a través de los Consejos de Desarrollo Local de salud.</p> <p>Conoce usted el Consejo de Desarrollo Local del Centro de Salud.</p>
--	--	--	--	---	--

Variable 2: Influencia en el Desarrollo Local

Definición Conceptual:

Se entiende el Desarrollo Local, como un complejo proceso de concertación entre los agentes – sectores y fuerzas- que interactúan dentro de los límites de un territorio determinado con el propósito de impulsar un proyecto común que combine la generación de crecimiento económico, equidad, cambio social y cultural, sustentabilidad ecológica, enfoque de género, calidad y equilibrio espacial y territorial con el fin de elevar la calidad de vida y el bienestar de cada familia y ciudadano(a) que viven en ese territorio o localidad. Más aún implica la concertación con agentes regionales, nacionales e internacionales cuya contribución enriquece y fortalece ese proceso que tiene una lógica interna, que avanza de manera gradual pero no dinámica ni lineal, que le da sentido a las distintas actividades y acciones que realizan los diferentes actores. (Op.cit, 2001:1)

Definición Operacional:

Desde esta perspectiva se considera que la influencia de la transformación de la salud primaria (representado en los Cesfam), reconoce dentro de los lineamientos políticos, la retroalimentación entre los usuarios y el Centro de Salud como un polo de desarrollo local en la interacción de las organizaciones agrupadas en los Consejos de Desarrollo Local, impulsando iniciativas que vayan directamente en beneficio del potenciamiento de la participación ciudadana en los procesos de salud, como también la de impulsar iniciativas locales a través de proyectos sociales y de emprendimiento micro económico del sector.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Ítem
Influencia en el Desarrollo Local	Se entiende el Desarrollo Local como un proceso complejo que se genera en un ámbito territorial, donde interviene una sociedad local, pero que también se cuenta con un espacio humano de un ser con intereses y vivencias particulares en un ámbito de relación más inmediato, con creencias y valores que van a retroalimentar lo colectivo desde sus propios aprendizajes, es una alianza entre actores con el fin de impulsar procesos de cambios para el mejoramiento de su bienestar colectivo, en la medida en que logran configurar el	Desde esta perspectiva se considera que la influencia de la transformación de la salud primaria (representado en los Cesfam), considera dentro de los lineamientos políticos, la retroalimentación entre los usuarios de los Cesfam y el centro de salud como un polo de desarrollo local en la interacción de las organizaciones agrupadas en los Consejos de Desarrollo Local , impulsando iniciativas que vayan directamente en beneficio del fortalecimiento de la participación ciudadana en los procesos de salud, como también la de impulsar iniciativas	Social	Tejido social	Mayor comunicación entre las distintas organizaciones sociales del sector. Creación de Actividades entre distintas organizaciones sociales. Mayor solidaridad entre las organizaciones sociales del sector.	Considera usted que hay una mayor comunicación entre las distintas organizaciones sociales que existen en el sector. Considera usted que existe una mayor participación de la comunidad en las distintas actividades realizadas por el Cesfam Considera usted que ahora existan mayores canales de participación para la población

	<p>patrón de organización que se mantiene a lo largo del tiempo en virtud de haber adquirido ciertas capacidades de mejorar las condiciones ambientales.</p>	<p>locales a través de proyectos sociales y de emprendimiento micro económico del sector.</p>		<p>Generación de redes</p>	<p>- Establecimiento de nuevas redes.</p> <p>- Creación de nuevos convenios.</p>	<p>Considera usted importante que se establezcan nuevas redes entre las distintas organizaciones del sector como redes con el exterior del sector.</p> <p>Cree que es importante que se fomenten nuevos convenios entre las organizaciones e instituciones publicas</p> <p>Considera usted que ahora existan mayores canales de participación para la población</p>
				<p>Participación</p>	<p>- Participación de la comunidad en organizaciones sociales.</p>	

					<ul style="list-style-type: none"> - Creación de nuevas organizaciones. 	<p>Considera usted necesario que se formen nuevas agrupaciones y organizaciones en la población.</p>
				Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Participación de organizaciones en decisiones competentes a implementar programas de salud comunitarios. 	<p>Considera usted que hay una participación de la comunidad en las decisiones que se toman en el consejo de salud</p>
			Cultural	Participación en proyectos y actividades culturales	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en la gestión de proyectos culturales financiados por la municipalidad. 	<p>Considera usted que ahora existan mayores canales de participación para la población en actividades culturales</p>

				<p>- Rescate de la historia local</p>	<p>- Instancias de rescate de la historia común de la población.</p>	<p>Considera que las actividades realizadas en el sector buscan rescatar o potenciar la identidad cultural de la población</p>
				<p>Apropiación de lo Biopsicosocial por parte de la comunidad</p>	<p>- Conocimiento de la población de los cambios en la mirada de salud-enfermedad que aporta el nuevo modelo.</p>	<p>Considera usted que el enfoque Biopsicosocial es conocido por todos los pacientes de Cefam.</p>
				<p>Adopción de formas de vida saludable</p>	<p>- Conocimiento por parte de la población de estilos de vida saludable, que incorpora el nuevo modelo de atención.</p>	<p>Considera usted que con el Cambio de consultorio a Cefam hay una preocupación mayor por adoptar estilos de vida saludable</p>

			Económico	Desarrollo de iniciativas micro emprendimiento	<p>- Cantidad de almacenes existentes en el sector.</p> <p>-Iniciativas de talleres familiares y artesanales.</p>	<p>Considera usted que hay una mayor cantidad de almacenes en el sector.</p> <p>Conoce usted iniciativas de microempresas Familiares</p>
--	--	--	------------------	---	---	--

Encuesta Calidad de la Atención de los usuarios de los Cesfam Dr. Arturo Baeza Goñi y Sor Teresa de Los Andes

Percepción de la calidad de la atención del Centro de Salud Familiar:

1. En general, cómo cree usted que es el trato y acogida que le ofrecen los siguientes funcionarios del Centro de Salud

Funcionario	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	No me ha atendido este funcionario
Médico						
Enfermera						
Auxiliar Paramédico						
Matrón(a)						
Nutricionista						
Kinesiólogo						
Dentista						
Psicólogo						
Asistente Social						
Administrativos						

2. En general, desde que llega al Centro de Salud, cuánto tiempo tiene que esperar para ser atendido por...

Funcionario	Menos de 30 min.	Entre 30 minutos y 1 hora.	Entre 1 y 2 horas	Más de 2 horas	No me ha atendido este funcionario.
Médico					
Enfermera					
Matrón(a)					
Nutricionista					
Kinesiólogo					
Dentista					
Psicólogo					
Asistente Social					

Nº	Pregunta.	Nunca.	Sólo algunas veces.	La mayoría de las veces.	Siempre.	No he recibido este servicio
3.	Cuando necesita medicamentos, en Farmacia los encuentra...					

Nº	Pregunta	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
4.	¿Cómo cree usted que es la infraestructura del Centro de Salud?					
5.	¿Cómo cree usted que es la higiene y limpieza del Centro de Salud?					
6.	¿Cómo cree usted que son las señalizaciones del Centro de Salud?					
7.	En general, ¿cómo cree usted que es la atención que brinda el Centro de Salud?					

8. Desde que llega al Centro de Salud, ¿cuánto tiempo se demora en conseguir una hora para atención médica?

Menos de 30 minutos	
Entre 30 minutos y 1 hora	
Entre 1 y 2 horas	
Más de 2 horas	

9. ¿Cree usted que los reclamos y sugerencias hechas en la OIRS son tomados en cuenta por el Centro de Salud?

Sí	
No	
No conoce la OIRS	

10. ¿Conoce usted el Consejo de Desarrollo Local del Centro de Salud? (si responde sí pasa a la siguiente pregunta, si responde NO finaliza la Encuesta)

Sí	
No	

11. ¿Cuál es la importancia que tiene el Consejo de Desarrollo Local, en relación al trabajo que se realiza al interior del Centro de Salud?

Muy importante	
Medianamente importante	
No tiene importancia	

PAUTA DE ENTREVISTAS A DIRIGENTES SOCIALES

Nombre: _____

Organización Social: _____

Tejido Social

1) Desde el periodo en que el consultorio se transformó al actual Cesfam, ha notado mayores espacios de participación en temáticas de salud por medio de los consejos de salud (CDLs) y otras organizaciones sociales vinculadas a la temática de salud?

a) Si _____ b) No _____

Porqué?

2) A su juicio, las organizaciones vinculadas a la salud han incrementado sus actividades.

a) Si _____ b) No _____

3) La comunidad participa en las actividades realizadas por el Cesfam y el CDL o existe reticencia a participar en ellas?

a) Si _____ b) No _____

Por que?

Generación de Redes Sociales

4) Considera usted importante que las organizaciones sociales de la población puedan establecer vínculos y contactos con otras organizaciones fuera de la población.

a) Si _____ b) No _____

5) cree que es importante que se establezcan nuevos convenios entre las organizaciones sociales y las instituciones públicas vinculadas a la salud.

a) Si_____

b) No_____

Porque?

Espacios de Participación

6) Con la puesta en marcha de los Centros de Salud Familiar cree que han aumentado los espacios de participación en salud para la población.

a) Si_____

b) No_____

7) Sabe usted si existen nuevas agrupaciones y/o organizaciones sociales en la población.

a) Si_____

b) No_____

Toma de Decisiones

8) Participa la comunidad organizada en la toma de decisiones de las acciones desarrolladas por el Consejo Local de Salud?

a) Si_____

b) No_____

De que forma?

Participación en proyectos y actividades culturales

9) Considera que con el cambio a Centro de Salud Familiar, han aumentado los canales de participación para la población en actividades culturales.

a) Si_____

b) No_____

Rescate de la Historia Local

10) De que forma relaciona usted el actual Centro de Salud Familiar y el antiguo consultorio con la historia de su población?

Apropiación de lo Biopsicosocial por parte de la comunidad

11) A partir del cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar, qué entiende usted por modelo de Salud Familiar?

12) Considera que este enfoque de salud es conocido por los pacientes del Cesfam.

a) Si_____

b)No_____

¿Por qué?

Adopción de Formas de Vida Saludable

13) Con el cambio de consultorio a Cesfam ha notado una mayor preocupación por adoptar estilos de vida saludables.

a) Si _____ b) No _____

¿Por qué?

Desarrollo de Iniciativas de Micro Emprendimiento

14) Considera usted que se ha incrementado la cantidad de almacenes en el sector donde se ubica el Cesfam.

a) Si _____ b) No _____

En caso de si ¿Cuáles?

Motivación personal

15) Que lo motivo a participar del Consejo de Desarrollo Local de Salud?

PAUTA DE ENTREVISTAS A DIRECTORES Y ASISTENTES SOCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR

Nombre: _____

Cargo: _____

1) A partir del cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar, cree usted que la implementación del modelo de Salud Biopsicosocial con enfoque en Medicina Familiar, ha mejorado la calidad de vida de los usuarios?

2) Considera usted que el enfoque de salud familiar es conocido por los pacientes del Cesfam.

a) Si _____ b) No _____

¿Por qué?

3) Uno de los aspectos centrales del nuevo modelo de salud es la adopción de estilos de vida saludables, a su juicio nota un cambio positivo en ese sentido en la población usuaria?

a) Si _____ b) No _____

¿Por qué?

4) Que rol le asigna usted a la participación usuaria por medio de los CDL en el trabajo de los Cesfam? ¿Por qué?

5) De que manera se impulsa el trabajo del Consejo de Desarrollo Local, desde su Centro de Salud?
