



Escuela de Trabajo Social

# **La Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, Comuna de Cerro Navia**

**Estudiante:**

**Priscila Riveros Jopia**

**Profesor Guía:**

**Nora Donoso Valenzuela**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social**

**Tesis para optar al Título de Asistente Social**

**Santiago, Octubre 2012.**

## **INDICE**

Introducción.....	6
Antecedentes del Contexto.....	9
Planteamiento del Problema.....	13
Preguntas de Investigación.....	21
Estrategia Metodológica.....	22
Variables del Estudio.....	27
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo I</b>	
Salud.....	30
I.- 1. Conceptualización de Salud.....	30
I.- 2. Los Determinantes Sociales de la Salud.....	32
I.- 3 El Desarrollo Local un factor endógeno territorial determinante de salud.....	37
<b>Capítulo II</b>	
La Promoción un Modelo en Salud.....	42
II.1.- Conceptualización de Promoción en Salud.....	42
II.2.- Marco de la Promoción en la Salud.....	48

### **Capítulo III**

Participación.....	50
III.1.- Conceptualización de la Participación.....	50
III.2.- La Motivación como un factor de la Participación.....	55
III.3.- La Participación desde la perspectiva de las Necesidades Humana.....	59

### **Capítulo IV**

Modelo Biopsicosocial desde la Teoría de Sistemas.....	64
IV.1.- Características del Modelo biomédico y biopsicosocial.....	65
IV.2.- Influencia de la Teoría de Sistemas al Modelo de Slud Familiar.....	69

<b>Marco de Referencia.....</b>	<b>74</b>
---------------------------------	-----------

### **Capítulo V**

Reforma y Modernización del Estado en Salud.....	75
V. 1.- La relación desde el Estado con la Ciudadanía.....	76
V. 2.- Reforma en Salud de Atención Primaria y Participación Ciudadana.....	79
V. 3.- Participación Ciudadana en el Proceso de Reforma en Salud.....	81

### **Capítulo VI**

Antecedentes del Modelo de Participación Comunitaria de Salud en Chile.....	87
VI.1.- Experiencias de Participación Comunitaria en la Salud Primaria en Chile...88	

VI.2.- Descentralización de los Servicios de Atención en Salud.....89

VI.3.- Líneas Orientadoras de la Política Ministerial en Participación.....93

## **Capítulo VII**

Antecedentes del Modelo Integral de Salud desde un Enfoque Familiar y Comunitario.....98

VII.1.- Estrategias para la Implementación del Modelo de Salud.....98

VII.2.- Aspectos fundamentales del Modelo de Atención.....100

VII.3.- Los elementos del contexto del Modelo de Salud Familiar.....101

VII.4.- Origen y Evolución de los CESFAM.....104

**Análisis de los Resultados.....107**

**Resultados de la Investigación.....108**

a) Proceso de Participación a partir de la Implementación del Modelo de Salud Familiar.....110

b) Relación Usuario – Equipo de Salud.....114

c) Cambio de Estructura y Organización de la institución a partir de la Implementación del Modelo de Salud Familiar.....121

d) Valoración de la atención entregada a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.....128

e) Acceso a las prestaciones de los servicios a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.....134

f) Proceso de cambio cultural.....139

Mirada del Observador Participante.....144

Conclusiones.....	149
Hallazgos de la investigación.....	170
Aporte desde el Trabajo Social.....	173
Bibliografía.....	178
Anexos.....	182
Matriz de Resumen de Transversalización de discurso.....	183
Operacionalización de las variables.....	189
Preguntas de las entrevistas.....	192

## INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación tiene como objetivo el describir la mirada Institucional y Comunitaria del Centro de Salud Familiar Doctor Arturo Albertz Miller, perteneciente a la comuna de Cerro Navia, considerando los cambios producidos desde la implementación del Modelo de Salud Familiar. A su vez, busca caracterizar la mirada comunitaria respecto a los cambios producidos por la incorporación de la Participación individual y comunitaria en el Modelo.

Para comenzar, se entrega antecedentes acerca de esta nueva política de salud y los motivos que dan origen a esta investigación. Por tanto, se hace referencia de los Antecedentes del Contexto y la nueva forma de hacer salud frente a los cambios culturales y demográficos de la población.

Posteriormente, se entrega referencias teóricas del concepto de salud frente a la implementación de las nuevas políticas en salud, mencionando elementos importantes del Modelo de Salud Familiar como es *la Promoción en Salud y los factores Determinantes de la Salud*, que permitirán entregar los fundamentos de la implementación del Modelo, abarcando sus características, objetivos y, además, la incorporación del Modelo de Participación Social en Salud.

Durante el proceso de la investigación es importante mencionar el Marco Metodológico, presentando las preguntas de investigación, las que van en relación con los objetivos del Modelo de Atención. Por tanto, esta investigación está orientada a responder interrogantes acerca de ¿Cómo ha influido la implementación del Modelo de Salud Familiar en la participación de la comunidad atendida por el CESFAM Dr. Albertz Comuna de Cerro Navia? y ¿Qué cambios identifica la comunidad respecto de su relación con los equipos de salud a partir de la implementación del modelo de Salud Familiar?

En el Marco Teórico se estima conveniente mencionar conceptos sobre *Participación Social* y los factores que inciden en ella dando énfasis a la teoría de

la motivación que busca caracterizar aquellos factores que llevan a ejercer la participación en el contexto de la satisfacción de las necesidades según, Manfred Max – Neef.

Se aborda el concepto de Promoción en Salud que fundamenta un programa a nivel local, directamente en los Centros de Salud Familiar con el fin de fomentar la Participación y Mejorar la calidad de vida de la población.

Otro punto importante a considerar en la investigación, es el Enfoque Biopsicosocial que tiene una mirada holística frente al individuo considerando su estado biológico, psicológico y social, lo que se relaciona con la Teoría General de Sistemas por ser un elemento transversal que abarca todos los procesos del Modelo de Salud Familiar y, por ser un paradigma que aporta una mirada integral del problema de salud considerando los procesos de salud – enfermedad, en un contexto familiar y comunitario.

Posteriormente se presenta el Marco de Referencia que entrega información y conocimientos sobre las nuevas formas de hacer salud que plantea la Reforma de la Salud sustentada en cambios epidemiológicos y demográficos de la población chilena.

Durante la investigación, se hace mención a los cambios de la Reforma y Modernización del Estado. Además se hace referencia a la relación del Estado con la ciudadanía, las nuevas políticas en Salud de Atención Primaria y la Participación Ciudadana en el proceso de Reforma en la Salud.

También es importante mencionar antecedentes del Modelo de Participación Comunitaria, entregando información del proceso que se ha generado y desarrollado desde sus inicios y que fuera fomentado desde la Organización Panamericana de la Salud. Asimismo, las referencias a experiencias de Participación Comunitaria de Salud en Chile, la creación del Departamento de

Atención Primaria en Chile y los lineamientos de la política ministerial en participación.

Se entregan antecedentes del Modelo Integral de Salud desde un enfoque familiar y comunitario, haciendo mención a sus características y el motivo de su implementación, presentando cada una de sus etapas y elementos que lo conforman.

Al término de la investigación se da a conocer los Resultados que se levantan a través del análisis de las entrevistas grupales realizadas a usuarios e integrantes del equipo de salud, tomando como elementos importantes; el Proceso de Participación a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar, la Relación Usuario – Equipo de Salud, el Cambio de Estructura y organización de la institución a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar, la Valoración de la atención entregada a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar, el Acceso a las prestaciones y servicios a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar y el consiguiente proceso de cambio cultural.

Para finalizar se hace entrega de las conclusiones en relación a la implementación del Modelo de Salud Familiar y su vinculación con el Modelo de Participación Comunitaria.

## **ANTECEDENTES DEL CONTEXTO.**

Los cambios culturales, demográficos (envejecimiento de la población) y epidemiológicos (nuevas enfermedades) de la población durante estos últimos años han influido en generar cambios importantes en el Sistema de Salud, especialmente en los Servicios de Atención Primaria del país, por ser la institución que tiene un vínculo directo con las personas.

Los distintos gobiernos, han estudiado y observado los cambios epidemiológicos y demográficos, con el fin de desarrollar estrategias de acción orientadas a dar respuestas a las nuevas necesidades.

Por otro lado, los usuarios de los Centros de Salud en la actualidad, producto de un mayor acceso a la información sobre sus derechos, esperan ser tratados con dignidad y ser atendidos de forma oportuna con una calidad de servicio adecuado.

En el marco de los procesos de reforma de la salud se cuenta con un Modelo de Atención que genera cambios hacia un usuario más activo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad.

Por tanto, el Modelo de Atención que se brindó a la población por mucho tiempo requería un cambio de paradigma, una mirada integral, que incorporara un enfoque psicosocial, que consistiera en centrar la atención en la persona, su entorno familiar y comunitario, (enfoque sistémico) y además, que incorporara el apoyo del Modelo de Participación Social y Comunitaria que potenciaría en sí el Modelo de Salud Familiar. Ambos Modelos tienen el objetivo y desafío de caminar juntos para tener resultados positivos en los Servicios de Atención Primaria.

La Reforma de Salud ha ejercido un rol importante en nuestra población chilena, actuando a través de los programas de gobierno y creando nuevas formas de entregar respuestas a las necesidades de las personas en conjunto con los integrantes de la institución (equipo de salud) y la comunidad.

De esta manera se entiende que la atención que se brinda a los usuarios es un proceso continuo donde se entrega las herramientas necesarias para su autocuidado y se establece una relación entre usuarios y equipo de salud con la finalidad de llevar los servicios más cerca de las personas.

Los programas de formación y capacitación entregados a los funcionarios de salud hacen referencia al enfoque de Salud Familiar y Comunitaria. Es responsabilidad del gobierno local ejecutarlos con el objetivo de dar a conocer el Modelo y entregar una mejor atención a la comunidad usuaria por parte del equipo de salud. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que las directrices de las capacitaciones están emanadas desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y no siempre dan cuenta de los requerimientos del nivel local.

Los lineamientos específicos que se traducen a nivel local en el ámbito de la salud son aumentar la cobertura de la atención, excelencia de servicios y buen trato a la población. Estos beneficios deben orientarse especialmente al sector más vulnerable de la población.

Desde este punto de vista, el estudio se realiza por el interés de conocer los cambios asociados a la implementación del Modelo de Atención en Salud en Atención Primaria y las políticas de salud a nivel local y las implicancias que se dan en los procesos de participación y en la forma de entregar servicios a una comunidad local con necesidades y diferentes grados de vulnerabilidad por su situación económica y social.

## **Contexto de la Investigación**

Considerando lo anterior, se hace entrega de referencias del Centro de Salud Familiar y Comunitario Doctor Arturo Albertz Miller, ubicado en la comuna de Cerro Navia, establecimiento donde se localiza la investigación.

La Comuna de Cerro Navia fue creada por el Decreto Ley N ° 13. 160 el 17 de marzo de 1981. En sus orígenes la Comuna contaba con 140.000 habitantes y actualmente según el Censo 2002 cuenta con una población de 148.312 habitantes a las cuales el gobierno local debe ser capaz de entregar respuesta a las necesidades de salud en un 93,8%. Para el año 2007 se estimó una población de 141.297 siendo la responsabilidad del sistema de salud público, la atención del 92% de la población. Durante octubre del 2009 el sistema de salud municipal cubría una atención de 139.157 personas inscritas en todos los Centros de Salud, entre los cuales se encuentra incluido el CESFAM Dr. Albertz, que es parte de los 4 Centros de Salud pertenecientes a la Comuna.

Cada territorio de un CESFAM tiene su historia que lo caracteriza. Tal es el caso del Centro de Salud Dr. Albertz que tiene una data de 44 años de existencia, siendo inicialmente parte del sector Las Barrancas, que actualmente pertenece a la Comuna de Cerro Navia. Este Centro de Salud es el más antiguo. En el contexto de la investigación, cuenta con cuatro sectores territoriales y, desde el año 2004, ha ido desarrollando estrategias para implementar el Modelo de Salud Familiar.

El Centro de Salud, al implementar el Modelo, incorpora nuevas acciones para entregar servicios a la población; el Centro de Salud se adecuó estructuralmente, se eliminaron las fichas de papel dando origen a las fichas electrónicas, entre otras iniciativas. Posteriormente, se fueron conformando grupos de trabajo en el Equipo de Salud y la comunidad organizada que apoyaron la implementación del Modelo de Salud Familiar y la información a la población de esta nueva forma de atención.

La nueva forma de atención y estructura que se originó, fue produciendo un cambio en la cultura institucional del Centro de Salud, se organizó al Equipo de Salud por sector y se realizó una capacitación para entregar elementos de una nueva forma de atención y de la incorporación de la comunidad a una nueva forma de Participación que caracteriza el Modelo de Salud Familiar.

El proceso de Participación se instala desde el momento de la Implementación del Modelo de Salud Familiar. El CESFAM Dr. Albetz desde ese momento cuenta con los espacios y la nueva forma de actuar desde el Equipo de Salud, fomentando la promoción y prevención en salud, y la comunidad manifestando su derecho a ser informado como sujeto de derecho y generando instancias para demandas de sus necesidades en salud.

La comunidad organizada representativa del CESFAM se reunía antes de originarse el Modelo de Salud Familiar con el fin de proponer estrategias de acción en beneficio de la comunidad usuaria. Posteriormente a la implementación del Modelo, las personas se reunieron formalmente para crear un Consejo Local denominado Red Amigable (actualmente vigente), instancia de Participación Social donde asisten diferentes dirigentes representativos de la comunidad del territorio del CESFAM.

Desde un tiempo a esta parte, el Centro de Salud, ha pasado por varias etapas de transformación para consolidarse como CESFAM, reacreditándose cada cierto tiempo para avanzar en su desarrollo. En estos momentos, el Centro de Salud se encuentra en la etapa de consolidación (última etapa) que se acreditó durante noviembre del 2011, siendo un hito importante en el proceso de cambio cultural, social y tecnológico.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la década del 80', producto de las políticas de salud instaladas en décadas anteriores, se evidencia un cambio en la situación de salud de la población.

Los cambios epidemiológicos (nuevas enfermedades), demográficos y tecnológicos han sido causantes de cambios sociales y culturales durante este último tiempo, llegando a establecer nuevas dimensiones sociales que han afectado la salud de la población y permitido que los gobiernos, implementen nuevas políticas para dar respuesta a las necesidades de la población.

Ilona Kickbusch, refiere respecto a los cambios (1996), que *“durante los procesos del siglo la salud pública paso de una actividad de la vacunación a otras que fueron más diagnósticas que preventivas. Durante la década del 70' se centró en la epidemiología del comportamiento”*. (Kickbusch, 1996:19). Según la autora, haciendo referencia a Milton Terris (1984), que plantea que durante ese periodo *“se inauguraba una nueva era de la planificación de la salud produciendo un cambio profundamente revolucionario desde la preocupación casi exclusiva por los recursos de salud hacia el valor fundamental de los resultados para la salud”*. (Ibid: 19). Es decir, se estaba instaurando una nueva manera de concebir la salud y visualizando una nueva forma de solución a estos nuevos indicadores de riesgo en salud. Durante tal periodo se estaba incorporando el término “Estilos de vida”, no sólo se instauraba un Modelo de Atención biomédico basado en la atención, sino que se incorporaba la idea de trabajar en lugares fuera de la atención habitual a los Centros de Salud, acercándose a trabajar directamente con las comunidades.

Una de las estrategias de intervención en salud en Chile y países miembros de Latinoamérica y el Caribe para entregar respuestas a las necesidades de salud es la *“Promoción de La Salud”*, estrategia que se basa en la Participación, que es parte de la política de salud implementada por la *Organización Panamericana de*

*la Salud* y que se ejecuta principalmente en los Servicios de Atención Primarias de Salud Pública (APS).

Según Kickbusch, la Promoción de la Salud tiene *“la finalidad de crear entornos sanos y hacer más saludable la vida diaria. Por tanto, la agenda debe ser tanto una responsabilidad política y social como una responsabilidad individual”* (Kickbusch, 1996:22). Enfoque que se ha transformado en un paradigma de la salud educacional a nivel internacional y es declarada dentro de la carta de Ottawa (Canadá) como parte de la revolución en salud del siglo XX.

Durante el proceso de cambio de las nuevas políticas de salud implementadas es indispensable la responsabilidad institucional (forma de ejecutar la política en Salud Pública) y ciudadana (compromiso) para lograr los objetivos sanitarios para la población. Los actores sociales de la institución y comunidad han sido relevantes para implementar este proceso de cambio en el marco de la salud.

Actualmente Chile a través del Ministerio de Salud (MINSAL; 2008), fija como principios orientadores de su accionar; la equidad, la descentralización y la Participación Social, ejes del desarrollo de un sistema público de salud eficiente y al servicio de las personas. Al desprenderse estas nuevas necesidades en salud las personas no exigen beneficios sino derechos.

Los cambios demográficos, epidemiológicos (causa de enfermedades crónicas producto de los estilos de vida de las personas) y tecnológicos ocasionados por las demandas de los servicios, traen como consecuencia una nueva forma de concebir la salud. Por tanto, el gobierno debe ser capaz de implementar nuevas formas de gestión política y de organización de los sistemas de salud.

La nueva forma de concebir la salud ha debido crear actualmente un Modelo de Atención y gestión, dando origen a la implementación de los Centros de Salud Familiar y Comunitarios (en adelante CESFAM), que son servicios de Atención Primaria, que a través de su oferta de programas satisface necesidades de

protección en relación al bienestar biológico, psicológico y social de la persona, familia y comunidad. Los CESFAM se caracterizan por contar con un enfoque de Atención Integral (mirada sistémica hacia el individuo) que supera el Modelo de Atención biomédico (biológico) e incorpora el paradigma psicosocial (la persona y su entorno) con el Modelo de Participación en el proceso de atención de los usuarios a partir de su ciclo vital, y así aborda los problemas que le atribuyen a su situación de salud y genera estrategias de solución, enfatizando la promoción y prevención de las enfermedades. (MINSAL; 2008).

Por tanto:

*“La atención de salud en Chile debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas ante que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.*

*Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud” (Minsal, 2008:7).*

Se requiere un Modelo de Atención Integral que debe ser parte del ciclo vital tanto de la persona como de la familia. Es un enfoque en el cual la persona y la familia debe ser participes en mejorar su calidad de vida y en busca de prevenir la enfermedad. Sin embargo, el equipo de salud debe entregar las herramientas necesarias para que las personas fortalezcan su salud.

*En el Modelo: “es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria, llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir nuevos espacios a la Participación Ciudadana y establecer con vigor la Promoción de la Salud en las políticas locales” (Ibid: 7).*

El Ministerio de Salud considera importante que los Centros de Salud se encuentren cerca a su comunidad, conozcan la realidad y necesidad de cada

territorio y mantengan vínculos con la comunidad organizada y usuaria para generar una atención de calidad.

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales durante los gobiernos de la Concertación de Partidos por la democracia y, especialmente en los dos últimos períodos (2000 – 2010) da énfasis a la Participación comunitaria con el fin de fomentar estrategias que mejoren la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades, y entregar respuestas a estas nuevas necesidades.

Lo anterior, requiere que las instituciones gubernamentales que están para prestar servicios a la ciudadanía generen instancias donde las personas participen y tomen decisiones frente a sus nuevas problemáticas sociales. En el caso de la salud se desarrollan estrategias que potencien la Participación con el fin de lograr un cambio en la calidad de vida de la población.

En este nuevo proceso de salud – enfermedad que incorpora el modelo busca centrarse en las nuevas necesidades de la población. El Modelo de Salud requiere los esfuerzos del gobierno central a través de sus políticas para desarrollar espacios de Participación con el fin de incorporar eficientemente el Modelo de Gestión en Salud.

El rol de la ciudadanía es relevante en este proceso de cambio. El Modelo plantea que al trabajar en conjunto el equipo de salud y la comunidad, permite dar a conocer las necesidades e intereses del territorio local. Según el Plan de Salud Comunal de la Comuna de Cerro Navia, del año 2009; refiere que *“La Participación Social es el soporte del Plan de Desarrollo Comunal trazado a mediano y largo plazo, el cual ha requerido de un esfuerzo adicional. La estrategia de incorporar a la comunidad a las tareas del desarrollo comunal y al Modelo de Gestión en Salud, ha aumentado en forma gradual y sostenida”*. (Plan de Salud Comunal, 2009: 19). Se considera que la incorporación de la comunidad a la

gestión de salud es relevante para la construcción social, capital social y desarrollo comunitario.

La familia y la comunidad que se encuentra inserta en el territorio del CESFAM deben involucrarse en las acciones de salud. Al ser partícipe en los procesos de cambio de Salud – Enfermedad se cumple los objetivos del Modelo de Salud Familiar. La ciudadanía al tener Participación se empodera y se transforma en un actor principal que produce cambios. La relación entre el equipo de salud y la comunidad potencia un mejor autocuidado del contexto familiar y comunitario (entorno), por lo tanto la Participación es relevante para la promoción y prevención.

El gobierno a pesar de crear este nuevo Modelo de Salud con todas las características planteadas anteriormente, no ha sido del todo capaz de enfrentar los cambios epidemiológicos y demográficos de la población y aplicar efectivamente el modelo.

Según Nora Donoso en su texto Reforma de Salud ¿Oportunidad u Obstáculo para la Gestión Participativa?, hace referencia a Oyarzo (1999). *“Al decir que en Chile han hecho el intento de descentralizar la gestión de la reforma de salud y que es más bien un proceso formal que real. Asimismo las diferencias del lenguaje y cultura entre técnicos y políticos han obstaculizado la reforma de salud en Chile”*. Causa que tal vez incida en los problemas para implementar efectivamente el Modelo de Atención. (Donoso, 2006:20).

El gobierno ha creado nuevas acciones para dar respuesta a las necesidades de la población desconociendo su realidad local; el estado tiene una mirada centralista frente a implementación de las políticas sociales.

Los nuevos Modelos de Atención se instalan centralizadamente, el gobierno no considera que cada localidad tenga una realidad distinta en lo social, económico y cultural, sino que se construyen políticas con una mirada global del problema. En

ocasiones las instituciones desconocen las necesidades de las personas del territorio y la comunidad usuaria no tiene información de las ofertas de servicios de la institución y el cambio del Modelo de Atención. Por tanto, se requiere un cambio cultural aún incipiente en el equipo de salud y la comunidad con el fin de vincularse e involucrarse en esta nueva forma organizacional de la salud, cambio que no se evidencia claramente.

Además, la falta de recursos a nivel local puede interferir en la forma efectiva de llevar a cabo la ejecución del Modelo de Atención por no contar con las herramientas, espacios y recursos suficientes para su población, situación que influye en que no se genere una Participación real tanto del equipo de salud como de la comunidad.

La experiencia del proceso de implementación de ambos modelos; de atención y participación, es compleja en la práctica, por las diferentes realidades e historias que tiene cada red de Atención Primaria (diferentes necesidades locales). Los gobiernos que han implementado el Modelo de Atención, se han olvidado de la identidad territorial de la población, que existe una realidad distinta en cada territorio local y que cada Modelo de Salud debería ser concebido dependiendo de la realidad de cada comunidad.

Durante la investigación se da a conocer la vinculación teórica entre el proceso del Modelo de salud Familiar y Comunitario y el de Participación. Por tanto, es importante saber cómo se da este proceso en la práctica.

El ser alumna en práctica profesional durante el año 2009, sirvió para contextualizar el territorio de la investigación. Se realizaron actividades comunitarias junto a la red amigable y se desarrolló un plan de trabajo participativo en conjunto a la comunidad, que permitió visualizar la forma de Participación que se genera en el Centro de Salud desde los usuarios, equipos de salud y comunidad.

## **Participación de la Comunidad en el CESFAM Dr. Albertz.**

El diagnóstico realizado a la comunidad organizada durante el 2009, entregó antecedentes que contextualizó la realidad de la Participación Social que se genera en el territorio del CESFAM. La comunidad de la institución (usuarios y equipo de salud) describe, que a pesar de tener incorporado el Modelo de Salud Familiar desde hace 5 años no es conocido por la comunidad, se tiene desconocimiento de la existencia de la instancia de Participación y los funcionarios no conocen el objetivo del Modelo de Salud y el por qué la gente suele participar en la institución.

Se observa la existencia de fragmentación social y la baja del nivel de participación de las comunidades. La Red Amigable, a pesar de estar conformada por 20 organizaciones sociales, muestra una baja asistencia a las reuniones mensuales; escasa vinculación entre la institución y la comunidad.

El Centro de Salud, a pesar de desarrollar instancias de participación como la Red Amigable, se ha visto afectado por la baja participación y bajo apoyo a la comunidad por parte de funcionarios del equipo de salud del CESFAM. Por tanto, la comunidad organizada solicita la participación de aquellos funcionarios y así trabajar en conjunto. Además, la comunidad manifiesta que se reconozca y valore su trabajo realizado.

Existe un *escaso compromiso* de las organizaciones sociales con la comunidad, los dirigentes que a pesar de asistir a reuniones cada mes y recibir información, no informan sobre las actividades de salud dirigidas a la población. Esta falta de compromiso ha influido en el alcance del cambio de Modelo de Atención a los usuarios y comunidad en general del territorio del CESFAM Dr. Albertz.

Se considera que en el contexto de la investigación existe un proceso de reforma realizada desde el Centro con una escasa participación del recurso humano y

comunidad, situación que incide que el modelo de atención no se implemente de una manera efectiva, lo cual incide en que:

- Existe un escaso enfoque familiar y comunitario, un equipo de salud poco comprometido en el proceso de salud – enfermedad y debilidad de habilidad para resolver problemas con escasa Participación Social.
- Existencia de Modelos no necesariamente articulados e integrados. Al momento de implementar el modelo no se realiza un proceso participativo, por tanto, las políticas son bajadas desde el gobierno central desde una forma aislada.

Por lo anterior, la investigación busca conocer la percepción de las personas respecto a cómo se ha ido implementando el Modelo de Participación Comunitaria frente al Modelo de Salud Familiar y Comunitario; identificar cómo se van encaminando ambos modelos con el fin de lograr los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud (MINSAL), revelar qué factores inciden en el proceso de implementación en el Modelo de Atención e identificar si ambos modelos se van articulando en este cambio cultural y estructural del Centro de Salud.

Actualmente (2012), existen actividades del CESFAM en lo que refiere a la Participación; aún sigue vigente el Consejo Consultivo (Red Amigable), pero persiste el mismo tipo de participantes, no existe una renovación de integrantes de la organización. Respecto al equipo de salud, se ha incorporado a trabajar un grupo pequeño de funcionarios (comisión de buen trato), con el fin de cumplir con los requisitos y metas del programa de Participación. Se observa desde este punto, motivación de los integrantes por ser parte del grupo e interés por lograr objetivos que sean un bien y mejorar el entorno del Centro de Salud Familiar.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

En este contexto surgen las siguientes preguntas de investigación:

- 1. ¿Cómo ha influido la implementación del Modelo de Salud Familiar en la participación de la comunidad atendida por el CESFAM Dr. Albertz comuna de Cerro Navia?**
- 2. ¿Qué cambios identifica la comunidad respecto de su relación con los equipos de salud a partir de la implementación del modelo de Salud Familiar?**

### **1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **Objetivo General 1.-**

- Describir la mirada Institucional y Comunitaria del CESFAM Dr. Albertz, respecto a los cambios producidos desde la implementación del Modelo de Salud Familiar.

#### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar la mirada institucional del CESFAM Dr. Albertz respecto a la Participación de la comunidad a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.
- Identificar la mirada comunitaria respecto a las nuevas estrategias de atención en salud consideradas en el Modelo de Atención de Salud Familiar.
- **Objetivo General 2.-**
- Caracterizar la mirada comunitaria respecto a los cambios producidos por la incorporación de la Participación en el Modelo de atención en Salud Familiar.

## **Objetivos Específicos**

- Describir la percepción de la comunidad atendida respecto a cambios en la relación con los equipos de salud a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.
- Establecer la opinión de la comunidad respecto a la calidad de la Participación implementada por parte de la Institución y Comunidad atendida del CESFAM Dr. Albertz comuna de Cerro Navia a partir de la incorporación del Modelo de Salud Familiar.

## **ESTRATEGIA METODOLOGICA.**

### **1.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Corresponde a una investigación de tipo cualitativo, que pretende conocer la realidad de un determinado contexto, considerando las experiencias de los individuos. Asimismo, determinar la influencia que genera el nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en la participación de las distintas organizaciones del consejo consultivo (Red Amigable), usuarios y equipo de salud pertenecientes al territorio del Centro de Salud Familiar Dr. Albertz comuna de Cerro Navia de la región Metropolitana.

La investigación corresponde a un estudio exploratorio - descriptivo, que busca establecer aquellos elementos que permiten identificar cómo influyen las nuevas políticas de salud en la participación de una comunidad específica. Es un proceso de cambio de una realidad social, se está ante algo que se quiere saber qué es, para conformar un concepto de un fenómeno determinado. Asimismo, se estudiarán los significados inter-subjetivos, a partir del relato de los entrevistados y observación directa por parte del investigador. En el caso de la investigación, sería el proceso de participación y su vinculación con el Modelo de Atención Integral de Salud. Por tanto, se parte desde una realidad observada en un determinado contexto enfatizando sus cualidades, debilidades y fortalezas.

En la investigación se utiliza la metodología de análisis de contenidos, considerando las experiencias empíricas con una perspectiva fenomenológica. Para realizar el análisis de contenidos se utiliza una matriz de transversalización de discurso que permitirá desarrollar el análisis con el fin de comparar las miradas de los distintos actores que participan en la investigación.

Este estudio cualitativo, permite visualizar la opinión y el relato de un grupo de personas que participan en la implementación del modelo de atención en salud y, en el fortalecimiento de la participación de los actores que residen en el territorio del centro de salud.

El cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar es una realidad que está en constante movimiento, por lo tanto, al recoger la aproximación particular de los sujetos y la relación (inter-subjetividad) de los actores adscritos al sistema de salud, permite observar, desde su perspectiva y contexto cultural, los procesos generados a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.

Durante la investigación los dos procesos a investigar son el Modelo de Salud Familiar y Comunitario y el Modelo de Participación Comunitario, se espera conocer si ambos modelos han ido caminado juntos, surge la interrogante ¿se habrán articulado ambos modelos como lo establece el Modelo de Salud Familiar?

## **1.2. UNIDAD DE ANALISIS**

Para este estudio, serán el contenido del relato y la transversalización del discurso, los elementos que permitirán interpretar las opiniones de diferentes actores sociales que se encuentran insertos en un sistema de salud. El espacio a investigar se encuentra compuesto por organizaciones sociales que son parte del consejo consultivo del Centro de Salud denominado "Red Amigable", equipo de salud de la institución y comunidad usuaria perteneciente al Centro de Salud Dr. Albertz.

### **1.3. UNIVERSO**

Estará conformada por 20 organizaciones sociales que participan de la Red Amigable, la cual se encuentra constituida por clubes de adultos mayores, centros de madres, organización de ferias libres, junta de vecinos, organizaciones de mujeres y otras organizaciones constituidas formalmente que demandan atención de salud, la comunidad perteneciente al territorio en donde se ubica físicamente el CESFAM Dr. Albertz, y, el equipo de salud responsable de la implementación del cambio de modelo en este centro de salud.

### **1.4. MUESTRA**

Los sujetos de estudios serán los dirigentes representativos de la comunidad del territorio del CESFAM que participan en el Comité Consultivo (Red Amigable), funcionarios del Centro de Salud y usuarios que asisten constantemente al Centro de Salud Familiar y Comunitario Dr. Albertz.

Considerando las diferentes características de los actores sociales que participarán en la investigación, se realizará una muestra *no aleatoria*, por tanto, se elegirán intencionalmente a los participantes.

La investigación corresponde a un muestreo "*intencional*". Los sujetos elegidos en la muestra no son elegidos siguiendo la ley del azar, sino a través de ciertos criterios definidos por el investigador (Ruiz, 2012).

La muestra está conformada por:

- El equipo de salud: Una asistente social, una enfermera y administrativo.
- Comité Consultivo: Siete dirigentes representantes de diferentes organizaciones sociales de la comunidad,
- Cuatro usuarios que asisten periódicamente al Centro de Salud, entre ellos, pacientes crónicos, (dos) y de medicina general, (dos) con diferentes patologías y demandas de salud.

## 1.5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Durante la investigación se utilizarán las siguientes técnicas de recolección de información:

- **Entrevista grupal:** es una técnica que se utiliza hacia los representantes de las distintas organizaciones sociales pertenecientes a la Red Amigable, usuarios de la comunidad atendida y equipo de salud. Se trata de generar una instancia de discusión en relación a la temática a investigar que permitirá analizar y conocer las distintas opiniones de las personas presentes. Asimismo, generar interrelación entre los presentes con la finalidad de conocer sus distintas miradas respecto a la temática a investigar.

### Procedimientos utilizados para su aplicación.

- Los sujetos entrevistados fueron agrupados dependiendo el tipo de participación que establecían en el Centro de Salud y posteriormente considerando las características del grupo fueron citados por separados.

- Se les pide autorización a cada uno de los diferentes actores sociales para ser entrevistados,

- Posteriormente, se entrega invitación con el fin de citar para la entrevista grupal.

- **Entrevista en profundidad:** Se utilizará esta técnica considerando que se realizará entrevista personal a través de un cuestionario no estructurado (preguntas abiertas), *“en donde se fundamentan en una guía general con temas no específicos y el entrevistador tiene toda la flexibilidad para manejarlas e ir orientándolas hacia su interés”* (Gómez, 2006: 141).

Estas se realizarán a representantes claves que hayan o estén participando en el proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Se entrevistará a los distintos representantes de los equipos ejecutores del modelo de

atención y comunidad usuaria que se atiende constantemente en el Centro de Salud.

#### Procedimientos utilizados para su aplicación.

- Los sujetos fueron elegidos intencionalmente a participar en cada una de las entrevistas. (Considerando el tipo de participación en el sistema de salud a investigar).
- Se les pide autorización a cada uno de los diferentes actores sociales para ser entrevistados,
- Posteriormente, se entrega invitación con el fin de citar para la entrevista individual.
- **Observador participante:** Esta técnica es utilizada considerando la presencia del investigador en el contexto del estudio de investigación. Es importante considerar la presencia del investigador en el lugar, las personas que se encuentran presentes no saben que están siendo investigadas en su contexto. *“El enfoque de la observación es intermedio”* (hay guía de análisis pero se está abierto a modificar) (Gómez, 2006: 143).

El investigador se encuentra inserto en el contexto del estudio, forma parte del equipo de salud y coordinó durante un tiempo la “Red Amigable” del CESFAM. Situación que permite ser un observador participante con un tipo de información directa que servirá de insumo para el análisis de contenidos.

### **1.6. TÉCNICAS DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

El análisis de información, se basará en análisis de contenidos que es rescatado de las categorías construidas a través de las variables de nuestra investigación. Por tanto, se debe conocer las distintas perspectivas de los entrevistados en relación a la temática y cómo cada uno de ellos experimenta esta situación de

Participación en el proceso de Reforma de atención en salud pública (atención primaria).

Cada categoría construida tiene completa relación con el estudio de la investigación, que se atribuye a cómo a influido la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la Participación de cada uno de los actores entrevistados en el estudio.

### **1.7. VARIABLES DEL ESTUDIO**

La investigación se basa en el proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar y cómo se vincula al Modelo de Participación frente a un cambio en el sistema de atención y entrega de servicios a la comunidad perteneciente al territorio donde se localiza el Centro de Salud Familiar Doctor Arturo Albertz Miller.

Por tanto, las variables del estudio son:

- **Proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.**
- **Proceso de implementación del Modelo de Participación Comunitaria.**

#### **Origen de las categorías de análisis.**

Las variables anteriormente mencionadas dieron origen a las categorías de análisis que son relevantes en el contexto del tema de investigación (revisar posteriormente en anexos; que adjunta la matriz de Operacionalización de las Variables del estudio). Por tanto, el Análisis de Contenidos se da en función de:

- Proceso de cambio cultural al interior de la organización del centro de salud.
- Proceso de producción de servicios (prestación de servicios).
- Proceso de reorganización interna.
- Proceso de cambio cultural a nivel comunitario.

- Objetivos de la participación.
- Estructura y organización interna del Centro de Salud.
- Calidad de la participación.

Las Categorías mencionadas debiesen entregar respuestas a las preguntas y objetivos de investigación, entregando nuevos elementos que servirán de orientación al análisis de investigación.

# **I PARTE**

## **MARCO TEORICO**

## CAPITULO I

### SALUD

#### **I.1.- Conceptualización de Salud.**

La calidad de vida de las personas, familias y comunidades se ha debilitado a causa de los procesos económicos y modernizadores. El modelo económico globalizado ha incidido en la vida cotidiana de las personas, generando un individualismo con intereses personales y familiares que han afectado la calidad de vida tanto en lo físico como lo emocional.

Los cambios demográficos y epidemiológicos también ocasionados por la ciencia y tecnología han generado cambios en el diario vivir de las familias y comunidades. En consecuencia, se considera que el concepto de salud cambia dependiendo la realidad social de las sociedades.

Durante la edad media la salud era mirada como: *“la Salud del cuerpo que estuvo relacionada con la salud del alma”*. La calidad de vida dependía de las acciones que realizaban las personas y una buena acción se recompensaba con salud que permitía alcanzar la vida eterna.

Durante la edad contemporánea (siglo XX), la salud comenzó a ser vista desde un ámbito positivo que podía ser alcanzable. En este periodo se comenzó a dar otro enfoque a la salud con una mirada mucho más amplia.

Las pestes e infecciones eran una de las causas importante de las enfermedades durante la edad contemporánea, se producían epidemias que manifestaban una alta mortalidad en la ciudadanía y la salud era visualizada y conceptualizada *“solo como la ausencia de enfermedad”*. Sin embargo, en nuestra sociedad occidental el concepto se ha ido transformando.

Es así, como en la conferencia internacional sobre políticas de Atención Primaria de salud que se desarrolló en Alma – Ata el 12 de septiembre de 1978, reitera la definición de Salud actualmente como;

*“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”*

(Revista de Salud pública, 2002: 22).

La salud es definida actualmente desde el ámbito integral. Se observa a la persona como un todo, tomando en cuenta su medio ambiente y las relaciones o redes que integra su vida cotidiana desde un aspecto positivo o negativo (familia y comunidad).

Asimismo, Jake Epp, en el texto “Promoción de Salud. Una Antología”, entrega referencia a una publicación federal de 1974, con el título “A new perspective on the Health of the Canadians” (Una perspectiva acerca de la salud de los canadienses) lo cual refiere *“que la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de la salud y los entornos físicos y sociales que rodean a los individuos”* (Jake, 1996: 26). Desde este punto, la salud es vista de una forma holística e integral. El dolor físico de una persona no es la enfermedad en sí, sino que esa dolencia tiene causas que pueden ser producto del entorno donde se relaciona la persona. Por tanto, la persona tiene la posibilidad de tener salud en la medida que tenga las herramientas necesarias para lograr un equilibrio tanto físico como psicológico.

Según Jake Epp (1996)

*“la salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la necesidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia Salud” (Ibid: 26).*

De las personas depende su estado de salud. El auto cuidado y la manera de vivir determinan el estado fisiológico y psicológico de cada ser humano. Las comunidades son importantes en este proceso de incidir en la salud, tienen un rol importante, por ser quienes conocen sus problemas y necesidades. Desde este punto de vista, la salud es un tema cultural que va desarrollando en la medida que pongamos de nuestra parte para mejorarla y también depende de nuestra realidad social, capacidades, herramientas y oportunidades para acceder a ella.

## **I.2. Los Determinantes Sociales de la Salud**

Los cambios de conceptos de salud- enfermedad también tienen su origen durante la década del 50'. En Estados Unidos se establecen las primeras escuelas de medicina preventiva, se comienza a investigar qué incide en la calidad de vida de las personas. Henry E. Sigerist, fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina (1945), quien estudio sobre la historia de la sociedad humana en sus distintas y sucesivas estructuras económico sociales vinculadas al ámbito de la salud, define las cuatro tareas principales de la medicina; *promoción, prevención, recuperación y rehabilitación*, lo que impulsa los elementos no biológicos que intervienen en salud. Asimismo, fue observando ciudades y países desarrollados, cómo incidía la vida cotidiana en la calidad de vida de las personas.

Eliana de la Llera en su texto *“Estilos de Vida”*, entrega referencias de *Marc Lalonde*, ex -ministro de salud de Canadá en 1974, hace énfasis a ciertos elementos que inciden en salud, lo cual propone un modelo explicativo llamado

*los determinantes de la salud, que se encuentran en uso durante nuestros días, “en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente – incluye el social, en el sentido más amplio junto a la biología humana y a los servicios de salud”. (De la Llera, 2001: 39).*

Eliana de la Llera Suarez (2001) cita a Castellanos (1991), esclarece como se produce esta interacción entre *los determinantes de la salud con las categorías condiciones de vida*, que serían “*los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo de población específico*”. (Ibid: 39).

De esta forma, la salud se determina de ciertas formas o niveles;

1. *Nivel macrosocial*, que relaciona la formación socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general; es decir, la salud se determina dependiendo de la situación socioeconómica de la persona o comunidad determinada y las formas en las cuales el gobierno establece las gestiones para otorgar salud a su población.
2. *Nivel grupal*, que relaciona el modo de vida y las condiciones de vida de determinado grupo con su estado de salud; la salud se determina como habíamos mencionado previamente. Depende del estilo de vida que tenga una comunidad o grupo de un determinado contexto, es decir, los procesos culturales, costumbres, oportunidades y acceso a ciertos servicios depende de la calidad de vida de las personas.
3. *Nivel individual*, que relaciona el estilo de vida individual, las condiciones de vida individuales y el estado de salud individual; se entiende como un condicionante que determina la salud de la persona dependiendo su estilo de vida en el ámbito individual. La salud se determina a través de ciertas acciones de alimentación, forma de llevar la vida en el ámbito psicosocial y las condiciones socioculturales.

Eliana de la Llera Suarez (2001) cita a *Castellanos* quien refiere que los determinantes de la salud son: *“los resultado de la dinámica de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, su articulación con el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social ante los procesos conflictivos que se producen en esta dinámica, se produce un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o ausencia de ellos”* (De la Llera, 2001: 40).

Respecto a lo referido por *Castellanos* se llega al análisis que los determinantes sociales de la salud son las circunstancias socioculturales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Asimismo, tiene relación con la forma en las cuales las personas viven su cotidianeidad en el aspecto laboral y el acceso a la educación. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Asimismo, Patricia Frenz en su artículo “Desafío en Salud Pública de la Reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud” entrega referencias de Lalonde (1974), que identificó como *“determinantes sociales los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud”* (Frenz; 04). Es así, como los factores sociales que inciden en la vida de las personas están influenciados por la vulnerabilidad social que afectan a la salud y a la equidad.

Sin embargo, los determinantes sociales se encuentran asociados a un aspecto de desarrollo humano y el tipo de vulnerabilidad social que se establezca dentro de un contexto. Es decir, la clase social de las personas y comunidades es un factor que puede influir en la calidad de vida de las personas e incide en la oportunidad que se le otorga para acceder a los servicios de salud. Por tanto, la comisión de determinantes establece como un determinante social más a los servicios de salud. La posición socioeconómica de una persona determina su salud e incluso desde su nacimiento y su proceso de ciclo vital.

Para explicar esta situación que se genera en determinados contextos, dependiendo de la realidad social de una persona o comunidad, es importante dar a conocer un modelo socioeconómico que explica ciertos elementos que inciden en la calidad de vida del individuo.

Al Centro se encuentra el individuo y sus factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, concepto que desde hace décadas son el esfuerzo y desafío de las políticas de salud a nivel internacional, nacional y local a través del programa de Promoción en Salud. Las conductas de los individuos son influenciadas por su comunidad y sus redes sociales, que pueden permitir o no la salud óptima de los individuos.

Otros condicionantes que se encuentran en el esquema del modelo socioeconómico, tienen que ver con las condiciones de vida de un individuo o familia. En estas se basan las condiciones laborales, alimentos, acceso a los servicios básicos, pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden o no sostener a la salud de los individuos. Los determinantes considerados más amplios y profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimento y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, los procesos culturales y ambientales (Frenz; 05).

## Marco Conceptual de Determinantes Sociales de Salud propuesto por el equipo de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

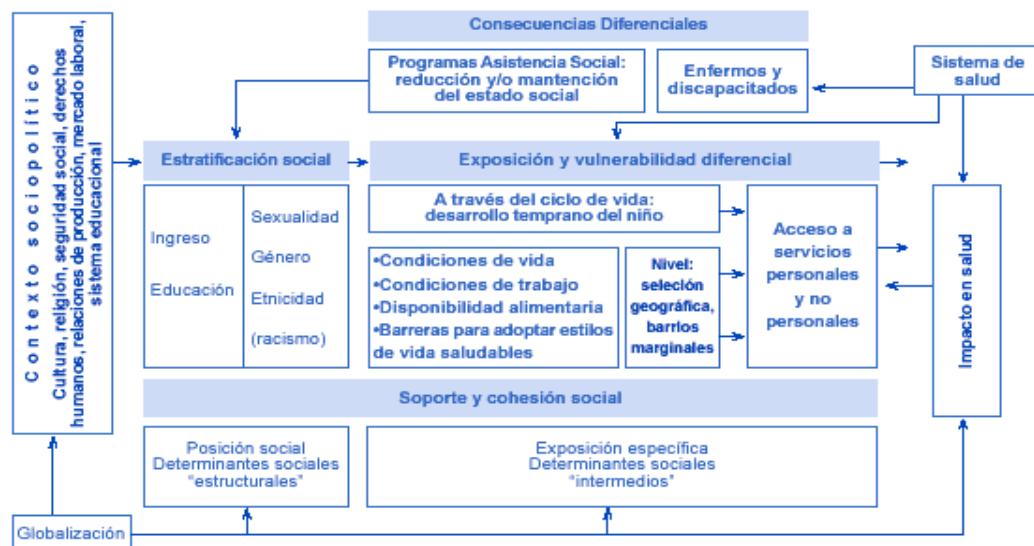
Figura (1)



- Fuente: Otorgada de Archivos del Ministerio de Salud (Frenz; 05).

## Elementos que inciden en la salud de las personas

Figura (2)



- Fuente: Otorgada de Archivos del Ministerio de Salud (Frenz; 05).

Según el Marco Conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales en salud se han visto reflejados en la calidad de vida de las personas. Se encuentra establecido por elementos que inciden en la salud y que se observa en el esquema N ° 2. La salud depende de factores de La Estratificación Social, es decir por una posición social que determina el ingreso que percibe una persona o un grupo familiar y el tipo de educación (completa, incompleta, profesionales, etc.). Además, se determina respecto a cómo esta estratificación incide como tema de género, sexualidad y grupo étnico (situación cultural).

Nos podemos dar cuenta que el sistema de salud también es importante considerarlo en los momentos de determinar la salud de una población. Esta situación depende de los programas asistenciales que se entreguen a la comunidad y la calidad de ellos. El ciclo de vida también se considera en el momento de destacar los estilos de vida, está vinculada por las condiciones de vida, condiciones de trabajo, disponibilidad alimentaria, barreras para adoptar estilo de vida saludable. La situación geográfica, el lugar donde vive día a día la persona y las necesidades de las personas influyen en su salud. Por tanto, cada uno de estos elementos genera un impacto en la salud de un individuo, familia y comunidad. (Frenz; 07).

### **I.3.- El Desarrollo Local un factor endógeno territorial determinante de salud**

El concepto de desarrollo local como un proceso económico que incide en la salud de las personas y cómo la salud es un elemento importante que fomenta el desarrollo dentro de una comunidad.

El desarrollo Local se caracteriza por ser un elemento vinculado a la globalización. Se trata de un factor económico que influye a los países desarrollados y en vías de desarrollo. Asimismo consiste en un punto de vista de crecimiento endógeno, el cual consiste en un desafío de los distintos actores locales de un territorio donde implementan estrategias para mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

Este aparece como una nueva forma de actuar desde el territorio en este nuevo contexto globalizado. Por tanto, cuando nos referimos al desarrollo local estamos enfatizando al desarrollo de un territorio.

Los procesos de desarrollo local transcurren en un territorio específico. Cuando hablamos de desarrollo local, nos referimos al desarrollo de un territorio y debe ser visto en un lugar de construcción social. El territorio es condicionado por las acciones de los diferentes actores locales.

El territorio es un elemento visualizado como un espacio local. Los barrios, regiones, ciudades, un sector nacional o un sector fronterizo se caracterizarían como una localidad. Sin embargo, se concibe el desarrollo de un territorio respecto a cuatro territorios;

*-Económica;* vinculada a la creación, acumulación y distribución de riqueza.

*-Social y Cultural;* referida a la calidad de vida a la equidad y a la integración social

*-Ambiental;* Referida a los recursos naturales.

*-Política;* Vinculada a la gobernabilidad local y proyectos colectivos desde los propios actores locales.

El desarrollo local es definido desde variados ámbitos, desde los territorios y comunidades. Asimismo, es vista de distintas maneras dependiendo la realidad local de un determinado sistema, tomando en cuenta una situación social, cultural y económica. Por tanto, el PNUD entrega referencias de algunos conceptos que nos pueden servir de conocimiento para entender el desarrollo local desde la temática de la salud. Asimismo, estas definiciones abarcan tanto los sectores rurales, regionales y subnacionales.

González y López (n.d.) citan la definición de Desarrollo Local emitido por el Banco Mundial,

*“Como lo relacionado con personas trabajando juntas para alcanzar un crecimiento económico sustentable que traiga beneficios económicos y mejoras en calidad de vida para todas en la comunidad”.*

Las personas, grupos y comunidades deben ser capaces de trabajar juntas con un fin económico y social para mejorar su calidad de vida. De esta manera, existen lugares en los cuales las personas dependiendo de sus necesidades, generan estrategias y planes con la finalidad de ayudar a su comunidad. Asimismo, se potencia un desarrollo local que puede traer variados beneficios a la comunidad.

González y López (n.d.) cita a la organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) quién sugiere que el desarrollo local es:

*“un proceso por medio del cual un cierto número de instituciones y/o personas locales de movilizan en una localidad determinada con el fin de crear, reforzar y estabilizar actividades utilizando de mejor manera posible los recursos del territorio”.*

Los territorios y comunidades en ocasiones tienen recursos tanto naturales, como humanos. Por tanto, estos insumos sirven para producir servicios a su propia comunidad o exosistema, las capacidades y recursos que tengan pueden satisfacer sus propias necesidades. Por tanto, el desarrollo local se analiza como un proceso participativo en que se encuentran representantes de los diversos sectores del territorio o localidad para definir un objetivo común del futuro territorio y así, a través de acciones realizadas en conjunto se destina a mejorar la calidad de vida de los habitantes de una localidad.

En el desarrollo de una localidad deben estar tanto el gobierno local, la ciudadanía y el sector de empresarios o agentes que produzcan servicios económicos dentro de una comunidad. Cualquiera de los sectores puede ejercer liderazgo en un proceso de desarrollo local, quién debe llevar el rol conductor esencialmente es el gobierno local y la ciudadanía debe ser parte importante de este proceso, por ser

quien demanda sus necesidades. La actuación, las demandas y la participación organizada de los ciudadanos son vitales para el desarrollo local, pero son difíciles e imposibles de sostener sin el apoyo del poder local.

Asimismo, se define el Desarrollo Local desde otros ámbitos como:

*“Un intento desde abajo Hacia Arriba de los actores locales para mejorar los ingresos, las oportunidades de empleo y la calidad de vida en sus localidades como respuesta a la falla de los mercados y las políticas del gobierno nacional en proveer lo que se necesita, particularmente en Zonas subdesarrolladas o que atraviesan por una etapa de ajuste estructural”. (Ibid).*

Las personas también buscan estrategias que permite tener acceso laboral o recursos económicos. Esta situación permite tanto a las familias y comunidad obtener recursos y mejorar la calidad de vida. El acceso de ciertos servicios en el ámbito de la salud, educación y económico permite tener la capacidad de buscar y acceso a ciertos servicios al tener trabajo.

Por tanto, el desarrollo local es un elemento social y económico que incide en una comunidad en su aspecto sociocultural. Esta variable influye en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades de un territorio. El Desarrollo Humano determina el modo como se representa el mundo y se actúa de una manera que genera una construcción social que determina el estilo de vida.

Las comunidades, son influenciadas por sus características locales, historia e identidad que determinan su actuar. Por ejemplo; un sector vulnerable tiene pocas probabilidades de tener una calidad de vida positiva y una localidad desarrollada genera una mejor calidad de vida a su población y ayuda a que su territorio continúe desarrollándose, es decir, salud y desarrollo están ligados dentro de la sociedad occidental en las cuales nos encontramos insertos actualmente.

Actualmente se está viviendo un cambio del concepto de salud que tiene que ver con los estilos de vida saludable. Se trata de entender la salud como un aspecto biológico, social y biológico donde debe haber prevención y promoción desde un ámbito educación en salud y debemos hacernos cargo de nuestra propia salud. El desarrollo local al estar asociado a nuestra salud, demuestra que esté no es un problema meramente económico sino sociocultural, el cual sería importante que se desenvuelva en la cotidianeidad de las personas, familias y comunidades.

## CAPITULO II

### LA PROMOCION UN MODELO EN SALUD

En el presente capitulo abordaremos el concepto de Promoción en Salud, con el fin de conocer la importancia que tiene como enfoque, la contribución al Modelo de Atención Integral de Salud y al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

#### **II.1.- Conceptualización de Promoción en Salud**

Los sistemas de salud a nivel mundial han dado relevancia a la promoción y prevención en salud por ser un modelo que desde su aspecto teórico - práctico se preocupa de mejorar la calidad de vida de la población, considerando intervenir desde los determinantes que inciden en la salud de las personas. El modelo es parte de un proceso económico y social, por lo tanto, se ha ido adaptando a distintas etapas de la sociedad que ha influido en el bienestar biológico y social de las personas, familias y comunidades. Se creo con la finalidad de “*transformar los factores sociales, económicos y políticos que influyen en la salud*” (Sánchez, Moreno, Bustos; 2004:228).

La Promoción de la Salud se ha originado desde la teoría de causalidades de las enfermedades. La organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado instancias que han ido instaurando nuevos paradigmas respecto a la nueva forma de ver la salud como asimismo promoverla y prevenir las enfermedades.

Según el texto de la OMS (Organización Mundial de la Salud) Promoción de Salud: Una Antología, creado por la experiencia del encuentro de Promoción de la Salud, en Canadá durante el año 1986, refiere antecedentes de la salud vista desde un aspecto socioeconómico y de clase social. Describe, que durante el año 1820, el profesor de jurisprudencia Médica de la Universidad de Edimburgo *Williams. P. Alison*, manifestó que existía una asociación entre pobreza y

enfermedad: lo confirmó años posteriores cuando se generaron enfermedades epidémicas en esa clase social. En Francia del año 1826, *Louis René Villermé*, escribió un informe basado en causas generales, que refiere, “*sobre la mortalidad en los distintos barrios de París, demostración de la relación entre la pobreza y la enfermedad*” y durante 1840 pública lo que llamó su opus Magnum, “*la encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fábricas de algodón, lana y seda*” (Milton Terris, 1996:37), el cual describe, que la causa de enfermedades y muertes de estos trabajadores eran su condición social y estilos de vida. Al igual que las referencias anteriores, en Alemania, *Rudolf Virchow*, investiga una epidemia en una industria de Silesia en 1847, lo cual concluyo que “*las causas de la epidemia eran tanto sociales y económicas como físicas. El remedio que recomendó consistía en prosperidad, educación y libertad, que pueden desarrollarse en una democracia libre e ilimitada*” (Milton Terris, 1996:37).

Roberto Alvarez Sintés en el texto *Temas de Medicina General Integral*, Habana 2001, entrega referencias del Doctor *Milton Terris*, quien menciona que la primera vez que fue utilizado el término “Promoción de la Salud” fue en el año 1945 por historiador médico *Henry E. Singerist*, quien definió cuatro grandes tarea de la medicina durante esa década, las cuales son:

1. *Promover Salud*
2. *Prevenir la enfermedad*
3. *Favorecer el restablecimiento del enfermo*
4. *Buscar la rehabilitación del paciente*

Por tanto, se refiere que “*la Salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación*” (De la Llera, 2001: 41). Estos elementos entregan referencias que al estar en buenas condiciones en el ámbito psicológico y social se obtiene una mejor calidad de vida. Los elementos mencionados se dimensionan como determinantes sociales, que actualmente son parte de

programas de salud a nivel internacional (OMS) y abordados desde un enfoque integral. Al considerarlos al momento de establecer estrategias de mejoras, la Promoción en Salud fortalecería el bienestar de la persona. Estos factores que son parte de Promoción de la Salud influyen un proceso de cambio cultural y permiten que las personas, familias y comunidades promuevan en su cotidianidad nuevos estilos de vida.

En el libro Promoción de la Salud: Una antología, Terris entrega referencias de Sigerist, al señalar que *“la promoción de la salud tiende, evidentemente, a prevenir la enfermedad, pero una promoción eficaz exige medidas protectoras especiales”* (Terris, Milton, 1996:38). Durante, el año 1942 en un programa para la salud nacional (Canadá), se incluyó la educación gratuita, las cuales se encontraba la educación para la salud, mejores condiciones de trabajo y vivienda, mejores medios de descanso y esparcimiento, la atención médica y por último la investigación y la formación (Terris,1996).

Según el informe anual del director del 2001, sobre Promoción de la Salud en las Américas; refiere:

*“La promoción de la salud, más que limitarse a la prevención y el control de las enfermedades, tiene una visión holística de la salud, y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Además contribuye y estimula la creatividad, productividad y satisfacción espiritual y las buenas relaciones entre las personas, y por supuesto vela por la paz. La promoción de la salud rebasa el ámbito exclusivo de ciertos grupos o sectores exclusivos - profesionales de la salud, políticos, educadores, periodistas, funcionarios públicos, especialistas del medio ambiente o empresas públicas o privadas - y pasa a ser un asunto de interés general. De esta forma la promoción de la salud se transforma en la herramienta que refuerza los ideales y las prácticas democráticas, en el enlace entre la verdad científica y la*

*sabiduría popular sobre la condición humana, en la receta indispensable para extender la búsqueda perenne de la felicidad de los individuos y la sociedad”*

La incorporación de estrategias metodológicas y teóricas de la Promoción de la Salud se han ejecutado debido a los cambios epidemiológicos y demográficos influenciados por la globalización. Al concebir nuevas necesidades de las personas en salud, se considera importante *“promover la salud con la ayuda de distintos actores sociales con el objetivo de potenciar las acciones locales en pro de la salud a través del fortalecimiento de la labor intersectorial y de la alta participación de la comunidad”* (De la Llera, 2001:42). Los actores sociales que participen, deben ser responsable y comprometidos con su comunidad y que sean capaces de tomar decisiones en beneficio de ella. Los representantes se caracterizan en distintos tipos de actores sociales; en el ámbito de educación (consejo de apoderados, profesores y alumnos), equipos de salud, representantes políticos, voluntariado, etc. Personas que sean parte de la misma comunidad que representen.

Dentro de las políticas públicas de salud, la Participación Social es indispensable para Promover la Salud. Es importante que participen distintas redes sociales y establezcan vínculos con el fin de trabajar en conjunto para contribuir en mejorar la salud de su comunidad.

Durante la década del 80' la OMS (Organización Mundial de la Salud), implementa nuevos proyectos en la Educación para la Salud. La propuesta es instaurar un programa nuevo llamado *“Promoción de la Salud”* (1984) como una nueva estrategia para mejorar la calidad de vida de la población mundial. Por tanto, es de vital importancia comenzar aclarando su significado, ya que es un elemento que tiene como base ciertos aspectos filosóficos y estratégicos, por ser parte de un proceso de educación hacia las personas, que puede influir en su actitud y comportamiento futuro.

Sin embargo, según lo referido por Ilona Kickbusch, la OMS define *Promoción de la Salud* como:

*“el proceso que permite a las personas admitir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo, mejorar esa salud. Esta perspectiva deriva de un concepto de “salud” que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo”.* (Kickbusch, 1996:16)

Asimismo, el concepto de salud está universalmente aceptado como:

*“Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.* (De la Llera, 2001:41).

Es necesario rescatar que Promoción de la Salud es un elemento que manifiesta un proceso que es estudiado y determinado para llevarlo a cabo con la finalidad que las personas, familias y comunidades se den cuenta que pueden generar estrategias que permitirán mejorar su calidad de vida, que sean capaces de admitir un control en su salud y que admitan estilos de vida saludable como parte de su vida cotidiana. Asimismo, las personas irán incorporando una nueva forma de enfrentar las situaciones de vulnerabilidad con la finalidad de fomentar los factores protectores, y disminuir los factores de riesgos que afectan a su calidad de vida desde lo biológico, físico y social.

Es así como la OMS, refiere cinco principios fundamentales de Promoción de la Salud:

- 1) *La Promoción de la Salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.*
- 2) *La Promoción de la Salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.*
- 3) *La Promoción de la Salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.*
- 4) *La Promoción de la Salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.*
- 5) *Los profesionales de la salud (particularmente en el campo de la Atención Primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la Promoción de la Salud.*

Es importante considerar estos principios en el ámbito de la Promoción de la Salud, por influenciar en los cambios, los modos de actuar y estilos de vida de las personas, respecto al ámbito físico y social.

Además, pretende influenciar en las causas que producen ciertas enfermedades en las personas, no solo desde el aspecto fisiológico sino desde determinantes sociales que tienen que ver con el ambiente y entorno desde donde se desenvuelve el individuo. Otros aspectos a considerar son factores de conductas y estilo de vida desfavorables, riesgos ambientales para la salud y tanto biológicos como psicológicos (determinantes de salud).

En el tercer punto refiere que la Promoción de la Salud debe manifestar determinados enfoques de intervención que entreguen respuestas a estos factores de riesgo de la salud y así fomentar estilos de vida saludable hacia la población. Considerando lo anterior, *“durante el año 1974, Marc Lalonde, propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente – incluyendo*

*el social, en el sentido más amplio”* (De la Llera, 2001:39), nuevos Modelos de Salud en Atención Primaria, etc.

El punto cuatro menciona la Participación como un elemento importante para la población y comunidad para logros de objetivos, dependiendo el interés de cada persona y beneficio requerido. Por último, se refiere a los profesionales de la salud como un equipo comprometido desde el ámbito de la promoción desarrollando un trabajo intersectorial e interdisciplinario hacia la comunidad beneficiaria y entregar las herramientas necesarias para establecer determinantes de la salud.

La Promoción de la Salud se considera uno de los ejes principales de intervención que puede influenciar la implementación de nuevos estilos de vida en las personas, familias y comunidades que podrían permanecer en el tiempo.

Se cree indispensable dar a conocer otro concepto de Promoción referido por varios referentes que tienen conocimiento en el ámbito de la Salud, lo cual se encuentra establecido universalmente. Este consiste en *“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su mejor salud y ejercer un mayor control sobre la misma”* (De la Llera, 2001:41). Esta definición considera la entrega de herramientas personales que se pueden proporcionar a las personas para que así mismo ellos sean quienes supervisen su forma de llevar su vida en el ámbito de la salud integral (ambiente, psicológico y social). La Promoción de la Salud es un tipo de intervención que debe fomentar estilos de vida saludable en los grupos.

## **II.2.- Marco de la Promoción en la Salud**

En el texto Promoción de la Salud: Una Antología (1996) cita a J. Epp quien dice que el Marco de la Promoción de la Salud tiene completa relación con acciones para llegar a sus objetivos para lograr la salud para todos.

Epp (1996) sostiene que la Promoción de la Salud se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos los cuales son:

1. Autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.

Prácticas que realiza el individuo con la finalidad de mejorar su salud

2. Ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y

Esfuerzos que realizan las personas con el objetivo de mejorar su salud y ayudándose unas a otras. Asimismo, se menciona que las redes informales son de gran apoyo para la Promoción de la Salud.

3. Entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Creación de políticas que propicien ambientes sanos y saludables, en lugares como en los hogares, en el trabajo, en las escuelas y comunidades.

Cuando se habla de Promoción en Salud el concepto de frontera no debe ser aplicable. Este enfoque debe ser parte de un proceso cultural que abarca la totalidad de distintas redes sociales donde se encuentra tanto la familia como la comunidad. Los individuos deben ser influenciados por la promoción de salud en los distintos contextos donde se desenvuelva (ambiente laboral, escuelas, comunidad, etc.). El medioambiente es un mecanismo de acciones necesarias para la Promoción de la Salud. Por tanto, es importante que existan políticas que defiendan el concepto de promoción en salud.

## **CAPITULO III**

### **PARTICIPACIÓN**

En este capítulo, se pretende entregar elementos relacionados con el concepto de Participación considerando los cambios sociales, culturales y económicos que se han generado en Latinoamérica y el Caribe.

#### **III.1.- Conceptualización de la Participación.**

La Participación se ha conceptualizado, dependiendo del proceso social, cultural y económico que forme una sociedad. El acentuarse en las sociedades, es inevitable dejar de considerar los intereses y necesidades de las personas y comunidades.

En Chile como en otros países de Latinoamérica y el Caribe, la Participación ha sido parte de procesos democráticos y se ha convertido en una acción Social que se ha desencadenado dependiendo de la realidad social que se vive en una determinada sociedad.

Por tanto, la participación ha sido un proceso social que se ha desarrollado de diferentes formas en distintos contextos, situación que ha incidido en su conceptualización y puede incluir herencias de experiencias anteriores.

Durante la década del 60' la Participación es percibía como un proceso natural que es manifestado por cada persona. Es percibido como un sentir subjetivo, explicitado como una imposición al sistema de poder. Las personas se expresaban para fomentar una sociedad más justa e igualitaria y se cohesionaban para ejecutar un proyecto en común.

Según Diego Palma refiere que,

*“Impulsar la Participación equivalía, entonces, a encaminarse en la recuperación del orden natural (justo); era fundamentalmente bueno y deseable que las personas exigieran sus derechos hacia la igualdad” (Palma, 1998:05).*

Cada sujeto iba construyendo una realidad dependiendo de su contexto social u orden natural de su existencia, es recuperar lo deseable que es justo y lo que es parte de un derecho. La Participación es vista desde un algo creado para construir una nueva realidad social, considerada justa e igualitaria; donde todos tengan una oportunidad.

La modernidad (tecnología y la ciencia) de los 60', ha traído como consecuencia nuevas demandas en las personas, familias y comunidades. Sin embargo, los individuos y grupos se ven en la necesidad de implementar nuevas acciones sociales y dan origen a movimientos sociales para luchar por su identidad individual.

En la década del 70' las instancias de Participación de forma “Natural”, fueron perdiendo fuerza. El cambio del gobierno Central, influyó en la disminución de la participación desde el aspecto de organización democrática, transformándose de un gobierno democrático a uno autoritario. Durante ese periodo el Estado era influenciado por un sistema económico Neoliberal que originó obstáculos y límites que impedían toda forma de Participación. Durante el periodo de dictadura, el gobierno creó espacios de participación con el fin de controlar a la ciudadanía, por tanto, solo aceptaron la participación que se generaba en las O.N.G.s, siendo la única forma de crear vínculos entre la comunidad y el Estado.

Diego Palma, en su texto *La Participación y construcción de ciudadanía* refiere, que durante la década de los 80' se establece la misma forma de trabajo de las O.N.G.s, se genera un proceso de educación para la Participación, se entregaba las herramientas necesarias a las personas para que desarrollaran solo un tipo de

Participación. Este proceso se estableció a pesar de estar en un contexto autoritario, pero de todas formas se establecieron ciertos límites. Sin embargo, desde la década del 90' (término del gobierno de dictadura e inicio del proceso democrático) se genera una nueva forma de acción social, incorporando la Participación como una propuesta social diferente (Palma, 1998).

Diego Palma refiere, que *“La Participación tal como se proponga en la nueva época tendrá que dar cuenta- a la vez- de la construcción democrática de la sociedad civil con el Estado”* (Palma,1998:14).

Chile actualmente ha implementado cambios sociales, culturales y económicos que genera una percepción distinta de la Participación que influye en la manera de actuar de las personas.

Según Claudia Serrano, en su texto Participación Social y ciudadanía- un debate de Chile Contemporáneo (1998), refiere; *“la motivación por la acción colectiva y la Participación y en asuntos de interés público experimenta ciclos”*. Al referirse a la Motivación respecto a la acción colectiva, tiene que ver con un sentido de pertenencia e interés propios por los miembros de la sociedad, actuando en relación a las demandas de interés público, dependiendo los satisfactores que consideran los individuos que pertenecen a un determinado contexto. La Participación es un concepto que ha variando y actualmente es un elemento que vincula la Sociedad con el Estado.

El proceso de Participación se encuentra entonces influenciado por las necesidades de los individuos, que permite la toma de decisiones de un grupo o una comunidad con el fin de obtener un objetivo común.

Hopenhayn entrega referencias de Flisfisch que plantea:

*“La Participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización, y que adquieren sentido a partir del hecho de que se orientan por una decisión colectiva”* (Hopenhayn, 1988:20).

En este sentido, las personas al encontrarse insertos en un sistema organizacional con un proceso de Participación que se ha ido desarrollando con ciertos intereses y necesidades tendrán la posibilidad de satisfacerlas. Al cohesionarse crean ciertas habilidades personales y grupales que podrían producir un sentido de pertenencia en los miembros de la comunidad organizada.

Estás instancias grupales, formales o informales, podrían establecer poder colectivo frente al Estado, pero en la consecuencia que estén empoderadas como grupo y sean capaces de ser autónomo y tomar sus propias decisiones en fin de lograr un cambio en un contexto social.

El adquirir poder organizacional es un elemento importante respecto a la Participación. Según *Gabriel Gyarmati*, conceptualiza la Participación como:

*“La capacidad del grupo o del Sector Social de influenciar de las decisiones políticas, económicas y sociales con miras a imponer o preservar aquellos arreglos institucionales que reflejan su propia visión de la sociedad y favorecen a sus propias actividades, intereses y expectativas”.* (Gyarmati, 1992:9)

Las personas al Participar en colectivo, tener autonomía grupal, al tomar sus propias decisiones en conjunto y manifestar sus molestias, podrían influenciar en generar cambios a nivel comunitario. Al ser capaces de visualizar sus problemáticas, podrán buscar solución en conjunto. Se puede encontrar este tipo de Participación en organizaciones sociales como, Junta de vecinos, comités de allegados, club de adultos mayores, centro de madres, grupo de jóvenes, etc.; que

se caracterizan por ser partidarios de posturas manifiestas respecto sus demandas según sus intereses.

Otras referencias de Participación consideradas desde el ámbito comunitario, según Fernando Pliego Carrasco en su texto Participación Comunitaria y Cambio Social refiere, que *“la Participación de los habitantes de la ciudad dentro de los espacios de residencia para resolver problemas en la calidad y nivel de vida es una constante en el panorama contemporáneo”* (Pliego Carrasco, Fernando). Al mencionar las distintas organizaciones sociales que existen actualmente y que han ido generando espacios dependiendo de sus necesidades. Éstas toman ciertas acciones en su territorio que pueden repercutir en el macrosistema. Las personas al organizarse y tener conocimiento de sus problemáticas sociales y estar en un contexto con identidad cultural pueden resolver problemas puntuales de su población. Por otro lado, los individuos al participar pueden repercutir en su toma de decisiones en las políticas públicas del Estado, potenciando las relaciones democráticas. La Participación de una comunidad se potencia dependiendo del contexto, historia y capacidades o habilidades de los integrantes de una comunidad organizada.

Según Claudia Serrano (1998), en su texto Participación Social y Ciudadanía, un debate de Chile contemporáneo, entrega referencias de Tohá al decir que:

*“Los individuos que mantienen una relación más directa con las agencias Estatales, la experiencia del último periodo ha significado una mutación profunda en dicha relación. El Estado era depositario de una serie de expectativas y atribuciones que han dejado de tener asidero en la realidad: ya no representa la principal fuente de creación de oportunidades, ni el destinatario privilegiado de las demandas sociales, ni es el defensor y el promotor del derecho de los trabajadores. No se ha actualizado en Chile una cultura de derechos ciudadanos en la cual el Estado cumpla un rol específico, adecuado a las nuevas formas de organización social, y distinto, por lo tanto, al que tenía como pasado al dotador y*

*garante de ciudadanía. En la carencia de un patrón cultural (y también conceptual) adecuado al nuevo rol del Estado, éste es considerado como una versión empobrecida del antiguo modelo. (Serrano, 1998: 30).*

El Estado a pesar de implementar programas de Participación ciudadana de grupos y comunidad que generen equidad y oportunidad para potenciar un desarrollo social, el gobierno se encuentra carentes de recursos. Los grupos y comunidades organizadas han manifestado una cierta desconfianza a los compromisos del gobierno, es decir el Estado no ha cumplido con el rol de proveedor de ofertas en las demandas de los ciudadanos. Los actores sociales (individuos, familias y comunidad organizada) han tenido que cohesionarse para implementar estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas y así se produzcan cambios sociales.

Los procesos sociales han llevado a la población a generar cambios sociales y económicos que posteriormente fomentan problemáticas sociales en las comunidades. De este modo, las organizaciones sociales se han ido cohesionando de distintas maneras para satisfacer ciertas necesidades; así mejorar su calidad de vida y tener una calidad de vida más digna. Lo descrito, manifiesta inequidad social que fomenta la necesidad de generar un proceso de cohesión social con un objetivo común.

### **III.2.- La Motivación como un factor de la Participación.**

Como refiere *Martín Hopenhayn*, en su texto *Participación y sus motivos*,

*“La palabra Participación se desplaza en el arco político, reivindicadas como corrientes del neoliberalismo, neocontractualismo, la democracia cristiana, el marxismo en sus distintas interpretaciones, la sociedad democracia, el socialismo renovado, el anarquismo y en general, toda forma de populismo”.*

(Hopenhayn, 1988:19).

La Motivación es un factor importante de considerar al hablar de participación. Los individuos y comunidades tienen un interés y sentido común al tomar ciertas decisiones cuando existe una problemática social. Al citar a Hopenhayn refiere, que la Participación se influye por distintas ideologías, intereses y motivaciones, cada acción de Participación está involucrada por un interés común, lo cual, motiva para desenvolverse de una determinada manera dependiendo la necesidad y objetivos alcanzar.

En la investigación es necesario dar a conocer cuatro MOTIVOS DE PARTICIPACION dados por Hopenhayn, que tienen que ver con la voluntad de participar de las personas para lograr beneficios hacia los individuos y la comunidad.

- 1. Ganar control sobre la propia situación y el propio proyecto de vida mediante la intervención en decisiones que afectan el entorno vital en que dicha situación y proyecto se desenvuelven.*
- 2. Acceder a mejores y mayores bienes y/o servicios que la sociedad está en condiciones de suministrar, pero que por algún mecanismo institucional o estructural no suministra;*
- 3. Integrarse a proyectos de desarrollo en los cuales los sectores excluidos se constituyen en chivo expiatorio de sistema que muchas veces producen más marginalidad de la que disuelven;*
- 4. Agregar el grado de autoestima "gregaria" mediante un mayor reconocimiento, por parte de los demás, de los derechos, las necesidades y las capacidades propias (Hopenhayn, 1988:21).*

Estas motivaciones son llamadas por Hopenhayn "derivadas", cada una de ellas puede ser representada como un tipo de Participación que no excluye, sino que incluye a los involucrados en un tipo de Participación que genera empoderamiento en la toma de decisiones. El individuo no es determinado como un "objeto" que participa en la sociedad solo adquiriendo un tipo de conocimiento técnico, sino que

se involucrará como “sujeto”; que será capaz de decidir con el fin de fomentar un cambio social. Así adquirir y tener acceso a ciertos beneficios, con la finalidad de mejorar su condición social y lograr igualdad de oportunidades. Es el ejemplo, que podemos dar en la Participación que se da en los movimientos sindicales, Estudiantiles y medioambientales, que generan estrategias con la finalidad de generar cambios respecto a sus necesidades.

Al analizar cada una de estas motivaciones, que son de importancia para la investigación podemos decir, que al fomentar la voluntad de participar de las personas *“genera mayor control sobre la propia vida”* que establece un compromiso y responsabilidad de las acciones que se realizan al ser protagonistas de movimientos colectivos que podrían producir impactos en ciertas comunidades. La Participación les entrega la posibilidad de ser actores activos que siendo parte de tomas de decisiones pueden incidir positivamente en generar control de su propia vida y de pasar de ser “objeto” a “sujeto”. Existen individuos que participan voluntariamente en distintas organizaciones sociales, de manera que se preocupan de llevar a cabo sus actividades con ciertas responsabilidades y compromisos. Asimismo, pasa lo contrario con otras personas que al ser parte de la misma organización no se compromete de la misma forma. Por tanto, el *“generar control sobre si mismo”* es parte de un compromiso e interés real, e ideal de la participación, *“solo yo decido por mi, no los demás me imponen”*.

Al ser capaz de tomar las propias decisiones, se puede llegar a generar demandas sobre lo que realmente se necesita acceder, y así *“tener mayor acceso a bienes y/o servicios”*. Es así, como individuos y comunidades se cohesionan en distintas organizaciones sociales para obtener acceso a ciertos servicios, que son imposible acceder por la situación socioeconómica la cual se encuentran individualmente.

Actualmente, estamos insertos en un sistema económico neoliberal, que adjudica un modelo de mercado el cual domina la sociedad. Para que las personas puedan

Participar deben contar con una situación económica que les permita acceder a ciertos bienes y servicios e integrarse como ciudadano. Al contrario, existe una mayoría de personas que no accede a ciertos bienes y servicios por no contar con una situación socioeconómica que permita acceder al mercado, por lo tanto, podría manifestar en estos grupos de ciudadanos sienten ciertas molestias por no satisfacer sus necesidades. Los individuos, familias y comunidades al verse afectados por necesidades no satisfechas se sienten “*excluidos*” y abandonados por no ser participes en las demandas del mercado. Estas consecuencias del mercado desembocan en inequidad y desigualdades sociales. El participar permite acceder a recursos y satisfacer ciertas necesidades, que no se podría obtener si solo remitiera a esperar y no accionar de una determinada manera.

Por lo anterior, es importante mencionar la integración como un proceso de incorporarse a la sociedad y como un proceso de no exclusión. Las personas al Participar, van creando identidad y sintiéndose parte de un proceso histórico (sujeto), que lucha individualmente y colectivamente por un bien común. Los deseos de ser parte de, da la posibilidad de ir generando cambios en la realidad social. Asimismo, esta forma de integración y el fomentar más responsabilidades es positivo para las personas que participan en estas instancias ya que les ayuda a desarrollar una “*autoestima*” que da más seguridad en si mismo, por el hecho que al tomar ciertas decisiones por el bienestar de una comunidad y ser tomadas en cuenta por sus pares, se valoran más como persona.

Sin embargo, según Hopenhayn refiere,

*“Que la Participación me hace más sujeto si efectivamente me permite mayor control sobre mi vida y sobre los cambios que se producen en el entorno en el que aquella se desenvuelve; si me permite un acceso más adecuado a bienes y servicios socialmente producidos; si me ayuda a integrarme a procesos colectivos no excluyentes; y si refuerza mi autoestima”* (Hopenhayn, 1988: 24).

Los motivos de la Participación es un elemento esencial para realizar un accionar social y desencadenar en un cambio en la construcción social fomentada por los propios individuos, familias y comunidades. El tener una necesidad y crear ciertas propuestas para satisfacerlas es importante. Las personas deben ser sujetos y no objetos de una sociedad.

Según Hopenhayn;

*“El ser Sujeto es adquirir mayor presencia en la asignación social de lo socialmente producido, o bien remover obstáculos socio- económicos, sean estructurales o institucionales, que impiden mi desarrollo como persona”*

(Hopenhayn, 1998:22).

El ser “Sujeto” activo realiza acciones con la finalidad de lograr objetivos. Las personas se cohesionan de distintas formas a través de organizaciones sociales, O.N.G.s y distintas agrupaciones que actúan con un fin en común y que demandan ciertas necesidades al Estado. En conjunto, tratan de generar vínculos con instituciones Estatales para trabajar en conjunto y así mejorar los servicios sociales que permitirán que las personas puedan acceder a mejores bienes y/o servicios. Es decir, los individuos, familias y comunidades pueden ser actores relevantes para mejorar su propia calidad de vida.

### **III.3.- La Participación desde la perspectiva de las Necesidades Humanas.**

En esta investigación se da a conocer ciertas definiciones teóricas que nos permitirán comprender el sentido de la Participación, como un elemento de acción que permite la satisfacción de ciertas necesidades.

La subsistencia es un factor intrínscico del ser humano que lo vincula directamente con la necesidad, es una condición que se establece como una carencia y potencialidad a desarrollar.

Max Neef refiere, en su texto Desarrollo a Escala Humana:

*“La necesidad al concebirla tan solo como una carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mucha fuerza y claridad la sensación de falta de algo Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos” (Max - Neef, 1986: 50).*

El autor refiere en el texto que las “necesidades” se visualizan como algo meramente fisiológico, siempre hay un motivo para actuar cuando existe una necesidad, el satisfacerla permite la posibilidad de una mejor subsistencia. En la medida que las necesidades motivan y movilizan se potencia un accionar para obtener otros recursos requeridos por los individuos. En el caso de la Salud, el participar es un potencial que fomenta que los individuos, familias y comunidad a ser parte de su desarrollo tanto fisiológico como social.

Al referirnos a los “satisfactores”, que son parte de las “necesidades” se distinguen en el hecho que las necesidades afectan a un cierto comportamiento, en cambio los satisfactores dependen del contexto, cultura o sociedad que imprime ciertas necesidades. Los satisfactores no sólo tienen que ver con aspectos socio-económicos, sino que están vinculados con el ser, tener, hacer y estar. Es decir, de cierto modo cuando las personas, familias y comunidades se relacionan en un cierto contexto, el que participen en una organización social, el ser parte de las políticas sociales es una forma de satisfacer una cierta necesidad.

Los “satisfactores” se viven y experimentan de distintas maneras dependiendo de la realidad social, es decir, de un proceso histórico, un tipo de cultura y valores de una comunidad. Cada ser humano lo percibe de una manera distinta, es decir, es un factor subjetivo. Los satisfactores al ser un factor del positivismo, (lo natural del ser humano).

Las necesidades han sido un elemento del ser humano que se encuentra presente desde el inicio del hombre. Es importante dar a conocer los nueve satisfactores referidos en el Desarrollo a Escala Humana por Max Neef, son “*de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio y creación se han encontrado presentes*” (Max Neef, 1986:54). Es decir, que desde nuestra existencia se encuentra presente el satisfactor de nuestras necesidades.

**a) Taxonomía de las necesidades.**

Las necesidades deben tener ciertos satisfactores adquiridos para poder desarrollar un estilo de vida que establezca una calidad de vida óptima. Al contar con la taxonomía de las necesidades servirá para posteriormente crear estrategias y políticas tal vez en cada una de ellas. Éstas sirven de herramientas que en algún momento será necesario tomarlas en cuenta para actuar y llegar a satisfacer una cierta necesidad del ser humano, desde un ámbito individual y/o colectivo.

- ***La taxonomía debe ser comprensible:*** Las necesidades deben ser reconocibles e identificables como propia.
- ***La taxonomía debe combinar amplitud con especificidad:*** Debe llegar a una especificidad de necesidades, pero ampliando la posibilidad de satisfacer cualquier necesidad.
- ***La taxonomía debe ser operativa:*** Formas en que se satisfacen ciertas necesidades.
- ***La taxonomía debe ser potencialmente crítica:*** Hay ciertas necesidades para las cuales no existen satisfactores deseables o destructores.
- ***La taxonomía debe ser potencialmente propositiva:*** la taxonomía puede llegar a ser crítica y generar o fomentar satisfactores para las necesidades de todas las personas. Las personas, en algún momento son capaces de sacrificar sus propias necesidades por la satisfacción de los otros.

La “Participación” es una necesidad de “sentirse parte de”. Sin embargo, se cataloga a partir de una matriz de necesidades axiológicas y según categorías existenciales (necesidades y satisfactores) en la siguiente Matriz.

	SER	TENER	HACER	ESTAR
<b>PARTICIPACION</b>	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa: cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia.

#### b) Satisfactores

- **Violadores o destructores:** Estos Satisfactores aniquilan la posibilidad de satisfacer una cierta necesidad y asimismo, tiene efectos colaterales en la satisfacción de otras necesidades. Este tiene relación a la necesidad de “protección”.
- **Pseudo -satisfactores:** Se genera una sensación falsa de satisfacción de una necesidad, lo cual corre el riesgo de satisfacer la necesidad real del individuo. Está se da en un proceso de persuasión.
- **Inhibidores:** Sobre satisfacen una cierta necesidad, llegando a inhibir la satisfacción de otras que son realmente necesarias.
- **Satisfactores singulares:** Directamente satisfacen una sola necesidad, no considerando otras. Tomando en cuenta las más asertiva y la necesidad real.
- **Satisfactores sinérgicos:** Satisfacen una necesidad, pero asimismo esa necesidad potencia a movilizar a satisfacer otras.

- **Satisfactores endógenos y exógenos:** Respecto a los cuatro primeros satisfactores ya mencionados se consideran endógenos, por ser determinados por la sociedad y van desde “arriba hacia abajo”. Asimismo, los últimos son endógenos, ya que están relacionados con la libertad del ser humano y están impulsados por la comunidad desde abajo hacia arriba. Por tanto, uno de estos últimos son los propósitos que tiene pensado lograr el Estado para lograr un Desarrollo a Escala Humana.

La Participación es un elemento que debe generarse a través de la motivación. Como se mencionó durante el capítulo, la Participación es un proceso que ha ido variando en el tiempo y las personas actúan dependiendo sus necesidades.

Cada Problemática Social que sea de interés para un grupo de personas genera movilidad. El sujeto al ser activo logra ciertos objetivos, por ejemplo, en nuestro caso las personas pueden participar individual y colectivamente, el solo hecho de actuar puede permitir un Proceso de Participación.

## CAPITULO IV

### MODELO BIOPSIICOSOCIAL DESDE LA TEORIA DE SISTEMAS

El modelo biopsicosocial ha sido considerado un enfoque aplicado de las ciencias sociales que tiene una base epistemológica y científica de la TGS (teoría general de sistemas) aplicada por el biólogo L. Von Bertalanffy (1945). Según Pablo Miranda, profesor de Metodología de Intervención con Familia de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (2005) refiere, que la teoría General de Sistemas se presenta como una forma de aproximarse o representar la realidad de un contexto. Permite la posibilidad de estudiar los hechos empíricos, observando los sistemas sociales y adquirir conocimiento en cómo se relacionan o interactúan entre sí. La Teoría General de Sistemas refiere que cada sistema esta dentro de otro sistema que es el supra sistema y además, que cada uno de ellos independientemente su jerarquía se relaciona y comunican.

A partir de la Teoría General de Sistemas se enfoca el modelo biopsicosocial, siendo un paradigma que es visto desde un aspecto holístico que es utilizado en la sociología y psicología social para entender patologías que afectan a las personas, aspectos organizacionales e institucionales, es decir, se consideran aspectos que influyen positiva y negativamente en la sociedad y/o cómo actúan frente a estos elementos. El Modelo biopsicosocial que es utilizado actualmente para entender e intervenir la salud en los servicios de Atención Primaria, se caracteriza por ser un paradigma que asume *“que la enfermedad y la salud son consecuencias de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales”* (Taylor, 2007: 11). La salud es observada como una consecuencia de ciertos elementos que la determinan. Por tanto, existen múltiples factores que pueden incidir en la salud de las personas. La salud no es vista desde aspectos somáticos biológicos sino que existen factores que se encuentran en el ambiente donde se relaciona un individuo que pueden fomentar el riesgo de una enfermedad en él o integrantes de su grupo familiar.

La sociedad ha ido generando múltiples cambios (económicos, políticos, culturales y la ciencias) que han debido implementar nuevas formas de acción en el área de la salud dando espacios a nuevos paradigmas. El modelo biomédico se caracteriza por ser un paradigma utilizado desde los inicios de la salud familiar, sin embargo, entra en crisis por ser un enfoque que se centra solo en la enfermedad del paciente. Posteriormente se origina el modelo biopsicosocial, caracterizado por ser un paradigma que no deja de lado al modelo biomédico, pero incorpora nuevos elementos que afectan la salud de las personas (determinantes de la salud).

Para entender mejor el modelo biopsicosocial, es importante dar a conocer el modelo biomédico que actualmente trabaja junto al modelo biopsicosocial. El modelo biomédico refiere que *“la enfermedad puede ser explicada de la base de procesos somáticos aberrantes tales como desbalances bioquímicos o anormalidades neurofisiológicas”* (Ibid: 11). El modelo considera las molestias físicas pero no vincula los aspectos psicológicos y sociales que afectan a la persona, solo se centra en la enfermedad.

#### **IV.1.- Características del Modelo biomédico y biopsicosocial.**

El Ministerio de Salud (2008), entrega referencias de las características de cada modelo.

##### **El modelo biomédico se basa en una concepción patologista;**

Las enfermedades se estudian como entidades existentes e independientes, es decir, debe ser vista desde una categoría independiente del sujeto, se determina una causa para realizar un proceso terapéutico. Por lo tanto, la enfermedad es el centro de atención entre el enfermo y profesional.

***El modelo biopsicosocial considera la salud y la enfermedad como un continuo;***

No es necesario buscar la enfermedad de la persona que consulta a un profesional, sino que debe ser necesario conocer el contexto con el cual se relaciona la persona. El paciente es visto desde un proceso holístico.

***El modelo biomédico es reduccionista;***

Se observa solo lo físico, no implica antecedentes sociales y psicológicos de la enfermedad. Se genera una independencia de la enfermedad del individuo frente al contexto sociocultural. Es decir, no toma en cuenta el medioambiente de la persona, sino que se centra en una patología biológica.

***El modelo biopsicosocial considera al sujeto como parte de un sistema;***

El individuo es parte de un sistema el cual interactúa con distintos sistemas. La salud no es un producto, sino un proceso multidimensional el cual interactúa con sistemas biológicos, psicológicos, sociales, familiares, ambientales, etc.

***El modelo biomédico busca como fin último la curación;***

La competencia comienza cuando se define la función de salvar vidas. Por tanto, existe sensación en ocasiones de fracaso por no curar determinadas enfermedades y las personas abandonan sus tratamientos.

**El modelo biopsicosocial, reconoce sus límites de acción y es aplicable en salud y enfermedad, en la vida y en la preparación a la muerte;**

Acompañamiento hacia la persona durante el proceso de su ciclo vital y familiar. Siempre existe el compromiso con la persona.

***El modelo biomédico valora lo objetivo;***

Relación entre paciente y profesional debe ser objetiva. El profesional debe dejar fuera la subjetividad, su bagaje cultural y social.

**El modelo biopsicosocial considera que no existe el profesional objetivo;**

Debe haber una cercanía subjetiva, debe haber un vínculo. Las experiencias siempre estarán presentes frente al profesional (creencias, mitos, sentimientos, etc).

**El modelo biomédico divide mente/cuerpo**

La idea cartesiana que divide mente/cuerpo determina la división de lo curativo, solo los profesionales de la salud se dedican al cuerpo y la mente es preocupación de otros profesionales (psicólogos, etc).

**El modelo biopsicosocial considera la unidad mente y cuerpo;**

La persona es la unidad mente/cuerpo/espíritu. Por tanto, en un problema de salud, es indispensable observar y considerar esta unidad (holística). Debe haber un vínculo entre los síntomas fisiológicos y psicológicos).

**El modelo biomédico hace diagnóstico sobre la base de procedimientos;**

Se basa solo en procedimientos de tipo biológicos. En los casos de existir una patología fisiológica existen múltiples de tecnología sofisticada para llegar a un diagnóstico. Al no tener una patología orgánica se atribuye a lo psicológico de los síntomas o se refiere que el individuo no tiene nada.

**El modelo biopsicosocial diagnóstica problemas.**

El ser psicosocial y social se hace parte del problema de salud. Se contextualiza el diagnóstico. Primero se contextualiza junto a la familia. En ningún momento se

descarta los aspectos biológicos de la enfermedad, sino que se visualiza de una manera integral desde los biológico, psicológico y social.

**El modelo biomédico considera como recursos para el tratamiento elementos externos;**

Al realizar tratamiento a una persona se toma como tratamiento recursos externos, no se consideran los recursos individuales y familiares, estos deben ser apartados del tratamiento médico.

**El modelo biopsicosocial considera el valor terapéutico de la relación equipo-persona;**

El entorno ejerce una gran influencia en la salud de la persona. Este modelo establece una relación de ayuda, respecto a los cuidados de la persona.

Es así que el modelo biomédico tiene varios obstáculos que inciden en un tratamiento. *“un tratamiento que puede curar una enfermedad está influenciado por factores psicológicos y sociales y este hecho no puede ser explicado por el modelo biomédico”.* (Taylor, 2007:12).

El modelo biomédico a pesar de ser asistencial y unívoco debe ser utilizado. Por tanto en la atención de salud, no debe existir una intervención dividida entre lo fisiológico, psicológico y social, sino que debe incluirse un modelo que entregue respuestas a patologías que se relacionan con el ambiente que afectan el equilibrio psicológico del individuo. Por tanto, el paradigma biopsicosocial en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria es importante, ya que incorpora una mirada amplia de la enfermedad de la persona por tomar en cuenta el entorno donde se relaciona y las causas de la patología incorporando los determinantes sociales de la salud.

La salud desde el modelo biopsicosocial, al ser visto como un todo debe ser un proceso que se involucra e influye distintos sistemas sociales. Además, debe

haber una relación entre mente y cuerpo para influir en una mejor calidad de vida y fortalecer la salud. Estos modelos, al ser diferentes se complementan con un final que determina la calidad de vida del individuo, familias y comunidades.

#### **IV.2.- Influencia de la Teoría de Sistemas al Modelo de Salud Familiar.**

Es así como la teoría de sistema ha influido en el modelo biopsicosocial para entender estos procesos. Por tanto, la Teoría de Sistemas cumple un rol importante aportando su paradigma al modelo biopsicosocial:

*“sostiene que todos los niveles de una organización en cualquier entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que el cambio en uno de los niveles facilitará cambios en todos los demás niveles. Esto significa que los procesos de micro nivel (cambios celulares, biológicos) son acunados en los cambios de los macro nivel (como son los valores sociales) y que cambios en los micro niveles pueden tener efecto en los macro niveles (y viceversa)” (Tayler, 2007:13).*

Las personas, familias y comunidades interactúan junto a una institución de salud constantemente a nivel local, que los intervienen a nivel biológico, psicológico y social. Por tanto, las personas están constantemente interactuando a la organización social institucional y son parte de ella. Al pertenecer a ese sistema puede que sucedan diferentes situaciones que fomenta un cambio o desequilibrio en los demás sistemas internos y si hay un cambio en uno de los sistemas define la forma de ser del sistema y cada cambio o comportamiento interno afecta a la organización institucional. Sin embargo, un factor positivo o negativo que afecte a cada uno de los sistemas o al sistema en su totalidad incide en la vida del sistema.

Según Oscar Johansen, existen diferentes definiciones que tienen de origen aquella idea propuesta por Ludwig Von Bertalanffy en su obra General System Theory (1968). Es una idea que tiene que ver que un sistema, es una totalidad compuesta por un conjunto de partes y entrega referencias de Aristóteles ya que;

*“Un sistema es una colección de partes materiales que interactúan, ello implica que cualquier sistema queda definido automáticamente por ese grupo de elementos y por la interacción que se relaciona entre ellos. La interacción que se genera se llama sinergia y podemos denominarla como un factor sinérgico que es propio de ese sistema. Por tanto, se puede definir el sistema era siempre diferente de la suma de sus partes”. (Johansen: 2007:51)*

Considerando al modelo biopsicosocial, respecto a la teoría de sistemas es la mirada holística a través de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se interviene a los individuos, familias y comunidad, es decir, es un aspecto sistémico que incide en la vida de cada uno de los micro y macro sistemas.

Oscar Johansen Bertoglio, ingeniero comercial de la Universidad de Chile, refiere que; *“es decir sistemas, decir individuos es decir sistemas”*. Las personas, familias y comunidades son diferentes tipos de sistemas que están constantemente influenciados por otros sistemas, todo problema que se genere en el medioambiente donde se encuentre cada uno de ellos puede formar un desequilibrio, éste desequilibrio puede ser del estado espiritual y social.

Asimismo, Johansen entrega referencia de David Bohm, que:

*“indicaba que el nivel más fundamental lo constituye un todo inseparable que es, en sus propias palabras, “aquello- que- es”. Todas las cosas, incluso el espacio, el tiempo y la materia son formas de “aquello- que- es”. Existe un orden que se integra en el auténtico proceso del universo, pero ese orden no es fácilmente aparente. En este sentido, plantea que no debemos comenzar por las partes y demostrar como actúan conjuntamente, sino que hacerlo a partir del todo (el universo)”. (Ibid: 51).*

La teoría de sistemas como base del modelo biopsicosocial, ha generado que se entienda un paradigma científico a partir de un punto de vista pragmático que es la realidad social de un grupo determinado de personas u organización que se

pueden determinar como el “universo”. Se debe observar una realidad social desde un aspecto amplio, como un todo y el comportamiento cómo los cambios que se vayan generando, en el universo.

El sistema de salud en este caso sería una organización institucional (universo), que se dedica a entregar servicios a las personas y comunidad desde un punto de vista sistémico, cumpliendo la función además de una red de apoyo para la población beneficiaría. Por tanto, el modelo biopsicosocial, actúa mientras diferentes actores o sistemas realizan un trabajo interdisciplinario, que en nuestro contexto de salud corresponde el equipo de salud, la comunidad organizada y comunidad atendida.

*“Todo sistema vive en un medio que lo circunda y éste es el espacio que le entrega el universo del cual forma parte. Por supuesto que ello implica la existencia de alguna relación entre ambos. Así tal sistema se ve afectado por las turbulencias experimentadas por el medio y, a la vez, aunque quizá en una escala mucho menor, afecta a ese medio”. (Johansen: 2007:64)*

De este modo; el autor entrega referencias de existencia de dos tipos de sistemas que son:

*Sistemas cerrados, “a todos aquellos objetos físicos inertes, es decir, que no poseen capacidad interna alguna que permita efectivamente llevar a cabo, por su propia voluntad, transacciones de materia, energía, información desde y hacia su medio”(Ibid:64)*

*Sistemas Abiertos, “estos viven y se desarrollan dentro de un medio. De la misma forma, éstos también están expuestos a las alteraciones y perturbaciones que permanentemente se originan en ese medio” (Ibid: 64)*

La Teoría General de Sistemas sirve entonces como base para crear una metodología que nos permite desarrollar estrategias para visualizar las

potencialidades y debilidades del sistema organizacional. Además, da énfasis a los procesos básicos como es la comunicación con el ambiente y como estos influyen negativa o positivamente en los sistemas sociales, por el cual cada uno de ellos tiene metas y genera estrategias para lograrlos. El tener referencias de la Teoría General de Sistemas, permite tener conocimiento de la base epistemológica y científica que se apoya el modelo biopsicosocial que fue dado a conocer por el Doctor George Engel el año 1977. Este modelo, fue tomado como aporte al Modelo Integral de Salud Familiar, ya que permite realizar una atención integral al paciente desde el ámbito biológico, psicológico y social (teoría holística), que permite una mirada sistémica de la realidad de la persona, familia y comunidad desde un proceso de *salud- enfermedad* (MINSAL, 2008: 91).

Por lo anterior, se entiende que el modelo biopsicosocial orientado desde la Teoría de Sistemas ha dado un cambio social y psicológico en el ámbito de la salud. De esta manera, al incorporarlos en los Centros de Salud de Atención Primaria ha ido entregando respuestas a las necesidades de salud y considerando aspectos sistémicos en la prevención, promoción y tratamientos de enfermedades en conjunto a las familias y comunidad de las personas;

*“Se abre así un campo de acción a los profesionales de la salud cualitativamente diferente que obliga a una mirada y a un accionar interdisciplinario en los problemas de la salud. Esta concepción requiere la confluencia de miradas en varios sectores como la educación, la psicología, la economía y los medios de comunicación, por nombrar solo algunos, que sean capaces de integrar los múltiples factores biopsicosociales involucrados en todo proceso de salud – enfermedad”*(Hidalgo y Carrasco, 1999:3).

Respecto al accionar en la atención de los Servicios de Salud considerando el modelo biopsicosocial, se encuentra con una intervención sistémica considerando la Participación de diferentes profesionales en este proceso, es decir, que diferentes disciplinas de la salud se incorporen a entregar un tipo de atención

integral a las personas, familias y comunidades y que sean capaces de tener una mirada amplia de los problemas de salud. Asimismo, la intervención sistémica que incorpora el modelo biopsicosocial, toma en cuenta ciertos factores que determinan la salud que tienen que ver con aspectos institucionales que forman parte de la vida cotidiana y redes de apoyos.

# **II PARTE**

## **MARCO DE REFERENCIA**

## CAPITULO V

### **REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO EN SALUD.**

Respecto a la esfera del Estado, la sociedad tiene un referente histórico que ha ido progresando en el tiempo. Situación que ha influido producto de los cambios culturales que se han gestado en la sociedad, lo cual permite ser un punto importante en los tiempos modernos.

En las sociedades feudales los procesos económicos giraban en torno a una comunidad que solía reunirse alrededor de un castillo e iglesia, por lo tanto así fueron incorporándose los mercados. El estado se encontraba dividido en tres estructuras: señorial, jerárquica y rural. La segunda estructura les otorgaba a las personas ciertos derechos serviciales, no se establecían derechos hacia los ciudadanos como parte de su libertad, sino que se imponía su deber en la sociedad feudal.

Durante la edad media se fue estableciendo un cambio en la estructura de los ciudadanos, es así que nació el comercio, la banca, las ciudades, los artistas y la burguesía. El comercio cumplió un papel protagónico durante este proceso histórico, ya que los comerciantes llamados burgueses se agruparon en ciudades como hombres libres y procuraron auto gobernarse, logrando originarse en el Estado.

En las ciudades comerciales del renacimiento se desarrolló un cambio en la libertad de conciencia de los individuos, produciéndose una lucha religiosa por el tema de la existencia de Dios y el pensamiento racional del hombre. Posteriormente, durante el liberalismo, la revolución francesa y revolución industrial, se fueron generando distintos cambios, que fueron dando paso a la estructura del Estado, pero un estado liberal, industrial, burocrático y militar, esto se dio durante el siglo XIX.

El siglo XIX, fue generador de un proceso económico industrializador en los países desarrollados, que influyó en los problemas sociales que se manifestaron en el momento que se generaron cambios demográficos de la población, por buscar mejores expectativas en su calidad de vida (cambios desde el campesinado a la ciudad). Durante la modernización del siglo XIX, se manifiestan ciertas problemáticas sociales originadas por los cambios demográficos producto de las migraciones. Durante ese periodo, los gobiernos dan forma al Estado de bienestar, creando programas sociales, dando fuerzas a las políticas públicas en seguridad social, considerando los cambios demográficos y económicos de la sociedad.

A partir del Siglo XX, se fue decayendo el Estado de Bienestar, a consecuencias de problemas económicos a nivel internacional. De esta manera, aumento la cesantía, la inflación y mayores demandas de la ciudadanía por las políticas sociales. Los estados fueron fomentando desconfianza al creer que no iban a ser capaces de dar respuestas de las demandas de las políticas sociales y al problema del desempleo de su población.

#### **V.1.- La relación del estado con la ciudadanía.**

La modernización del Estado, es un proceso producido por cambios económicos, sociales y culturales. Por tanto, el Estado ha debido desarrollar nuevas estrategias de gestión de gobierno en beneficio de la ciudadanía.

Según Carolina Tohá y Ricardo Solari, en el texto la Modernización del Estado y Gerencia Pública, refiere que:

*“La Modernización del Estado se asume como un proceso de constitución de ciudadanía y de optimización de recursos públicos. El foco está por una parte, en la satisfacción de los usuarios, la calidad de sus servicios y la promoción del escrutinio público y la transparencia. Por otra parte, se busca incorporar técnicas de gestión más avanzadas para dar más eficacia y eficiencia al funcionamiento de las instituciones públicas” (Tohá y Solari, 1997:03).*

Durante este proceso de gestión pública no se busca solamente la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía, sino que también se trata de potenciar los vínculos de la ciudadanía y el Estado para que trabajen en conjunto. Se pretende que las personas entreguen información de la percepción que tengan de las estrategias del gobierno y sean capaces de entregar propuestas para mejorarlas.

La Modernización del Estado, está preocupada de entregar una mejor calidad de servicios a la población, mejorar la atención de los servicios públicos, mejorar la satisfacción usuaria y generar equidad en los servicios públicos.

Las instituciones públicas en este proceso, han instalado nuevas formas de atención a sus usuarios. Los organismos públicos no solo se deben preocupar de satisfacer las necesidades de la ciudadanía, sino que los espacios públicos sean más amigables, comprensibles y accesibles; es decir, que los servicios públicos conozcan los intereses y necesidades de su comunidad.

Según, Tohá refiere que;

*“Para servir a la población hay que saber de ella, conocer su punto de vista y tomarlos en consideración. Ciertamente es que las instituciones públicas no están como las privadas, buscando conquistar a la clientela, ni retenerla. La relación es más bien la contraria: la administración pública se debe a la ciudadanía, vive de sus aportes como contribuyentes, independiente del uso que cada ciudadano le da a los servicios públicos” (Ibid: 03).*

La descentralización del Estado también es un factor importante dentro de la modernización, ya que consiste que durante este contexto a nivel local o regional por ejemplo; las Municipalidades u otras instituciones, permite la vinculación entre la ciudadanía y el Estado.

La Reforma del Estado en Chile ha sido influenciada a raíz de las consecuencias políticas y económicas en los países desarrollados. Es Así, que se considera

importante referirse al proceso chileno, conocer cómo se ha generado en nuestro país y cómo el Estado se ha ido relacionando con la ciudadanía.

Durante el periodo de dictadura (1973-1989) se generaron ciertos cambios en el Estado que actualmente ha influenciado a Chile. Al inicio de la dictadura instaurada a partir del 11 de septiembre de 1973 se dio inicio a la programación de una serie de reformas de políticas del gobierno, especialmente en temáticas de salud marcadas desde una política descentralizadora y subsidiaria.

Es como comenzó un nuevo proceso en las políticas de salud que fueron constituyéndose con más formalidad durante los inicios de los 80' y que siguen vigentes actualmente pero con cambios que se han desarrollado a partir de los procesos demográficos y epidemiológicos de nuestro país.

Durante, 1981 se inicio el proceso de Municipalización de los Centros de Salud. Los objetivos de esta nueva política de descentralización está enfocada en:

1. *Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas a nivel comunal;*
2. *Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios antiguos SNS;*
3. *Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;*
4. *permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura;*
5. *Hace posible una mayor participación comunitaria en la base social; permitir una mayor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental.*

(Salud para todos y por todos, 2002: 77).

De hecho, desde la llegada de la democracia (1990) se ha ejercido el mismo rol pero con enfoque distinto. Los presidentes que han gobernado desde la llegada de la democracia en Chile, experimentaron el proceso de modernización, implementando políticas respecto a los cambios sociales, económicos y culturales que ha desarrollado nuestra sociedad. Además, desde el gobierno a través del Ministerio de Salud establece como eje central, promover la equidad y la calidad en el acceso a la Atención de Salud.

Desde este punto de vista entregamos referencias de la docente Nora Donoso en su Artículo Reforma de Salud ¿Oportunidad u obstáculo para la Gestión Participativa?, publicado en el texto Innovaciones en la Gestión Participativa de la Salud (2006), el cual menciona que la gestión pública requiere nuevos estilos de organización y de gerencia, lo cual estaría centrado en la satisfacción de los usuarios. El cambio se da en este nuevo contexto de la salud que se enfatiza a los condicionantes de la salud utilizando en si como estrategia de acción la Participación Social.

El estado debe preocuparse de satisfacer las necesidades de su población. La sociedad tiene la necesidad de acceder a bienes y servicios públicos y privados. Se debe tratar de otorgar accesos a bienes públicos, ya que en los privados se accede dependiendo la situación socioeconómica de las personas. De este modo, el Estado debe velar por el bienestar de la sociedad, sin dejar de conocer sus necesidades reales. Un Estado moderno es llegar a un consenso a que bienes semi-privado o semi-público debe proveer el Estado a la sociedad.

## **V.2.- Reformas en Salud de Atención Primaria y Participación Ciudadana.**

Los cambios políticos, sociales y económicos en las sociedades han influenciado en generar ciertos cambios en las políticas sociales, desarrollando así nuevas reformas dependiendo las necesidades de la ciudadanía. Las personas cumplen un papel principal en este proceso de cambio y el Estado a través de la gobernancia se preocupa de establecer lazos con la sociedad civil.

El Estado como garante de derechos hacia la ciudadanía, permite a las personas tener acceso universal a la salud, a través de la implementación de diferentes programas. Debe tener las capacidades de conducir las políticas públicas y hacer participar a la ciudadanía en la toma de decisiones con el fin de fomentar el Capital Social.

El Estado en este proceso de reforma, puede: difundir el poder en la sociedad, favorecer la igualdad de oportunidades, legitimidad social, aumentar la confianza desde las personas, mejorar eficiencia y eficacia de las políticas y la sustentabilidad del país.

Según Nora Donoso en su Artículo Reforma de Salud ¿Oportunidad u Obstáculos? (2006), durante investigaciones realizadas se menciona que las reformas sociales en salud promueven una Participación Social que influye en que las personas en algún momento realicen un control social frente a las prestaciones y su acceso a los servicios.

También refiere; que durante la década del 90' una de las estrategias realizadas para "Alcanzar la salud para todos en el año 2000", es la Participación Ciudadana donde se pueda generar un tipo de comunicación entre el saber técnico (equipo de salud) y las organizaciones comunitarias. Es en este contexto donde se comienzan a conformar los espacios de Participación, tanto de forma individual como colectivas. La Participación de la ciudadanía en este contexto es relevante, permite la posibilidad de hacer valer los derechos y que estos se hagan efectivos.

Cada sociedad civil tiene una historia de vida distinta la cual se caracteriza. Según Celedón y Orellana en su texto Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile,

*"Identificamos el proceso participativo con el momento de articulación entre el sujeto social y el objeto, entre la comunidad y la institución, entre las organizaciones y los servicios. Un elemento fundamental a comprender en los*

*procesos de Participación Ciudadana son las relaciones de poder que se dan entre ambos actores en esta articulación institucional – comunitaria”.*

(Celedón y Orellana, 2003: 04).

Estas relaciones de poder que se establece entre la ciudadanía y la institución es por un bien común, depende de la toma de decisiones que se generen en conjunto, es como se establecerán las políticas locales en beneficio de la comunidad. Es así, que las reformas están totalmente vinculadas al beneficio de una población específica. Al llevar a cabo este proceso democrático, se puede ejercer un ambiente participativo desde la sociedad civil.

El Estado está entregando herramientas en este proceso modernizador, facilitando el trabajo participativo y la articulación con las redes, con el fin de aportar propuestas de solución a los problemas de la ciudadanía en conjunto. Los ciudadanos en este proceso de reforma son llamados a ejercer un rol activo en las políticas públicas siendo co- gestor, evaluando la eficiencia de los servicios públicos, fiscalizando, generando control de las políticas y programas públicos.

Considerando las políticas de salud, el Estado debe establecer medidas a través de las cuales las personas tengan acceso adecuado a los Servicios de Salud. Por tanto, el Estado debe procurar fiscalizar que se desarrollen este tipo de servicios de una manera eficaz.

### **V.3.- Participación Ciudadana en el Proceso de Reforma en Salud.**

En relación a lo mencionado previamente respecto al tipo de Participación Social generada en el proceso de Reforma en Salud, se considera importante referir antecedentes de cómo se origina desde el año “2000”. Por tanto, se da énfasis a la Participación como un diseño de política pública de salud. Según Carmen Celedón y Renato Orellana, (marzo: 2003), los propósitos de esta política de salud son los siguientes:

1.- *Un ordenamiento de los procesos que inciden en el ciclo de definición e instalación de políticas públicas,*

2.- *Consecuencia con valores de la democracia y de eficiencia y eficacia institucionales, y*

3.- *La legitimación social de las políticas públicas definidas.*

(Celedón, et al, op.cit., 2003:8).

Asimismo, refiere Celedón y Orellana los lineamientos estratégicos de la Reforma de Salud manifiesta:

*“La salud de las personas es un producto de la vida en sociedad y cada sociedad tiene problemas de salud que le son inherentes y cuya solución requiere de enfoques integrales. Un enfoque integral de salud exige una participación activa, informada y responsable de cada persona y de la comunidad organizada. Los ciudadanos deben tener los cauces que les permitan expresar sus aspiraciones e inquietudes y participar en la orientación de los servicios de salud que los atienden, sean estos públicos o privados. La salud integral y participativa es un compromiso del Estado”.* (Celedón, et al, op.cit., 2003:8).

Sin embargo, estos lineamientos de la Reforma, plantean que cada sociedad vive la salud de una manera distinta, cada contexto social se diferencia por lo cultural, ambiental, demográfico y epidemiológico, dependiendo la percepción de los sujetos es como vivirán la salud. Por tanto, se desarrolla un enfoque integral dependiendo esta realidad, es decir, se debe intervenir dependiendo la realidad de cada contexto, dependiendo su historia. Los ciudadanos deben ser parte de este proceso, estableciendo una participación activa con responsabilidad y compromiso. Se podrán conformar redes comunitarias que darán origen a organizaciones con el fin de desarrollar estrategias políticas junto a la institución de salud.

El contexto de salud en Atención Primaria es donde se generaron las primeras estrategias de reformas donde se incorporara la Participación Social. Estos lineamientos de reforma se potencian por el hecho que históricamente las instituciones públicas se preocupan de buscar las formas de dar solución a los problemas de la ciudadanía. Esta situación afecta negativamente ya que impide la Participación Social e inhibe una sociedad civil independiente, que impide la incidencia en la toma de decisiones de las comunidades.

De acuerdo a Celedón y Orellana (2003), se pretendía que la Participación Social se expandiera desde los usuarios y trabajadores de la salud. Estos últimos entregan la Participación a los gremios, ya que ellos manifiestan una cierta desconfianza de las reformas, sin tener conocimiento del por qué el proceso de cambio.

Se han desarrollado diferentes estrategias de Reformas de Salud, las cuales no han sido óptimas. Por último, se está intentando realizar estrategias que fomenten Participación Social en la sociedad civil y lograr un sistema de salud equitativo, donde se pueda acceder con más facilidad a los servicios.

Según Celedón y Orellana (2003), los fundamentos de una estrategia pública en salud consideran los siguientes elementos;

1.- La visión sobre la salud ha evolucionado, la salud como ausencia de enfermedad donde se establece un cierto tratamiento, hasta verla de una manera integral desde un modelo biopsicosocial, donde incluye la calidad de vida de la persona tomando en consideración la Prevención y Promoción de estilo de vida saludables.

2.- La salud considerándola un bien social e incorporar la equidad y solidaridad a la sociedad civil.

3.- Aporte de financiamiento de los gastos en salud, de las personas, institucional y otras formas de administración de fondos.

4.- La Participación del Estado en las Estrategias de Salud.

5.- La Participación de los usuarios en los sistemas de salud.

Así, se fueron incorporando los procesos de reforma en los sistemas de salud en Atención Primaria dando énfasis a la Participación de la sociedad civil. Actualmente, este proceso de Participación es un desafío por el hecho que la sociedad chilena sigue manifestando cambios que a veces son obstáculos para avanzar eficientemente.

Un obstáculo que ha afectado la Participación es la desconfianza que se ha manifestado desde la sociedad civil. Las personas y comunidades no tienen credibilidad de las instituciones. Esta desconfianza es una consecuencia de la globalización ya que se producen cambios en lo cultural, económico y social que afectan las condiciones de vida de las personas. Celedón y Orellana (2003) cita a PNUD (1999), quien refiere que *“la globalización favorece la difusión de valores y acuerdos universales pero, junto con ello, se observa un renacimiento de tendencia fundamentalista, nacionalistas y excluyentes”* (Celedón, et al, op.cit., 2003:20). Es decir, el modelo neoliberal que genera la globalización excluye a ciertos actores de la sociedad civil, por existir un sistema económico donde no participan todos los sujetos, familias y comunidades, el no contar con un empleo estable, tener bajos recursos económicos no permiten acceder a ciertos bienes y/o servicios.

Celedón y Orellana (2003), citan a Fukuyama (1999), quien dice que *“la tradición centralista de las instituciones y su baja capacidad de adaptación a los cambios. En general las instituciones no están respondiendo adecuadamente a las necesidades de la población y se están viendo sometidas a fuertes presiones debido a la velocidad de los cambios tecnológicos, económicos y sociales”*

(Celedón, et al, op.cit., 2003:20). Las instituciones se están preocupando de entregar respuestas de índole económico y social, al tratar de cumplir con sus funciones en beneficio de la comunidad; pero se encuentran entregando ofertas a las demandas de las personas de una manera instrumental, no captan las necesidades reales de la sociedad. Olvidan que son entidades que deben otorgar servicios de calidad y atención a la sociedad civil dependiendo de la realidad de cada territorio.

Además, Celedón y Orellana (2003), citan a Francis Fukuyama un párrafo de su libro “La Gran Ruptura” (1999),

*“Aunque las personas desconfían cada vez más de cualquier tipo de autoridad, política o moral que pudiese restringir su libertad de elección, al mismo tiempo quieren disfrutar del sentido de comunidad y de todo lo positivo que ésta les brinda, como por ejemplo, reconocimiento mutuo, participación, pertenencia e identidad. Ante esta disyuntiva, el sentido de comunidad será buscado en grupos y organizaciones más pequeñas y flexibles, donde las lealtades y la afiliación pueden superponerse y donde el ingreso y el egreso impliquen costos relativamente bajos. Así los individuos serán capaces de reconciliar sus deseos contradictorios de comunidad y autonomía”* (Celedón, et al, op.cit., 2003:20).

A pesar de la desconfianza que se generen en las comunidades respecto a las funciones y rol de las instituciones, la sociedad se encuentra dispuesta a organizarse con el sentido de lograr un bien común.

El ser parte de un grupo organizativo en un territorio específico le permite a la comunidad sentido de pertenencia e identidad, a pesar de que exista una cierta desconfianza, las comunidades generan estrategias con el fin de fomentar un cambio social. Las personas se integran a participar en la institución por ser parte de la política de gobierno, satisfacer sus necesidades de salud y ser protagonista en el proceso de Prevención y Promoción de su propia salud.

El Proceso de Participación en el contexto de la reforma de la salud es importante al momento de implementar nuevas estrategias para actuar y entregar respuestas a las necesidades de la población. La Participación sirve como un vínculo entre la comunidad y el equipo de salud. Nora Donoso en su texto de Reforma de Salud *¿Oportunidad y Obstáculo para la Gestión Participativa?*, (2006), plantea que *“Hablar de Participación Ciudadana se refiere a un tipo de intervención individual y colectiva, supone relaciones entre personas, grupo e instituciones con el Estado”*. (Donoso, 2006:27) La Participación en Salud se da en todas las instituciones de salud pública, pero principalmente en los Centros de Atención Primaria (APS), por ser la institución más cercana a la comunidad.

Asimismo, Nora Donoso (2006), refiere que se generan tipologías y programas participativos en cuatro ejes que se dan en el sistema de salud; a) *las consultivas*; b) *aquellas que facilitan el acceso de los ciudadanos a las ofertas públicas*; c) *las gestionarías, referidas a programas que apoyan la gestión de las organizaciones de la sociedad civil*; d) *aquellas que favorecen el empoderamiento* (Ibid: 27). Este Proceso de Participación se aplica en salud a partir de la democratización en nuestro país, se fueron creando estrategias con el fin de que la ciudadanía se hiciese cargo de su propia salud y entregando instancias que sirvieran para manifestar sus demandas y tener un mejor acceso a salud con equidad y transparencia.

Las instancias de Participación sirven para que las personas puedan velar por sus derechos y que sean gestoras o co-gestor de las políticas de salud a nivel local. De esta manera se fue promoviendo la Participación directa en la toma de decisiones entre la comunidad y el equipo de salud. El nuevo Modelo de Atención en Salud considera la importancia de acercar a la comunidad a la red de salud.

## CAPITULO VI

### **ANTECEDENTES DEL MODELO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DE SALUD EN CHILE**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), entidad internacional que se preocupa de planificar, legislar e investigar a nivel internacional en Latinoamérica la temática de la salud comenzó a desarrollar estrategias hacia los servicios de salud de Atención Primaria a partir de la década de los 80' y 90' generando énfasis en la Participación. Durante ese periodo se integraron a participar los sistemas de Organizaciones Sociales llamados SILOS que se denominaron como:

*“Un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales e intersectoriales responsable por la salud de una población y un ambiente en un territorio definido. A través del sistema local de Salud se coordinan los recursos del sector salud y otros, se facilita la Participación Social, se reorienta el sistema nacional de salud y el desarrollo del país”. (Marshall, 1991:21).*

Cuando las personas comenzaron a manifestar sus necesidades respecto a la temática de salud la Participación Social Comunitaria fue adquiriendo relevancia. Se integraron a participar organizaciones locales que representaban a la comunidad y se instauraron estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de la población considerando los factores que determinaban la salud.

Sin embargo, Carmen Celedón y Marcela Noé (1998) refieren,

*“que las políticas participativas se han circunscrito al ámbito de la promoción y prevención de la salud, a la educación para cambios en los estilos de vida y mejoramiento en las condiciones sanitarias y ambientales. El concepto de Participación en el desarrollo comunitario se inserta en el esquema de que la promoción o la producción de salud forma parte del desarrollo social y transformación que afectan la vida de la comunidad” (Celedon y Noe, 1998:30).*

## **VI.1.- Experiencias de Participación Comunitaria en la Salud Primaria en Chile**

Durante los años 1960 y 1965 se comenzaron a crear varios programas de salud en Latinoamérica que no dieron los resultados esperados, posteriormente en los años 70' se comenzaron a crear nuevas estrategias de Participación Comunitaria que fomentaron un desarrollo integral de la comunidad en el ámbito de la salud. El Modelo de Participación Comunitario en este contexto no dio los resultados esperados, ya que las autoridades creaban un tipo de comunicación vertical entre la comunidad y manipulaban las estrategias de Participación.

Es así, que desde la declaración de Alma Ata (1978) la Atención Primaria de Salud (APS), se constituye en la estrategia principal para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Dentro de esta estrategia se determinó que la Participación Comunitaria era la clave para acercar los servicios de salud a toda la población, en particular a aquellos grupos de mayor riesgo y con la menor posibilidad de acceso a la atención en salud. Por tanto, se aprobó que la Atención Primaria (subsistema de salud) deba ser una estrategia para la acción y el cambio del sistema de salud en su conjunto y no simplemente un programa de actividades desde una institución o centro de salud.

Sin embargo, la declaración del Alma Ata de 1978 refiere en el capítulo VI que,

*“La Atención Primaria de Salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnológica socialmente aceptable, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma parte del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del*

*desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria continuada". (Declaración de Alma Ata, 1978)*

Durante la década del 80' la salud pública de Atención Primaria en Chile generó un cambio que se encuentra establecido hasta la actualidad. Los Centros de Atención Primaria de salud dejaron de ser dependientes de los ministerios al ser descentralizados en cada localidad. Las municipalidades de cada comuna se debieron hacer cargo de los llamados consultorios que eran parte del Estado.

Por lo anterior, se destaca que el Sistema de Salud Público se encuentra organizado en tres niveles de atención:

**Nivel Primario:** Está compuesto por los Centros de Salud Familiar y Comunitarios (CESFAM, CECOF) que se encuentran tanto urbanos como rurales. Este tipo de servicio permite a la persona demandar un tipo de atención en salud de medicina general, crónicos u otros dependiendo su ciclo vital.

**Nivel secundario:** Esta compuesto por los Centros de Referencias u hospitales de especialidades. Este tipo de servicio es derivado desde el nivel primario por un médico de medicina familiar.

**Nivel terciario:** Son los Hospitales que son servicios de atención a pacientes de alta complejidad. Este tipo de servicio es derivado desde el nivel primario y secundario.

## **VI.2.- Descentralización de los Servicios de Atención en Salud.**

Durante la década del 80' se destaca un cambio en la política de salud a nivel local, que consiste en delegar la responsabilidad a las municipalidades de supervisar y gestionar administrativamente a los Centros de Salud de Atención

Primaria. Esta situación afectó negativamente en algunos costos de eficiencia como: la inequidad en la asignación de recursos, no todas las comunas cuentan con los mismos recursos; rechazo de los médicos, no quieren trabajar en este tipo de sistema y la incapacidad de estructurar una atención en red que depende de las derivaciones a otros sectores de salud (atención secundaria o terciaria).

Posteriormente a la descentralización (1990) en la Atención Primaria municipalizada se estableció un sistema de pago per-cápita, que financia a la población inscrita en el centro de salud, es decir, por cada persona que se atiende en un servicio de Atención Primaria el Estado cancela una cantidad de dinero que sirve para abastecer los recursos para la atención.

Durante la década del 90' a partir de estos cambios sociales, culturales y económicos en el gobierno establece tres ejes de acción hacia las políticas de salud: equidad, fortalecimiento del sector público y fomentar la Participación Social.

En el año 1994 el gobierno a través del Ministerio de Salud (MINSAL) Ministerio de Salud que es la institución que genera políticas de salud en beneficio de la comunidad a nivel nacional en el ámbito primario, secundario y terciario.

Es importante mencionar que durante el año 1995 el Ministerio de Salud impulsa la incorporación de la estrategia de Promoción de la Salud en los programas de salud, con el propósito de adecuar sus políticas a las necesidades del nuevo perfil epidemiológico y social del país.

Celedón y Noé, entregan referencias del MINSAL al emitir que:

*“Los Servicios de Salud del sistema público se comprometen a crear un Modelo Local de Participación propio e implementar una propuesta operativa para llevar a cabo: una “gestión participativa”, al interior de cada organización del servicio; una “acción intersectorial”, estableciendo relaciones con otros sectores que inciden en*

*la salud y una “acción comunitaria”, orientada a estructurar una relación con los usuarios y con la comunidad”. (Celedón y Noé, 1998:39).*

Desde este aspecto el Modelo de Participación Comunitaria es una metodología de intervención de los gobiernos de la concertación que ha ido variando en el tiempo. Respecto al ámbito de la salud, éste ha adquirido cada vez una mayor relevancia, incorporando en los Centros de Salud consejos consultivos que participan de una manera activa y que han dado origen desde la década del 90' y actualmente en los Centros de Salud Familiar se trata de incorporar la Promoción de los estilos de vida saludable.

Desde el año 1995, el MINSAL también establece iniciativas de Participación en diferentes áreas: 1) instancias de Participación formales, 2) el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil ; Con éstas dos primeras líneas de acción el gobierno buscó institucionalizar la Participación en la gestión de salud, a través de la creación de consejos consultivos o consejos de desarrollo, en los organismos administrativos y en los establecimientos de prestación de servicios de salud, respectivamente. Ambos consejos tienen un carácter asesor de las direcciones de las instituciones, asignándoles la función de colaborar en los diagnósticos, formulación de planes y evaluación de la gestión. Se consideraba también que estos consejos, permitirían generar proyectos de promoción y movilizar recursos; y 3) fortalecer los equipos de Atención Primaria de la salud, esta acción consistió en que los gobiernos quisieron dar la posibilidad de diseñar y ejecutar proyectos locales orientados a la Prevención y Promoción de la salud. Esta línea de acción se desarrolló en sectores rurales y urbanos y fueron incorporados en el programa de superación de la pobreza 1994-2000. Se propuso también aumentar la capacidad del gobierno local en salud y en las acciones intersectoriales.

Desde esta perspectiva el gobierno a través del Ministerio de Salud crea el programa de “Salud con la Gente”, con el fin de fortalecer la Participación desde

los usuarios y comunidad de los Centros de Salud y *“Estimular al ciudadano con la salud y calidad de vida mediante la prevención y promoción de estilos de vida saludable”* (Plan Nacional de Promoción de Salud, 1999: 52).

Asimismo, el inicio de los Consejos de Desarrollo fueron:

*“Instancias de Participación de carácter flexible, conformadas de acuerdo a la cultura local, que implican al mismo tiempo, iniciar un cambio desde un Modelo de Gestión tradicional a uno más participativo en los propios establecimientos”.* (Plan Nacional de Promoción de Salud, 1999:53).

Los objetivos de los Consejos de Desarrollo son:

- Colaborar en el Diagnóstico de desarrollo de la población
- Informar a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento de los Centros de Salud
- Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención y satisfacción usuaria
- Participar en la formulación, implantación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento
- 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 el desarrollo local.

Es así, como el Ministerio de Salud ha ido impulsando nuevas políticas. Por tanto, entregaremos referencias del Modelo de Participación y cómo se implementan las líneas de acción a nivel local.

### **VI.3.- Líneas Orientadoras de la Política Ministerial en Participación.**

#### **VI.3.1.- En relación al cuidado, Prevención y Promoción en Salud**

*La Participación en Salud, se vincula al auto cuidado y a la acción colectiva en pos de la detección y tratamiento de enfermedades (particularmente de las crónicas y de Salud Mental)” (Weinstein, 1997:7). La participación se da desde una perspectiva la cual el individuo debe ser quien previene enfermedades y cuida su salud responsablemente y de cierto modo la comunidad debe ser capaz de cohesionarse con la finalidad de establecer estilos de vida saludable en su contexto y prevenir enfermedades futuras.*

Los Centros de Atención Primaria son instituciones relevantes para realizar trabajos comunitarios. Marisa Weinstein menciona en su texto *Participación Social en Salud: Acciones en curso*, que “*El carácter curativo de estos establecimientos debe ampliarse hasta convertirse en un actor que trabaja junto a la comunidad por el mejoramiento integral de la calidad de vida” (Ibid: 7).*

#### **VI.3.2.- Espacios e instancias de Participación en el Sistema público.**

Creación de espacios e instancias de Participación que sirvan como medida de acciones comunitarias donde los usuarios opinen y tomen decisiones en conjunto. Es de esta manera como se crean los Comité Consultivos o Consejos Locales de Salud con el objetivo de generar un control social hacia las acciones desarrolladas desde el gobierno y ser parte de un proceso de acción social en beneficio de su propia comunidad.

### **VI.3.3.- Estrategias de Participación en los Centros de Atención Primarias.**

Se han implementando medidas de acción que dan énfasis al trabajo comunitario en los Servicios de Atención Primaria. Se comenzó transformando los consultorios en Centros de Salud incorporando una nueva forma de atención a sus usuarios. Durante el gobierno de Frei se pretende incidir en el cambio de Modelo de Atención dando énfasis a la Prevención y Promoción en Salud. Es así, que desde el primer gobierno de la concertación comenzó a implementar proyectos comunitarios participativos a nivel local, que permitía que se desarrollaran medidas de acción, de Prevención y Promoción en salud siendo participe a la propia comunidad, por ser quienes conocían directamente las necesidades de su localidad.

Por lo anterior, durante el gobierno de Frei, se definió

*“Un Modelo operativo de Participación Social que, respetando la diversidad del sector, sea capaz de contribuir a la integración del sistema de salud, su articulación y coordinación interna y a la confluencia de diferentes actores sociales en la gestión de salud. La propuesta considera mecanismos de participación interna entre el personal del Servicio de Salud en sus distintos niveles y externa a nivel intersectorial y con la comunidad”.* (Weinstein, 1997:9).

Por tanto, se menciona los niveles de relaciones abordados por Marisa Weinstein en su texto Participación Social en Salud. Acciones en curso, del año 1997, que se encuentran vinculados con el Modelo de Participación Comunitaria en Salud:

- a) *Gestión interna*, se debe fortalecer o gestionar en todas los establecimientos de las redes asistenciales de salud los Consejos técnicos ampliados o los consejos técnicos administrativos ampliados. Estarán constituidos por representantes de estamentos técnicos de profesionales, comunidad, funcionarios y asociaciones gremiales de trabajadores de los Centros de Salud.

- b) *Acción comunitaria e intersectorial*, se origina a partir de los Comités de Participación en todos los establecimientos de la Red Asistencial de salud. Deberán tener un carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo. Se constituirán por representantes de usuarios, la comunidad local y establecimiento de salud.
- c) *Nivel Regional*, se propone reactivar y fortalecer los Consejos Consultivos Regionales. Estos consejos estarán conformados por los actores del sistema y la Comunidad Organizada.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud desde el año 1995 a través de la Unidad de Participación Social implemento el programa “*Salud con la Gente*”, que podía servir como eje de acción hacia la Participación Comunitaria en los Centros de Salud.

#### **VI.3.4.- La importancia de la participación en los Equipos de Salud.**

La Participación de los equipos de salud es relevante para generar un cambio cultural al nivel de la institución y la comunidad del territorio donde pertenece el Centro de Salud. Las políticas de salud deben llevarse a cabo a través de los funcionarios de salud. Las relaciones entre los usuarios y los equipos de salud suelen ser complejas, por tener un carácter asimétrico. De cierto modo, los equipos de salud suelen tener poder; y los usuarios se transforman en solo quienes se acercan al Centro de Salud para satisfacer sus necesidades de protección social en salud.

Obstáculos para la Participación,

- Los funcionarios, solo realizan un tipo de Participación restringida, donde no incorporan en la toma de decisiones a la comunidad, sino que se genera una cultura centralista, donde la solución de problemas solo es resuelto por el sistema y no la Comunidad Organizada.
- Se basa en un Modelo que pone énfasis a la enfermedad y su tratamiento.

- La alta rotación de profesionales médicos y con la mayor estabilidad del personal no profesional. Se genera una inequidad del trabajo en equipo, lo cual dificulta en la toma de decisiones de la acción institucional.

### **Los equipos de salud determinan la Participación Social.**

- Las instancias de Participación interna, suelen ser un espacio donde se genere mecanismos de canalización de información, donde los funcionarios manifiesten sus demandas y se converse respecto a sus condiciones de trabajo.
- Al comienzo del Modelo de Participación Comunitaria, los Centros de Salud, sentían temor al abrirse ciertos espacios los cuales las instancias de Participación Comunitaria se transformarían en “avalanchas”, de demandas que las instituciones tal vez no podrían resolver.
- Ven la Participación como la colaboración de la población.
- Respecto a la Modernización del Estado se visualiza la Participación en conocer la opinión del usuario, para orientar las gestiones en los Servicios de Salud.
- Además, en la creación de espacios en toma de decisiones. (Weinstein, 1997:12).

### **VI.3.5.- Participación de las Organizaciones Sociales en Salud.**

Las Organizaciones Sociales se caracterizan por ser grupos que son heterogéneos, determinados como voluntariados que han existido desde muchísimo tiempo. Cada una de las organizaciones existentes tiene una estructura, función con un objetivo propio y en común. Por tanto, entregaremos referencias de Marisa Weinstein, quien da conocer ciertas clasificaciones de organizaciones planteadas por Marshall y Salinas, las cuales son:

- Voluntariado Asistencial, grupos femeninos que desempeñan una tarea de apoyo a los enfermos;

- Grupos de auto cuidados, se caracterizan por prestar apoyo mutuo, para manejar y a estabilizar problemas de su enfermedad. Estos grupos son cerrados, pero se encuentran en un proceso de integración el cual se funciona hacia la comunidad con la finalidad de promover la prevención y educación en salud;
- Grupos de salud poblacional, nacieron durante el gobierno militar, tienen como finalidad desarrollar programas de Promoción a la Salud, con un sentido de organización y buscan su autonomía.

Al determinar distintos actores sociales, también existe una forma de conceptualizar la Participación en cada uno de ellos,

- Para algunos solo es la forma de resolver problemas de Atención en Salud;
- Se asocia a una forma de ejercer servicio público, en el sentido de preocuparse de los que sufren;
- Es una forma de influir en las decisiones de los establecimientos, las personas manifiestan sus demandas y sus derechos a ser escuchados.

## CAPITULO VII

### **ANTECEDENTES DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD DESDE UN ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO**

Por lo anterior, es importante referirse a los cambios en los Modelos de Atención y la estructura implementada, considerando las necesidades y las demandas de las personas, familias y comunidades a nivel local. Por tanto, en este capítulo se abordará el contexto del enfoque Integral de Salud Familiar y Comunitario desde un ámbito pragmático.

*“La Reforma define el nuevo Modelo Integral de Salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*  
(Barna, 2005: 02).

Lo anterior, describe que la atención en salud va desde una mirada más amplia, no ve solo al individuo como un ente enfermo físicamente sino desde su patología desde una integralidad, que se preocupa desde lo estructuralmente visible o lo espiritual.

Los Centros de Salud deben trabajar, preocupándose desde lo más mínimo de la persona y su familia como también de la comunidad donde habita, el tener una mirada más amplia permitirá realizar un tratamiento no solo biomédico sino desde donde se relaciona directamente el individuo.

#### **VII.1.- Estrategias para la Implementación del Modelo de Salud.**

- Enfoque de Salud Familiar
- La Promoción de la Salud
- La Prevención de la Salud

- El mejoramiento de la Atención a los enfermos y otros grupos desfavorecidos de la sociedad.
- Focalización de los grupos de riesgos: Mujeres jefas de hogar, Chile solidario, grupos étnicos, trabajadores, etc.

## El Modelo Integral de Salud

Tabla (1)

PARADIGMA BIOMEDICO	PARADIGMA BIOPSIKOSOCIAL
Evitar enfermedades muertes	Promover la salud y mejorar la calidad de vida
Actuar sobre causas	Actuar sobre los factores de riesgos
Prevenir la Enfermedad	Prevenir factores de riesgos, fortalecer factores protectores y promover estilos de vida saludables.

Fuente: Apuntes de Taller de Salud Familiar. (Barna, 2005: 03).

## Enfoque Familiar

Tabla (2)

Modelo de Atención Integral	Modelo de Atención Familiar
Centrado en el individuo	Centrado en la familia
Ciclo vital individual	Ciclo vital familiar
Biopsicosocial individual	Biopsicosocial familiar y comunitario
Atención por estamentos	Equipo de cabecera
Programación por programas	Programación por riesgo y en red
Población inscrita	Población adscrita y sectorizada

Fuente: Apunte de Taller de Salud Familiar. (Barna, 2005: 03).

Las tablas dan a conocer parte del Modelo de Atención Familiar, que se traduce a un cambio en la atención que va desde lo asistencial o biomédico a la integralidad de la persona. Asimismo, el Modelo cuenta un cambio en la Organización Interna del Centro de Salud como de su infraestructura.

El propósito del Modelo de Atención consiste:

- Debe ser capaz de lograr una integración social, para compartir las necesidades en salud.
- Programar su tarea y evaluarla.
- Adaptar su estructura, organización y funcionamiento dependiendo a los cambios que ocurren en su contexto.
- Su accionar debe estar basado en la relación Centro de Salud- Comunidad- Ambiente.
- Incorporar la tarea de Promoción de la Salud.

Se definen tres áreas de trabajo dentro del Centro de Salud,

**Asistencial**, lo que tradicionalmente ha ocupado a la APS y que es irrenunciable.

**Participación Social y Comunitaria en Salud**, Actores que tienen el propósito de elevar el nivel de su salud en la población.

**Trabajo intersectorial**, participar en tareas que puedan ser un aporte.

## **VII.2.- Aspectos fundamentales del Modelo de Atención.**

### Población a Cargo.

El equipo de Salud debe tener una cantidad de población a cargo y responsabilidad en el cuidado de su salud.

### Plan de Salud Familiar

Conjunto de prestaciones claramente definidas a las familias y se realiza la evaluación para posteriormente realizar un trabajo en conjunto.

### Equipo de Salud

Uno o más equipos multidisciplinario, que asume el cuidado de un número definido de personas según su territorio y necesidades. Este equipo debe estar capacitado en Atención de Salud Familiar. Es importante que conozca a la población que atenderá, así se crea un vínculo de confianza entre la comunidad y el equipo de salud.

### Articulación de Recursos

Se encuentra dotado de herramientas técnicas, administrativas y financieras que le permitan gestionar la movilización de recursos desde otro punto de la red asistencial y social que lleven a resolver los problemas de salud más cerca de las personas.

Se mencionarán referencias desde el contexto de las orientaciones y planificaciones y programación en Red del MINSAL del año 2009.

Al implementar el cambio del Modelo de Atención Primaria, se pensó en el estilo de vida que llevan las personas actualmente. Por tanto, se debía entregar una atención de calidad, lograr la equidad y mejorar el acceso a los servicios a las personas que se atendían en Salud Pública, lo cual se implementó un Modelo de Atención Integral, que no solo se preocupara de lo asistencial, sino que tuviera un enfoque más amplio con enfoque de derecho, que detectara no solo la enfermedad, sino que previniera y promoviera estilos de vida saludables. Sin embargo, es importante referirnos a los elementos generales del Modelo de Atención.

### **VII.3.- Los elementos del contexto del Modelo de Salud Familiar.**

**Enfoque Familiar y Comunitario**, se encuentra orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, los cuidados de la salud. Asimismo entregar respuesta a sus necesidades de una manera integral, oportuna y de calidad,

abordar la atención desde una mirada sistémica que genere un seguimiento integral en el ciclo vital de las familias y comunidades.

**Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad,** consiste en orientar a las familia y comunidad desde un ámbito biopsicosocial, el cual implica ver a la familia como un elemento sistémico. Es importante tener una mirada amplia y diversa de los distintos tipos de familia y la realidad de cada una de ellas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas de los equipos de salud de los CESFAM, donde analicen el proceso de Salud Enfermedad. Por tanto, se debe poner énfasis a la familia y potenciar los factores protectores y terapéuticos para los individuos, que sean ellos mismos el apoyo al proceso de camino a mejorar y promover la salud.

**Continuidad de la atención y de los cuidados de salud,** se extiende a toda la red de *trabajo en red* (red asistencial, comunitaria y social). En primer lugar es incorporar una sectorización dependiendo un territorio o población determinada, lo cual permita una relación cercana entre el equipo de salud y la comunidad, con el fin de conocer los factores protectores y de riesgo de la población a cargo y actuar con estrategias de prevención y promoción dependiendo su realidad.

**Prestación de servicios integrados,** consiste en entregar a los individuos un tipo de Atención Integral, que permita que a los individuos y familia se les entregue acciones de promoción y prevención. Se debe entregar beneficios integrados, acordes al perfil sociocultural de la comunidad atendida. Asimismo, la población debe ser informada de sus derechos y deberes que permita un abordaje de Atención Integral.

**Resolutividad,** tiene que ver con la capacidad del equipo de salud que tenga para resolver los problemas de salud y de riesgo que mantenga su población a cargo. Todos los Centros de Salud deben tener los recursos humanos y técnicos necesarios para dar respuestas a las problemáticas de salud de su comunidad con más prioridad posible.

**Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes**, se promueve la Participación de la familia en todo el proceso de Promoción de la Salud. Por ejemplo, en el caso de una familia con un miembro que padezca una enfermedad crónica debe participar en el proceso de recuperación.

**Participación Social**, existen ciertas líneas de acción respecto a la protección y ejercicio de derecho de las personas y comunidades, hacer participe las personas como entregando sus opiniones como nivel de usuario y comunidad organizada en la gestiones en salud pública.

#### **Distintas formas de Participación en Salud:**

**La Participación en instancias formales** como por ejemplo; Consejos de Desarrollo, Consejos consultivos y Comités Locales, que se encuentran conformadas por usuarios organizados, junta de vecinos y otras diferentes organizaciones sociales.

**Ejercicio directo de la Participación** en consultas ciudadanas, presupuestos participativos y cuentas públicas.

Por lo anterior, se espera que los usuarios y comunidad participen en las políticas de salud y en la planificación local participando en el Plan Comunal de Salud. Toda esta finalidad debe ser a través de las necesidades de la comunidad.

**Promoción de Salud**, constituye acciones sociales y políticas con la finalidad de reforzar conocimientos y aprendizaje sociales a los individuos, familias y comunidades. La Promoción de la Salud es el proceso que permite que las personas controlen los factores que determinan su salud. La Participación y la comunicación educativa son indispensables para potenciar la acción de Promoción en Salud.

**Interculturalidad**, para llevar a cabo la interculturalidad, es importante saber que no existe solo un sistema de salud médico, sino que debemos ser capaces de reconocer otros Modelos de Salud. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. Es decir, que el Modelo abarca lo biomédico, uno biopsicosocial y otro más integral.

**Impacto sanitario y orientación a resultados**, se debe seguir avanzando hasta llegar a la búsqueda de la salud para llegar a tener una población sana desde el punto de vista de los determinantes de la salud.

**Enfoque de Equidad de Género en Salud**, es el reconocimiento que se alude a la desigualdad de género entre hombre y mujer sobre una asimetría de poder. Se genera una erradicación de las desigualdades en salud, a los accesos a recursos y beneficios, participación en las decisiones de salud, etc. Es preciso enfatizar que no es posible avanzar en la equidad de género en salud sin el empoderamiento individual y colectivo que se construye a través de la Participación protagónica de las comunidades y, en especial de las mujeres, en las decisiones de salud. (MINSAL:2008)

#### **VII.4.- Origen y Evolución de los CESFAM.**

El Ministerio de Salud (2008), entrega referencias de los CESFAM, mencionando que los Centros de Salud Familiar desde su origen han debido pasar por diferentes etapas que están consideradas dentro de la reforma de salud. Estas etapas se van situando a medida del desarrollo de cada Centro de Salud, por tanto debe haber un objetivo y un proceso metodológico y técnico que da visión de aquello.

Asimismo, las etapas de los Centros de Salud dependen de la realidad cultural, económica y social que se encuentre en un sector determinado, por lo tanto, el avance de cada Centro de Salud está influenciado por ciertos factores que pueden influir en su desarrollo.

#### **VII.4.1.- Etapas en la transformación del Centro de Salud Familiar**

**Consultorio** El equipo de Salud tiene un Modelo de Atención tradicional y responde a la oferta de los servicios que demanda la comunidad de una forma instrumental.

**Etapas de Motivación y Compromiso** El equipo cuestiona su accionar por el tipo de atención que se presta a los usuarios. Asimismo, critica el tipo de relación que tiene con los usuarios y la evidencia de insatisfacción. Existe una cierta intención de los equipos de que se produzca un cambio. Se comienza a realizar capacitaciones a los funcionarios para comprender el modelo y los fundamentos del cambio. Se da origen a la etapa de planificación del Modelo de Atención.

**Etapas de desarrollo** El equipo ha iniciado la implementación de estrategias de transformación. Se comienza a dar origen a los sistemas de sectorización de la población adscrita en el Centro de Salud y los equipos de cabecera se conforman de una manera participativa. Se han establecido formas de trabajo junto a la comunidad y el intersector y a la familia se comienza a ver como unidad de atención.

**Etapas de fortalecimiento** El equipo puede mostrar resultados de su proceso de cambio. Está o incorporado el concepto de riesgo familiar y trabaja en función de aquel: la familia se ha introducido como unidad de atención. El enfoque biopsicosocial se hace parte de un quehacer habitual en el análisis de los problemas de salud. Hay nuevas formas de gestión técnica. Se trabaja en conjunto con la red sectorial y el intersector.

**Etapas de consolidación** el equipo da evidencia de mayor madurez y creatividad. Los resultados sanitarios son evidentes. Se cuenta con diagnóstico completo de las necesidades de la población, se buscan las soluciones en conjunto a la red de salud e intersectorial. La comunidad participa activamente. Los usuarios tienen un

rol relevante en el mejoramiento de la atención. Hay una apropiación del enfoque sistémico por parte del equipo (Ministerio de Salud, 2008).

El Modelo de Salud Familiar y comunitario ha sido un desafío para el equipo técnico y la comunidad usuaria y organizada. Por lo descrito previamente, el modelo debe tener varias características para ser llevado a cabo y además cumplir ciertos requisitos tanto teóricos como prácticos.

El ser un Modelo de Salud Integral permite observar que abarca un todo, que es un sistema institucional que debe contar con un equipo de salud de cabecera en un sector determinado y que trabaje en conjunto con un objetivo común, que al momento de atender a la persona se haga con un buen trato y sea atendida desde su integralidad en lo biológico, psicológico y social considerando su contexto cultural.

Las personas encargadas de implementar este proceso de atención deben procurar cumplir los objetivos del Modelo de Salud Familiar, ya que al ejecutarlo efectivamente permitirá que el sistema de atención logre evolucionar y avanzar en cada una de las etapas mencionadas hasta lograr consolidarse como CESFAM.

# **III PARTE**

## **Análisis de los Resultados**

## **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Considerando los aspectos teórico – prácticos acerca del proceso de Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria de la Comuna de Cerro Navia, en esta etapa de la investigación se realiza el análisis de los contenidos.

Es importante recordar que el Modelo de Salud Familiar implementado en el CESFAM Dr. Albertz, perteneciente a la Comuna de Cerro Navia, Región Metropolitana, corresponde a una política de salud producida por cambios epidemiológicos, demográficos y tecnológicos en estos últimos años en la población Chilena. En este contexto, se instala también una nueva forma de Participación de los usuarios y equipos de salud a partir de la implementación de los programas de salud provenientes de las políticas públicas emanadas del Ministerio de Salud.

La Participación en Salud se desarrolla en diferentes espacios y contextos. En primer lugar, los usuarios deben cumplir ciertos deberes que incluyen ser parte del proceso de cambio de salud – enfermedad, y velar por sus derechos al momento de recibir información y orientación. La Comunidad Organizada (organizaciones sociales) deben ser capaces de conformar estrategias en conjunto al equipo de salud donde conozcan sus propias necesidades y promuevan estilos de vida saludable con el fin de mejorar su calidad de vida.

Se espera que el Equipo de Salud, se oriente en torno a la Participación, se creen espacios democráticos donde se plantean diferentes temáticas de salud de importancia para la comunidad usuaria y organizada. Además, el gobierno local debiera encargarse de capacitar a los funcionarios en temáticas que den pie al Modelo de Salud Familiar.

Durante la investigación se caracteriza la Participación implementada durante el proceso de instalación del Modelo de Salud Familiar en el territorio del CESFAM Dr. Albertz, ubicado en la comuna de Cerro Navia y se observa la mirada

institucional y comunitaria respecto a los cambios producidos desde la incorporación del modelo de atención.

En estos momentos el Centro de Salud se encuentra en proceso de desarrollo. El gobierno local y la dirección del CESFAM han debido demostrar al Ministerio de Salud que se encuentran capacitados para avanzar a la siguiente etapa. La forma de demostrar que están capacitados para avanzar depende de la Participación tanto de los usuarios, equipo de salud y comunidad organizada, cada uno se encarga de realizar distintas actividades que permiten lograr ciertos objetivos del Modelo de Salud. Se considera importante rescatar el pensamiento de la comunidad y equipo de salud en estos cambios ya que permitirá incorporar más a fondo el proceso de Implementación del Modelo de Atención.

En la investigación de estudio cualitativo se utiliza la metodología de análisis de contenidos, considerando las experiencias empíricas con una perspectiva fenomenológica. Para llegar a los contenidos se utiliza una matriz de transversalización de discurso que permitirá desarrollar el análisis con el fin de comparar las miradas de los distintos actores que participaron en nuestra investigación.

Así se trabajó en el contexto del CESFAM Dr. Albertz, ubicado en el territorio 8 y 9 de la comuna de Cerro Navia, se cuenta con el aporte de los contenidos de las entrevistas de cada uno de los actores como es el equipo de salud, comunidad organizada y usuaria.

Los datos que a continuación se presentan, corresponden a las entrevistas grupales realizadas a la comunidad organizada y entrevista en profundidad realizadas a usuarios e integrante del equipo de salud. De esta manera, estas técnicas son las herramientas que entregarán respuesta a los objetivos del estudio de investigación.

**a) Proceso de Participación a partir de la Implementación del Modelo de Salud Familiar.**

Durante la investigación se agrupan a los diferentes actores sociales que participan en el Centro de Salud (usuarios, comunidad organizada y equipo de salud) con la finalidad de realizar entrevistas con el fin de conocer qué sucede durante el cambio de consultorio a centro de salud familiar. La opinión de cada uno de estos actores es importante, por ser los principales actores de este proceso de cambio en el tipo de atención.

Los entrevistados emitieron que la Participación es importante para cada uno de ellos. El funcionario entrevistado manifestó que la Participación es un desafío por el contexto social y político que nos encontramos actualmente y por ser uno de los factores principales del Modelo de Salud Familiar.

La funcionaria entrevistada, perteneciente al Centro de Salud (Asistente Social) refiere que,

***“.....ellos son los que conocen a sus vecinos mueven a su territorio, conocen sus necesidades y sobre todo yo creo que es súper importante la Participación Social sobre todo porque desde la década del 90’ ha habido una disminución de lo que es la Participación...”***

La funcionaria entrevistada es encargada del Programa de Promoción del CESFAM, su función le permite estar constantemente en contacto con los dirigentes pertenecientes al territorio del Centro de Salud a través de las reuniones de la Red Amigable y se encuentra a cargo de la atención psicosocial de los usuarios del sector rojo. El tener vínculos con los actores de la comunidad le permite entregar referencias respecto a la forma de cómo los integrantes de la Red se vinculan a los integrantes de su territorio.

El Modelo de Salud Familiar se caracteriza por ser promocional, preventivo y participativo, que debe haber una Participación entre los diferentes actores

pertenecientes del CESFAM. Por tanto, la entrevistada entrega información que permite observar que los dirigentes son personas que se encuentran informados de las necesidades de su comunidad, sin embargo, a pesar de estar en contacto con su población a cargo no realizan una Participación activa a causa de la fragmentación social generada en este último tiempo. (Cambio Cultural). El Modelo de Salud para tener resultados positivos debe incorporar a la comunidad a participar, el conocer la realidad de su territorio permite realizar estrategias para mejorar su salud.

***“...ellos no conocen muchas experiencias participativas, la Participación que se conoce es más individualista un cuento de resolver problemas personales...”. (Funcionario)***

La funcionaria plantea que la Participación en el contexto del CESFAM es baja. La única motivación que se observa según la entrevistada es más bien personal. Se plantea que es importante la Participación para que se logren los objetivos del Modelo de Salud, es decir, si no se establecen estrategias de acción que potencien su desarrollo es complejo que se cumplan ciertas metas. Por tanto, siempre existe un interés de las personas por participar, desde distintos ámbitos, sea desde una manera pasiva o activa, el solo hecho de estar presente demuestra una necesidad por sentirse útil.

***“...yo por eso participaba acá, porque hay médicos buenos, está la sala ERA, todo eso a uno le conviene – porque le lleva beneficios a la comunidad...”***  
**(Usuario)**

Los usuarios al igual que la profesional entrevistada manifiestan que existe un interés personal a la hora de participar. Esta situación suele ser importante para el proceso del Modelo, por el compromiso y responsabilidad que tienen los usuarios y comunidad por generar un cambio. Existe un interés por ayudar al otro, la solidaridad se construye a medida que la persona se va integrando a participar.

***“...A veces ayudo a las personas y se me olvida que tengo problema también y eso me hace ver que uno tiene problemas que son muy inferiores a los demás...” (Usuario)***

A pesar que sea una Participación en la cual tenga un interés personal, se sabe que el fin es el mismo *“mejorar su calidad de vida y la de los demás”* tanto en el aspecto familiar y comunitario.

Las personas son capaces de visualizar el sentido de la Participación y la importancia que tiene para satisfacer sus propias necesidades y que incorporándose en un contexto donde se tomen en cuenta sus decisiones se puede llegar a una transformación social de esta realidad.

***“...Ahora también hay que ver que este consultorio se afea, hay que tratar que no siga poniéndose más feo de lo que ya está (en lo estético) y tratando que salga adelante...” (Usuario)***

A partir de este nuevo proceso de cambio, las personas estiman la importancia de preocuparse del Centro de Salud, con el fin de atenderse en un lugar mucho más agradable y grato. Están conscientes de que a través de la Participación pueden hacer cosas para fomentar ambientes saludables y obtener una mejor calidad de vida para la población. La Participación permite que las personas se den cuenta de las falencias y necesidades del CESFAM, existe un interés porque la comunidad tenga beneficios y el Centro de Salud continúe desarrollándose.

La comunidad sabe que la Participación es relevante para lograr mejoras en la entrega de servicios de salud. Por tanto, el Modelo de Participación es relevante para obtener resultados óptimos. Lo importante es que el Modelo de Salud Familiar lleve sus ejes de una manera clara ya que consiste en mejorar los estilos de vida de las personas, familias y comunidades en relación a su salud desde un ámbito integral.

El Modelo de Atención Integral observa a la persona como un todo, tomando en cuenta su medio ambiente, las relaciones y/o redes que integra su vida cotidiana desde un aspecto positivo o negativo (familia y comunidad). Sin embargo, las personas que participan dentro de la Red Amigable y voluntariado del Centro de Salud se preocupan del contexto donde están integrados y se encuentran dispuestos a realizar ciertas actividades en el CESFAM para que sea un aporte integral hacia la comunidad.

***“...Siempre hay personas con más problemas, que las personas de la tercera, incluso cuarta edad tienen más problemas, empiezan aparecer las discapacidades físicas, los problemas, enfermedades, todo... sin embargo parecen con más deseo de vivir, porque saben que ya le queda menos recorrido, así dan más deseos. Entonces si yo puedo aportar o el voluntariado me puede aportar hacerle más llevadera, más armónica y más complaciente, a los adultos mayores o cualquier otra persona, se siente bien...,” (Dirigente).***

El Modelo de Salud Familiar implementado en el CESFAM Dr. Albertz, permite que continúen en el tiempo grupo de voluntariados de salud, que se preocupen que cada uno de los usuarios, especialmente de personas discapacitadas y adultos mayores mantenga sus controles al día.

En las entrevistas realizadas se rescata solidaridad por parte del voluntario de salud. Durante el proceso de atención no trabajan directamente con el equipo de salud, sino que cada vez que los pacientes necesitan servicios de salud, el voluntario se acerca al servicio de salud a solicitar atención como un usuario más.

Otra característica importante a considerar en el Modelo de Salud es que los pacientes son atendidos dependiendo su ciclo vital, por lo tanto, se entrega una Atención Integral (proceso de salud – enfermedad a la familia).

***“...uno por dentro se llena de placeres de gustos de poder servirle a los demás, pero hay que nacer con esas cosas, hay personas que no son así, yo lo he notado y lo he visto sino que son ellos primero, se les olvida que los demás tienen dolor....” (Dirigente).***

Los conceptos de Participación se visualizan con presencia de las personas que se comprometen aportando al Centro de Salud. Nos damos cuenta que en ocasiones el motivo de la Participación no solo tiene que ver con estrategias del modelo, sino que son formas de Participación que se mantienen en el tiempo (voluntariado), pero han disminuido a causa de cambios culturales en la población. Teóricamente se incorpora el Modelo de Participación pero a partir de los distintos aspectos como es la Promoción y Prevención en Salud. La única forma que actúa el Modelo de Salud en el caso del voluntariado es capacitando al grupo en el ámbito de la educación en salud.

#### **b) Relación Usuario – Equipo de Salud**

El Modelo de Salud Familiar, es un enfoque que integra factores: psicológicos, sociales y ambientales, caracterizado por generar una atención centrada en el usuario junto a su sistema familiar, desarrollando por parte del equipo de salud estrategias de Participación que den pie a la persona a ser parte de su cambio salud - enfermedad dependiendo su necesidad de salud o problemática social.

Este proceso de Participación está ligado al sistema de relación que se establece entre el usuario y equipo de salud. El equipo de salud debe hacerse cargo de entregar a las personas la información suficiente que les sirva de insumo para hacerse cargo de su propia salud con la finalidad de desarrollar capacidades de auto cuidado. Además, que el sistema de salud sea un apoyo en este proceso de cambio de salud – enfermedad y que la atención desde el equipo de Salud hacia los usuarios sea digna, respetuosa, con pertinencia cultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud (salud intercultural y otras).

Este enfoque no deja de ser importante. El sistema institucional, (equipo de salud) debe tratar de establecer un vínculo de confianza hacia los usuarios (individuo y familia), para lograr el objetivo de la intervención y así aportar a la mejora de la calidad de vida de las personas que participan en el sistema de salud.

Durante la investigación se estableció el tipo de relación entre el equipo de salud y los usuarios con el fin de conocer si se cumplen algunas de las características del modelo.

En las entrevistas realizadas e insertas en la Matriz de transversalización, observamos que las relaciones son conflictivas, que el profesional entrevistado caracteriza las relaciones como una forma que se da en la sectorización y que cada módulo (sector), identifica a sus usuarios de una manera distinta dependiendo de su contexto. Las relaciones se atribuyen de una forma no empática y cordial de parte de los funcionarios a los usuarios y de una manera agresiva por parte de la comunidad usuaria hacia el equipo de salud.

***“...Tenemos identificados la zona de mayor riesgo y los funcionarios saben, saludan. Yo trabajo en el rojo, conozco un poco la historia, pero que haya mejorado la relación en término de calidad de trato, yo creo que no todavía, es un trabajo que hay que continuar haciendo... (Funcionario)”***

La calidad de las relaciones entre los usuarios y el equipo de salud se identifica a través del trato que reciben los usuarios al momento de dirigirse al Centro de Salud a solicitar un tipo de atención. El funcionario entrevistado manifiesta que se deben desarrollar estrategias que potencien un proceso de vinculación entre el equipo de salud y los usuarios. Se observa que aún queda mucho por hacer respecto a la entrega de conocimientos a los funcionarios, usuarios y comunidad organizada respecto a la forma de actuar frente al Modelo de Salud Familiar.

Se deben realizar estrategias y actividades transversales entre la comunidad y la institución, potenciar la Educación y Promoción en Salud. El equipo de salud debe

generar desafíos epidemiológicos (establecer estrategias que den pie a mejorar la salud de la población) y ser acompañador de los usuarios en el proceso de salud – enfermedad.

El Modelo de Salud Familiar implementado aún no ha logrado completamente establecer relaciones óptimas entre la comunidad usuaria y el equipo de salud. Por tanto, existe una debilidad en las relaciones, caracterizándose por ser conflictivas al momento que los usuarios van a buscar beneficios y atención al Centro de Salud.

***“...Yo veo que en cada sector hay personas hay técnicos, profesionales, administrativos que también tienen habilidades y entienden lo que es el Modelo de Salud Familiar y se empatizan a lo que quiere el usuario. Existen otras personas que tienen más resistencia a los cambios y siguen actuando igual...” (Funcionario).***

El proceso de Participación a partir de la Implementación del Modelo de Salud Familiar es desde la comunidad usuaria un aspecto de orientación e información y el estar presente en los espacios comunitarios (junta de vecinos, centros de madres, adulto mayor, etc.). Por el contrario, el funcionario manifiesta una relación de poder y pasiva frente a la comunidad, no demuestra un cambio y un compromiso real frente al modelo de salud que ha entregado a la población.

El entrevistado entrega antecedentes de falta de compromiso por parte de los funcionarios a generar un cambio de actitud frente al Modelo de Salud Familiar. El equipo de salud no quiere darse cuenta que debe haber un cambio, que existen nuevos ejes de acción frente a la atención hacia la comunidad.

A los equipos de salud, les hace falta acercarse a conocer el contexto donde se relacionan las personas a quienes atienden, así permitiría actuar de una manera distinta al saber que cada uno de ellos tiene una historia distinta tanto familiar como comunitaria con identidad y sentido de pertenencia del sector donde viven.

***“...Las relaciones humanas son buenas, mira yo como dirigente que estoy conviviendo ciertamente con las personas del consultorio por diferentes razones o con las asistentes sociales, si veo algo, mejor trato de ignorarlo, sino lo único que lograría es tener puros enemigos...” (Dirigente).***

Las relaciones que establece la comunidad organizada con la institución son positivas. Los dirigentes sociales se acercan al Centro de Salud a pedir beneficios para la comunidad y participan en él siendo parte del voluntariado con el fin de ayudar a solicitar atención para personas con discapacidad y/o adulto mayores.

El Centro de Salud desde su punto de vista es un centro amigable que acoge a toda persona que quiera participar en él. Las personas que participan tanto en el voluntariado como en el consejo consultivo (RED Amigable) en ciertas ocasiones tienen relaciones positivas o negativas con el equipo de salud. El tener relaciones negativas, influye que al acercarse hacia el Centro de Salud se hace con desconfianza. Asimismo, al percibir estas situaciones las organizaciones participativas tratan de solucionar problemas para tener positivos vínculos con los funcionarios y sentirse bien frente a las relaciones que se establezcan.

***“.....Hay poca comunicación con las organizaciones, antes era más porque nos mandaban profesionales, gente a enseñarles a uno a charlas, hacer charlas...” (Dirigente).***

Los dirigentes que participan en el Centro de Salud encuentran que la institución se ha alejado de la comunidad en ciertos aspectos. Anteriormente los equipos de salud se acercaban a la comunidad para entregar información y conocimiento de problemas de salud vigentes en ese momento, los profesionales de la salud se acercaban a educar, eran parte del contexto donde se encontraba inserto el centro de salud. Es decir, la Promoción de la Salud era evidente encontrarla, la comunidad y equipo de salud participaba desde un punto de vista horizontal frente a la comunidad. Además, el equipo de salud entregaba las herramientas a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorar su calidad de vida.

**“...antes iban a vacunar a la juntas de vecinos donde los abuelitos...”**  
**(Dirigente).**

Las personas que participaban anteriormente al modelo consideran que antes existía cercanía a la comunidad organizada y usuaria. Actualmente, el modelo de salud no actúa desde las relaciones positivas y activas. La comunidad manifiesta que extraña el interés que se demostraba hacia su comunidad.

*La promoción de la salud* ha bajado su nivel de protagonismo frente a la comunidad y las personas sienten un alejamiento por parte de la institución y que no se entrega de la misma forma los conocimientos de prevención y promoción a la población (Charlas y talleres). Además, iban a terreno a entregar servicios, hoy esta situación se ha institucionalizado.

El usuario extraña las relaciones interpersonales con profesionales del Centro de Salud al referir que antes el equipo de salud se acercaba a la comunidad a prestar servicios. Asimismo, manifiestan que las relaciones y vínculos perduran mientras se está asistiendo donde el profesional, posteriormente la situación cambia.

Los usuarios que participan en distintas actividades del Centro de Salud, les ha permitido tener vínculos y relaciones con el equipo de salud. El vínculo para las personas que asisten al Centro de Salud, les permite sentirse aceptado y valorados, el interactuar de una manera positiva les hace sentir bien por estar satisfaciendo una necesidad del ser humano.

Tal como plantea Manfred Max Neff en su libro *Desarrollo a Escala Humana* sostiene que los “*satisfactores*” se viven y experimentan de distintas maneras dependiendo la realidad social, que se genera por un proceso histórico, un tipo de cultura y valores de una comunidad. Cada ser humano lo percibe de una manera distinta, considerándolo un factor subjetivo. Los satisfactores al ser un factor del positivismo, (lo natural del ser humano), es una relación entre los seres humanos

y la sociedad. Por tanto, las relaciones tienen valores intrínsecos en las personas y son tomados de una manera subjetiva dependiendo su realidad.

Algunos usuarios refieren:

***“...Yo siempre pudiera ser una crítica al sector donde yo me atiendo, donde yo voy más, no podría criticar al amarillo porque jamás e ido, ni conozco a las personas que están en el amarillo, lo más cercano que ha existido para mi es el naranja, uno va conociéndolas por tantos años, que después uno termina siendo amigo de las personas....” (Usuario).***

Cuando los pacientes del Centro de Salud son atendidos en su sector, se sienten identificados con el equipo de cabecera. De esta manera, han establecido vínculos con el equipo de salud y sentirían extraños al ser atendidos en otro sector. Desde este punto de vista, el modelo plantea la sectorización de los servicios y la división del centro de salud por territorio. Esta situación es importante por permitir que cada equipo de salud conozca a las personas que atiende. La atención por sector es definida como la correcta desde el Modelo de Salud Familiar. Las relaciones interpersonales entre la comunidad y equipo de salud se consideran importantes, al sentirse acogidas y aceptadas con sus costumbres y creencias, como lo establece el enfoque biopsicosocial y participativo en este modelo de atención en salud, permite que las personas avancen en una mejora de su salud y las condiciones de su calidad de vida. Al satisfacer esta necesidad de protección y que los funcionarios conozcan sus necesidades y sean escuchados permite una motivación en participar con el fin de generar cambios en los estilos de vida de las personas y comunidades.

Las relaciones entre el equipo de salud y las distintas organizaciones sociales se caracterizan por ser verticales, existe una situación de poder desde el funcionario hacia la comunidad organizada o usuaria. Se piensa que la comunidad cuando participa en el Centro de Salud solo se acerca a observar para reclamar la forma de atención.

***“.....gran parte del voluntariado se mira cómo que se le va quitar el trabajo a las personas, ha sido uno de los problemas que hemos tenido en el voluntariado, nosotros por iniciativa propia llegamos allá y ofrecemos nuestros servicios, sin recibir ningún tipo de sueldo. Lo único que queremos en el fondo es aliviar sobre todo a los adultos mayores aliviar lo que les cuesta a ellos estar en una fila para un número y pedir los remedios. Ahora, si algunas de las personas que son funcionarios, que yo los he visto creen que tienen habilidades para desempeñar otros trabajos y ayudar, que lo he visto que se ha estado haciendo,...” (Dirigente).***

Los representantes de la comunidad sienten un rechazo por parte de los funcionarios. Los dirigentes han tratado de vincularse y acercarse pero existe un obstáculo y poco apoyo por parte de la institución. A pesar de ser un grupo organizado que trabaja en beneficio de la propia comunidad, sobre todo del adulto mayor, no se sienten valorados por parte de la institución. Desde hace mucho tiempo que han querido sentirse aceptados y que les entreguen un espacio de Participación y que la comunidad de los funcionarios reconozcan su trabajo y faciliten su actividad sin criticar, ya que son un grupo el cual representa a la comunidad y conoce sus necesidades. Los dirigentes están dispuestos a ponerse en el lugar de los funcionarios, conocer el tipo de actividades que realizan tal vez así podrían mejorar las relaciones entre ellos.

***“...es bueno, pero más allá no es las pretensiones de nosotros ir a quitar los puestos de trabajo a las personas, e incluso nos han criticado y han dicho ellos mismos, no es la idea de nosotros en el fondo y eso es una de las razones que cuando nosotros pedimos ese espacio que nos dieran en el consultorio, cuando pedimos en la red amigable participar más con los funcionarios en la función de trabajo, no solo observar detrás o delante del mostrador, sino estar para saber cuál es la función de ellos, el poder estar en los dos lados, uno como usuario afuera y otro estando detrás del mostrador viendo la parte laboral y con eso acercarnos un poco más, nosotros lo***

***hemos pedido y jamás hemos logrado que nos cedan esas cosas....”***

**(Dirigente).**

El querer vincularse al Centro de Salud y solicitar un espacio en el cual intervenir entre la comunidad y el sistema de atención es lo que les interesa a las personas que participan. Sin embargo, no se sienten consideradas cuando solicitan un lugar.

Respecto al modelo sería importante vivir este proceso de participación, por permitir que se desarrolle una atención integral, con el fin que la comunidad conozca la realidad tanto institucional y comunitaria desde el aspecto social y económico, que serviría para conocer parte del modelo y actuar desde el.

**c) Cambio de Estructura y Organización de la institución a partir de la Implementación del Modelo de Salud Familiar.**

El Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria como se mencionó anteriormente debe tener ciertas formas de desarrollo. En este caso el CESFAM se encuentra en la etapa de fortalecimiento para ser reacreditado durante el año 2010. El tener conocimiento de este proceso estructural, nos permite informarnos del avance obtenido y la concordancia con el sistema del Modelo de Salud Familiar implementado. El profundizar en la estructura organizacional del modelo, permite conocer las potencialidades de los individuos y el equipo de salud en la toma de decisiones (Participación).

El proceso estructural es importante para llevar a cabo el objetivo de atención a los usuarios, permite un cambio en la forma de atención a los usuarios.

Al describir el proceso de estructuración los distintos actores participantes en el proceso de investigación, manifiestan que al principio se informó que iba ser una positiva forma de atención hacia los usuarios.

***“...ellos participaron en la división territorial, ayudaron colaboraron, vinieron el primer día que se hecho andar el consultorio partiendo por sectores, ellos se incorporaron y se pintaron los caminos y decían a usted le toca el rojo, venga acá, donde vive...” (Funcionario).***

Al implementar el cambio de estructuración y organización del Centro de Salud para la implementación del modelo se hizo partícipe a la comunidad organizada. Ellos como representantes de la comunidad fueron actores importantes en este proceso de cambio por ser quienes tenían comunicación directa con la población. Los participantes informaban a la comunidad de sus nuevos beneficios y estrategias de atención. La comunidad organizada fue quien manifestó a los usuarios el cambio que se estaba realizando en el Centro de Salud y lo diferente que iba ser. Fueron los primeros en estar presentes y a partir de ese momento participaron en diferentes actividades que involucraban los objetivos del CESFAM.

Se cumplió parte de los objetivos del proyecto de implementación del Modelo al incorporar a los usuarios, a la comunidad organizada y equipo de salud en este proceso de cambio. Esta instancia sirvió para que interactuaran estos distintos actores y conocieran el Modelo de Atención desde un aspecto pragmático. A la vez las personas que participaron consideraron que era una buena forma de atención. Asimismo, manifestaron que lo económico ha perjudicado esta modalidad. Lamentablemente la calidad de la atención de la población es afectada negativamente por esta falta de recursos.

***“...La idea es buena pero la práctica no ha resultado como debe ser, no sacamos nada con tener un consultorio con doctores de medicina general una administración grande, una estructura y todo, si no tenemos los elementos necesarios y más básico como son los medicamentos, no se pueden seguir los tratamientos porque faltan los medicamentos...”***  
**(Funcionario).**

El trabajo de los sectores busca dar respuesta a las necesidades de la población pero el no contar con la estructura adecuada y falta de insumos no da resultado esta variable de calidad de atención y satisfacción de las necesidades de la población.

***“.....Nosotros no debiéramos atender el teléfono cuando atendiéramos un paciente, los box deberían ser adecuados eficientemente privado, para que la otra persona no escuche lo que me está planteando, el paciente para que se sienta cómodo, es su problema es su intimidad me entiendes. Esa intimidad no se da, de acuerdo a la estructura que tenemos hoy día....”***

**(Funcionario).**

La funcionaria entrevistada refiere que el cambio estructural que se produjo fue causa de la implementación del Modelo de Salud Familiar, pero no ha sido el más adecuado, la forma que se encuentran distribuidos no es acorde al Modelo. Es decir, se encuentra dividido por sector pero aún se encuentran lugares del Cesfam (box) que debieran tener privacidad, para que las personas se sientan más seguras y tranquilas al momento de ser atendidas. Por tanto, no se logra entregar un conocimiento real y una atención de calidad por parte del profesional al paciente.

***“....El modelo es súper lindo pero no se puede llevar a la práctica. Desde el ministerio se plantea el modelo, pero no se ha entregado los recursos para que este modelo se desarrolle, porque por ejemplo, para que nosotros empecemos hacer eso nosotros deberíamos de tener una construcción distinta, con box más adecuado, tener menos población, nosotros tenemos 45.000.- personas adscritas y deberíamos tener 25.000.- personas y además deberíamos tener más profesionales....”*** (Funcionario).

La entrevistada al manifestar que no tienen un lugar con una estructura adecuada, falta de profesionales para la cantidad de la población adscrita en el Centro de

Salud permite observar que cada uno de los sectores a pesar de estar medianamente estructurados por sector tiene falencias en su organización interna.

En la entrevista se observa una necesidad por tener los recursos para poder actuar de una manera efectiva frente al Modelo de Salud. Esta situación se entrelaza con los tipos de relaciones que se establezcan entre la comunidad y equipo de salud en cada sector, es decir, el tener una débil organización disminuye los vínculos entre estos distintos actores afectando el proceso de Participación del Modelo de Salud Familiar.

El Centro de Salud al estar sectorizado, se caracteriza como un mini consultorio que atiende a su propia población, que cuenta con servicios transversales. Esta situación permite tener un equipo de cabecera a cargo de un territorio. Sin embargo la mala estructuración impide en ocasiones que los equipos de sector o cabecera se coordinen entre ellos, impidiendo facilitar el tipo de atención que debe prestar el modelo de atención hacia los usuarios y comunidad.

Cada Centro de Salud Familiar debe tener la estructura adecuada con el fin de lograr ciertos objetivos de atención. Se sabe que el paradigma del modelo puede ser muy adecuado como beneficio para la comunidad. Sin embargo, las políticas implementadas por el gobierno suelen ser ejecutadas sin pensar en como adquirir los recursos necesarios para desarrollar el proyecto de atención de una forma efectiva.

La funcionaria refiere que el Modelo de Salud Familiar debe tener ciertas características para que funcione efectivamente, por ejemplo, tener una cantidad de población no excesiva por territorio para atender integralmente como denomina el modelo de atención.

**“....Creo que la idea es buena, pero como nosotros lo hemos ido implementando ha sido con muchas falencias, con falencias de recursos humanos y recursos materiales, por ejemplo, la infraestructura de los**

**establecimientos no es acorde para ser salud familiar, nosotros deberíamos estar insertas en el equipo, somos como un servicio transversal si bien es cierto, pertenecemos pero estamos en un lugar muy aislado eso también no permite, en el caso que se esté atendiendo a alguien y requiere a lo mejor la asistencia de un equipamiento más especial el desplazamiento resulta más complicado....". (Funcionario).**

Desde este punto de vista el Modelo de Salud Familiar no realiza un tipo de atención focalizada en un sector determinado. El Centro de Salud se encuentra dividido por sector con distintos profesionales en el equipo de salud, el tener una estructura inadecuada afecta en que los profesionales atiendan en otros espacios del CESFAM y no directamente en el sector al cual pertenecen.

Los dirigentes y usuarios de la comunidad se refieren a la parte estructural respecto a la falta de insumo y recursos para adquirir un beneficio. Consideran que la idea del Modelo de Atención es positiva para la comunidad pero en la práctica la realidad es distinta, por causa en la falta de recursos. Sin embargo, se cree que no se ha logrado el objetivo del Modelo de Atención.

***".....Desde que pasó a Centro de Salud Familiar se hizo pensando que los ingresos por persona iban a aumentar y con eso íbamos a absorber los problemas económicos que venían en ese momento cosa que no ha sucedido y la otra cosa que el volumen de persona que se encuestó y registró en el consultorio es mucho más que la que había antes y más hay problemas económicos, entonces todo eso ha hecho crisis en el consultorio, la idea es buena pero la práctica no ha resultado como debe ser...."***

**(Funcionario).**

Los dirigentes y funcionarios del CESFAM manifiestan una idea similar a como se ha ido implementando el modelo y el proceso de cambio de infraestructura. Al comienzo se creía que se contaba con los recursos necesarios para implementar el Modelo de Salud y se tenía la población de funcionarios acorde para entregar

una atención eficiente, digna y de calidad a los usuarios. Sin embargo, las personas refieren *“que la idea es buena, pero no da resultados”*, por no permitir cambios estructurales y organizacionales a causa de la falta de recursos.

La población usuaria es muy alta y los recursos tanto financieros como humanos no dan abasto para entregar una atención satisfactoria. Esta situación ha sido un obstáculo para implementar eficientemente el Modelo de Atención desarrollado por el gobierno.

***“...Ahora está más dividida la cosa y uno va directamente donde tiene que ir;, antes iba yo y me decía la señorita, ya vaya para allá Ahora lo pintaron rojo, amarillo, uno se ubica por los colores o sino le dicen, en la puerta número tanto ahí lo van atender, uno va y lo llaman ahí...Ahora está mejor la atención porque uno llega y le preguntan por su carnet y le dicen en tal parte le toca y se pone a esperar y la llaman....” (Usuario).***

La usuaria entrevistada valoriza positivamente el cambio estructural, visualiza la sectorización como una forma cómoda de atención. Cada vez que se debe atender en el Centro de Salud se acerca directamente al sector que le corresponde (verde, rojo, naranja y amarillo) dependiendo el territorio donde vive. Explica que previamente al cambio todos los pacientes debían acercarse a un solo sector donde eran atendidos, las personas debían esperar por mucho tiempo y era engorroso.

***“...Antes siempre había un médico para todos, yo antes veía el mismo, y ahora no, ahora me toca el de allá el de acá, eso es un cambio;, el médico nuevo que la ve a uno empieza de abajo otra vez y el antiguo no, porque el sabía, estaba listo...” (Usuario).***

Por contrario, las usuarias y actores de la comunidad organizada visualizan la sectorización de una forma negativa, consideran que cuando no estaban los sectores era mejor el tipo de atención brindada. El Modelo de Atención Familiar y

Comunitario también se caracteriza por el cambio estructural por sector, que cada uno representara a una población específica, es decir, el equipo de salud deberá conocer a sus usuarios, que en cada sector el paciente será atendido con un enfoque integral, es decir, se preocupará de la integralidad de la persona, atención bio – sico – social, de su grupo familiar y contexto donde se relaciona. Sin embargo, las personas se han visto complicadas en los momentos de atención médica, refieren que antiguamente ellos veían solo un médico y actualmente existe el problema que son vistos por diferentes médicos. Esta situación se da por el alcance de horas médicas por sector, en los casos que no pueda ser visto por un médico correspondiente a su sector, son derivadas a ser vistas por un médico de otro sector, que no conoce mucho de su enfermedad ni de su historia familiar.

**“....regular diría....” (Usuario).**

El trabajo transdisciplinario es importante en la etapa del modelo, que los profesionales trabajen en equipo, conozcan las necesidades de su población y estén preocupados de la situación social y de salud de su sector. Sin embargo, las personas entrevistadas rescatan las necesidades de solicitar tipo de atención por la problemática que estén cursando. El Centro de Salud les entrega el beneficio y tratan de dar solución a su problema, pero la situación económica que cursa el centro de salud no permite entregar lo más adecuado a su población, por eso las personas refieren que la atención “es regular”. La forma de atención sigue siendo en ocasiones como antiguamente, que las personas iban a buscar atención y eran vistas por distintos médicos dependiendo quién estuviera. Las personas necesitan que su atención sea más integral.

Desde este punto de vista, si pensamos en el tipo de atención y participación que debe tener el paciente cuando es atendido por su equipo de salud es mínima a causa del aspecto estructural y organizacional. El aspecto organizacional, es no organizacional si observamos que los médicos van cambiando de un momento a otro, al no contar con ofertas de profesionales en el Centro de Salud. Las personas deben volver a explicar el por qué van atenderse.

***“...Cuando comenzó todo esto se dijo que iba ser todo computarizado, se iba a tener un doctor de cabecera, que iba atender a toda la familia, eso no se cumplió, se cumplió a medias no más...,” (Dirigente).***

A partir de la implementación del modelo, se incorporó una nueva forma de organización administrativa para atender a los pacientes, que fuera eficiente y diera otra mirada al Centro de Salud. Por tanto, se cambiaron las fichas de atención (carpetas) de los pacientes por fichas electrónicas, que permitirían que no hubiera más fichas extraviadas y las personas tuvieran una ficha individual y familiar a la vez. Sin embargo esta situación se desarrolló “a medias”, según los usuarios, no logró ser óptimo como nuevo mecanismo de atención.

***“...Todos dijimos es bueno, por una parte, va estar buena la tecnología, por otra parte, yo decía, no creo que vaya a resultar decía yo entre mi, porque veía que no resultaba con las carpetas que tenían menos va a resultar con esto de los computadores...” (Dirigente).***

Existía una mirada negativa desde la población a este nuevo cambio estructural y de organización. Las personas que participan de una forma activa, conocen más a fondo de este cambio estructural y organizacional pero no tienen conocimiento amplio del Modelo de Salud, por lo tanto, no vinculan ambas cosas. Solo saben que existió un cambio estructural, organizacional que permitió nuevas formas de atención. Asimismo, observaron un cambio tecnológico que se encuentra vigente hoy en día, el cual ha dado resultado desde un aspecto de privacidad y tener acceso directo a la ficha familiar del paciente. Es decir, mejor acceso a las necesidades de las personas, a través de la información que se adquiriera en las fichas clínicas.

#### **d) Valoración de la atención entregada a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.**

Al realizar el análisis respecto a la valoración de la atención, los entrevistados van directo a las relaciones que se generan entre los usuarios y equipo de salud. Es

decir, el trato es una variable importante en los momentos de realizar una atención a las personas. Al rescatar la información de cada uno de los entrevistados equipo de salud, comunidad de usuarios y organizada se observa que cada uno de ellos visualiza la atención de una forma negativa, solo en ocasiones suele ser positiva donde se demuestra amabilidad y empatía.

***“...El mayor reclamo de la comunidad tiene que ver con una situación de trato, en general no son todos los funcionarios, pero si tu entrevistas a la comunidad, la comunidad ese es reclamo,...” (Funcionario).***

La funcionaria entrevistada rescata que el trato es la variable en sí de la atención que reciben los usuarios en el Centro de Salud. Esta categoría se ha ido estudiando desde hace mucho tiempo a través del Ministerio de Salud, sin embargo, no deja de ser importante para las personas a la hora de acercarse a solicitar atención. Asimismo, se puede observar que tanto los funcionarios y los usuarios se dan cuenta como es la situación de trato que se da. Además, refiere que es el reclamo común que emiten los usuarios.

***“...Cuando tú atiendes a alguien y le das la respuesta bien y si necesita un medicamento o una hora y no hay, tú le explicas los motivos las personas se van mucho más contentas, tranquilas, por último acogidas y satisfechas de la respuesta...”***

El funcionario entrevistado rescata la atención desde un punto de vista de voluntad de la persona que presta una atención hacia el usuario. Al ser bien atendidos las personas se sienten satisfechos y conformes por encontrarse insertos en un sistema donde puede satisfacer sus necesidades.

Las personas al sentir que son parte de este Centro de Salud y reciben una atención de calidad les permite participar de una forma activa en el proceso de salud – enfermedad, lo cual los acerca a ser sujeto de derecho.

***“....Se estila tener un trato muy de poder, yo siempre he dicho por ejemplo que el delantal da poder y esta cosa de encontrarse de un escritorio al otro, en la misma que están adecuado todavía los box, no hace que sea una relación más amigable, es una relación muy formal y no hay buena respuesta. Ahora también el maltrato es por los dos lados, porque la comunidad también esta empoderada un tanto agresiva, porque también ha tenido malas experiencias, entonces ellos también sienten que la salud no lo satisfacen, la atención no es una atención que sea digna, porque estos lugares no están adecuados en términos que es la privacidad por ejemplo.....”(Funcionario).***

El funcionario entrevistado manifiesta que las personas que realizan atención en el Centro de Salud, no son empáticas y que la relación que establecen suele ser vertical. Esta situación se da por la estructura que tiene el Centro de Salud, por ejemplo, el modelo plantea que la atención debe ser de confianza entre los usuarios y equipo de salud, pero los box aún no se encuentran adaptados. Asimismo, el uniforme establece una distancia entre el funcionario y el usuario, sin embargo, el modelo plantea que el funcionario debe ser cercano a las personas. Además, las personas que solicitan atención en ocasiones vienen predispuestas a discutir y ser agresivas con el personal.

Las personas que se atienden en el Centro de Salud no se sienten satisfechas por el tipo de atención, situación que se genera por no contar con la infraestructura y organización no adecuada y una atención no satisfactoria. La falta de cumplimiento de estas categorías va de la mano con la falta de recursos, sin embargo, no tiene que ver con la implementación del modelo. El modelo siempre mira hacia el bienestar de los funcionarios y usuarios, cuenta con mecanismos de atención el cual establecen una calidad positiva de atención desde la institución hacia la comunidad usuaria y comunitaria.

Los usuarios en ocasiones tienen ciertos comportamientos agresivos frente a los funcionarios, esta situación tiene que ver con un aspecto cultural de vulnerabilidad que se da en la comunidad tanto en lo social y lo económico, tiene una relación con la satisfacción de las necesidades.

***“...La atención depende de los recursos personales de los funcionarios. La gente más antigua que sabe que no es movible de su puesto de trabajo no les interesa y no se hacen las cosas. También a veces se acostumbran a un liderazgo autoritario, depende del desarrollo de cada uno de los funcionarios, el compromiso y voluntad. Aquí se trabaja en un lugar que se concentra en vulnerabilidad, yo creo que todas las personas sean profesionales, sean técnicos, secretarías, todos deben actualizarse y hacer una práctica profesional y siempre mirando desde una altura de mira, mirando otra disciplina, pensando siempre como nosotros en el fondo desarrollarnos y hacer una buena labor en ese sentido, pensando y respetando al otro, los pacientes que vienen son enfermos y que a nosotros nos necesita y nos pagan para eso y lo único que debemos hacer es la pega bien, pero está el concepto casi que le hago un favor....” (Funcionario).***

La entrevistada tiene conciencia que debe entregar una atención eficiente y de calidad a los usuarios y se muestra comprometida con el rol que cumple en el Centro de Salud. Asimismo, plantea que la atención que brindan los funcionarios a la comunidad es un aspecto de voluntad y depende de los atributos personales, capacidad, conocimiento que tengan de su rol y los aportes a su profesión. La atención es un aspecto de valoración personal y del agrado que tenga el funcionario a su labor.

Se plantea en la entrevista que debiesen haber profesionales de la salud, que se dediquen a su labor, tengan objetivos laborales y conciencia que están entregando atención a una población con identidad, historia y con distintas necesidades.

***“....Es pésima, porque en el consultorio no responde al adulto mayor yo no tengo la culpa de tener 82 años. Oiga señora a la hora que viene a pedir hora, levántese temprano, me voy a pararme a las 6 de la mañana y sale un caballero a las 7 a dar los número, la suerte que tenga pa’ pedir un número, pero nunca me quedo sin número. Y el trato como es de repente, mire le voy a decir la verdad. Cuando voy al consultorio, voy al sector naranjo, hay una niña bajita que tiene lentes que atiende pésimo esa cabra, como se que hay niñas así como usted de delantal blanco, se ponen a conversar cosas, que deben de conversar cuando salen del consultorio, no po’ ahí que atender primero el público.....” (Usuario).***

El usuario refleja su atención recibida dependiendo su experiencia. Los pacientes manifiestan que la atención en el sector donde pertenecen no es buena, que al acercarse a solicitar o recibir atención no son atendidos como debería ser. Refiere que cuando es atendida por un funcionario atienden y realizan actividades no acordes a su labor.

No se percibe el elemento de enfoque de derecho hacia los usuarios, existe una atención negligente y de poco interés. Por tanto, existe una calidad de atención con dificultades culturales y una resistencia al cambio en este Modelo de Salud.

***“.....Mire para mi siempre fue un fracaso la atención del policlínico, mala atención, conversan mucho y toda la vida ha sido lo mismo. Empiezan a conversar cosas personal y uno ahí con el carnet en la mano, para que la atiendan y a mi me da rabia y les pregunto ¿señorita me va atender si o no? Y me dicen: espérese, pero si están conversando digo yo y les pregunto ¿Por qué no atienden? Es bien para ellas y bien para uno, claro porque si usted está atendiendo y da más luego la hora tiene su tiempo para conversar, porque tienen que venir a conversar cosas qué a uno no le interesa, pero en el trabajo no, tienen que primeramente atender al público....” (Usuario).***

Los usuarios consideran la atención vista desde un ámbito con un enfoque de derecho omitido. Los funcionarios no abordan su actividad laboral como sirviendo a la comunidad, es decir, la producción de su trabajo va enfocada desde un aspecto de atención hacia los usuarios, lo cual deben ser todo lo posible porque se sientan satisfechos y acogidos. Sin embargo, esta atención tiene un enfoque asistencialista y sin interés por la otra persona. En los espacios de trabajo crean un ambiente de estrés que en ocasiones se manifiestan con actitudes negativas frente a los usuarios. A veces, hacen actividades que no son aptas en el contexto laboral, por lo tanto, existe falta de compromiso y responsabilidad por la labor que se lleva a cabo.

***“...Yo vengo desde cuando se crearon las ISAPRES, yo estuve en CONSALUD durante 15 años y yo me di cuenta que el trato en el lado administrativo es distinto, en cuanto el profesional es bueno el trato del médico pero no el trato de los administrativos, yo hablo de los administrativos y no todos los funcionarios porque cuando hablo de los funcionarios abarco todo, hablo más de la parte administrativa, sobre todo donde está el SOME. Ahí siempre hay problemas, como se violentan verbalmente, se tratan mal porque no todo el tiempo es el administrativo, pero muchas veces es el paciente, pero el paciente cuando acude a un servicio de salud es porque esta mal y va con problemas, entonces va nervioso va a que lo atiendan y cuando va y no lo van atender al tiro y lo van a tramitar....” (Usuario).***

El entrevistado refiere que la atención solo en algunos servicios es buena, depende cómo sea el funcionario. En el ámbito privado la atención administrativa suele ser de calidad y las personas que van a solicitar atención se manifiesta de forma positiva. Por el contrario, los usuarios que se acercan a los Centros de Salud público vienen con un estrés por problemas y además vienen predispuestos a ser atendidos y que se le cumplan sus derechos de usuarios, expresando una actitud agresiva. Asimismo, algunos usuarios entienden la situación y actúan de

una forma pasiva. Esta situación se da periódicamente en el servicio de SOME, lugar transversal de atención de todos los sectores, es el primer lugar del Centro de Salud que recibe a los pacientes sea por inscripción o solicitar horas y egreso de personas adscritas. El modelo considera importante los espacios de atención que participan en la atención de los pacientes y trabajan en conjunto a los sectores, sin embargo, las personas se sienten incómodas al solicitar una atención y ser atendidos con una actitud negativa.

El entrevistado hace una comparación entre los Centros de Salud privados y públicos, por lo tanto, considera que la diferencia está en el trato. El Modelo de Salud Familiar, es un sistema de atención que tiene como eje central el buen trato. Sin embargo, se observa que la comunidad valora el modo de atención que reciben y el cómo acceden a los servicios. El ser atendido negativamente no permite acceder a los servicios de una manera positiva, incide en que las personas tengan una percepción negativa de los servicios de salud de atención pública. Es importante que exista una variable de incentivo a los funcionarios, y que se desarrollen instancias de conocimiento del Modelo de Salud con la finalidad de reflexionar tanto a los funcionarios y comunidad de los tipos de atención que se debe entregar y recibir.

**e) Acceso a las prestaciones de los servicios a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.**

En las entrevistas realizadas se puede comparar la opinión de cada uno de los actores, lo cual, nos permite observar que cada uno de ellos coincide en manifestar que falta recursos en el sistema de salud, que impide contar con los insumos necesarios. Esta situación incide que una cantidad de la población beneficiaria no acceda a los beneficios, como por ejemplo; fármacos y atención médica. Asimismo, manifiestan que antes había mayor acceso a beneficios del Centro por contar con recursos para salud.

Los usuarios y la comunidad aún no conocen el Modelo de Atención actual y no han distinguido el cambio a pesar que se han desarrollado cambios de infraestructura y organización., aún creen que el sistema es el mismo de antes (biomédico), no visualizan la existencia de una mirada integral.

***“...Los servicios yo creo que son los adecuados, faltaría agregar más especialidades, ojala pudiésemos tener médicos especialistas porque resolveríamos más la demanda. Creo que de alguna manera los equipos de salud han ido dando una vuelta a lo que es el modelo de salud familiar, todavía prima mucho lo que es modelo biomédico, se atiende mucho todavía lo que es la enfermedad....” (Funcionaria).***

Respecto a las prestaciones de servicios la entrevistada refiere que aún existe una mirada desde el modelo biomédico al momento de realizar una atención. A pesar de existir un cambio del modelo, se considera que la entrega de los servicios son los mismos, solo cambia la estructura del Centro de Salud. Asimismo, se observa la importancia de demandar nuevos profesionales para resolver la demanda de la población. El equipo de salud, admite que hay una debilidad respecto al cambio del modelo y que falta para lograr implementar completamente este modelo y que se entreguen los servicios adecuados y demandados por la comunidad que permitan dar respuesta a las necesidades de la población. Desde este punto, falta implementar estrategias que fomenten la prevención. Se trata de hacer lo posible pero falta aspecto de voluntad, conocimiento del modelo, reflexionar respecto al cambio cultural que ha incidido en generar estos cambios. A pesar de manifestar demandas por parte de la población, la falta de recursos es un obstáculo primordial en la oferta de la canasta de servicios a la comunidad e impide que se tenga una mejor calidad de vida.

***“...Yo no se qué hacer para obtener los remedios. Yo he puesto reclamo e incluso ahí ando con las cartas que me llegó de FONASA con las respuestas que no me satisfacen, porque los abuelitos vienen a que le den sus***

***remedios, yo vengo con ellos y les digo siéntense aquí, y me dicen los funcionarios no, no ahí, pero en unos días más van a llegar, pero los abuelitos no pueden estar comprando remedios, además son del AUGE. Yo tuve que comprar mi receta porque no había acá – los abuelitos no tiene para comprar...”. (Dirigente).***

El acceso a los servicios va desde el tipo de atención y entrega de medicamentos. Las personas que se acercan a cada uno de los servicios de salud, van predispuestas a que tal vez no les vaya muy bien en lo que necesitan. Lamentablemente esta situación se da actualmente durante este modelo de atención.

Existen insumos y beneficios para la comunidad que son administrados por la municipalidad pero son facilitados directamente por el Ministerio de Salud “Auge” (medicamentos), pero no llegan a los Centros de Salud. Esta situación, incide negativamente en los tratamientos de los usuarios, cada vez que solicitan un acceso a ciertos servicios no se van satisfechos del Centro de salud. Sin embargo, se genera una situación de vulnerabilidad y desprotección por parte del gobierno local hacia la comunidad.

Según la entrevista realizada los adultos mayores de Cerro Navia que se atienden en los centros de salud público son los más desprotegidos, por ser una población que tiene bajos recursos. Esta situación económica no permite que los adultos mayores compren los medicamentos que necesitan y obstaculiza a que tengan acceso a ciertos servicios de salud.

***“...Antes era todo muy bueno, antes lo atendían aquí a nosotros, estaba el Doctor León que atendía a mi esposo la primera vez que se atendió y le decía: a la hora que usted llegue y necesites curación tu los vienes a buscar, en un mes estuvieron yendo a la casa a curaciones a ver a mi marido y eso ahora no lo hacen, yo perdí por mi hora de hipertensa, por que hija estaba enferma, ahora tengo que venir en diciembre y pedir hora para el mes de***

***enero, gracias a Dios tengo los medios como comprarme remedios, pero hay gente que no tiene...” (Usuario).***

El acceso a servicios según la entrevistada ha cambiado. Anteriormente, los equipos de salud eran empáticos, los profesionales tenían voluntad y el centro de salud enviaba a sus funcionarios a los domicilios de los pacientes a prestar sus Servicios de Salud. Es decir, se observa un compromiso hacia la comunidad. Sin embargo, se rescata el tema de falta de recursos de parte del Centro de Salud por no contar con los insumos necesarios para su población y falta de recursos de la comunidad. Además, se considera que las personas buscan alternativas para conseguir recursos cuando no tienen para acceder a ciertos servicios, es decir, cuentan con redes de apoyo.

***“.....También en esta corporación se necesitan profesional jóvenes que tienen otra formación, otras personas que tienen menos resistencia al cambio, siento que hay profesionales con compromiso que quieren atender el tema más integral, por ejemplo, entender la menopausia como un problema que afecta a la mujer, que se entiende y que se aborde desde la nutrición, desde la psicología, desde la parte médica eso es mucho más integral. Creo que la voluntad existe, falta trabajar más en prevención para ir reduciendo el tema de la atención de la enfermedad, nosotros debemos poner más énfasis en lo que es la prevención y poder dedicarnos a otros tipos de problemas....” (Funcionario).***

La comunidad del equipo de salud percibe la prestación de servicios desde la perspectiva del modelo de atención con enfoque familiar. Existen funcionarios que trabajan desde una mirada integral y otros de una manera mucho más asistencialista, es decir, aún se enfocan en la enfermedad y no existe una visión holística de la realidad de cada contexto. Asimismo, propone nuevas formas de acción como por ejemplo: que se encuentren personas capacitadas en un modelo de atención más integral.

La entrevistada refiere que debe existir un tipo de servicio enfocado a las necesidades de las personas, por ejemplo; entender la menopausia como un problema de salud e intervenir integralmente, que no sea una situación de salud individual, sino que se incluya a la familia en este proceso de salud – enfermedad.

En ocasiones los usuarios deben buscar todas las formas para acceder a ciertos servicios, siendo algunos de carácter urgente o no prioritario. Esta situación, se da por la falta de recursos destinados en el Centro de Salud que afectan a nivel local. Las personas al demandar una necesidad buscan cualquier alternativa para satisfacerlas y en el contexto del Centro de Salud la necesidad tiene relación con sentirse protegido. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad económica muchas veces impide que puedan acceder a otros servicios de salud donde su demanda sea atendida lo antes posible. Por lo tanto, la necesidad de esta demanda genera realizar diferentes reacciones en los usuarios hasta acceder a los beneficios.

**“...Los beneficios en realidad son buenos, la idea que un centro de salud esté enfocado en la salud de las personas es bueno, porque la salud no se deteriora en los adultos sino también en los niños, si el problema se origina en el consultorio, teniendo toda esta estructura que tiene, todos los funcionarios y esas cosas, el problema esta agarrando en las necesidades y escases de medicamentos y problemas económicos que hay dentro del consultorio, entonces no nos está dando el fruto que nos debería dar un consultorio....” (Usuario).**

El entrevistado refiere que a pesar que el Centro de Salud cuente con la estructura y equipo de salud necesario no se soluciona el problema de acceso a los servicios. El problema está en la situación económica que tiene salud, por no contar con los insumos necesarios para satisfacer las necesidades de la población usuaria. De esta manera, se observa que las personas que participan en este sistema de salud perciben las problemáticas y necesidades de la población que a pesar de hacer lo posible por mejorar el tipo de atención y entregar servicios a la

comunidad las necesidades se van a seguir existiendo. No existe aún un poder administrativo local que de solución a esta problemática social en salud que de pie a una salud de calidad y a un mejor servicio.

#### **f) Proceso de cambio cultural**

El proceso de cambio cultural en el ámbito de la salud pública actualmente tiene una mirada compleja, por ser un sistema de atención que se ha encontrado siempre en auge de los gobiernos y han tratado de hacer lo posible por cambiar los modelos de atención sacando e incorporando nuevas metodologías que logren satisfacer las necesidades de la población. Se ha logrado cambiar teóricamente la situación pero desde la práctica es totalmente distinto. Durante las entrevistas se percibe que la mirada de las personas depende de su contexto, realidad social y como este se va construyendo dependiendo sus experiencias.

***“...Yo creo que la iniciativa y la idea que es modelo de salud familiar es una buena idea y en ese sentido desde lo teórico, de lo que se emana esta súper bien, el tema es la implementación en las mismas localidades que yo creo, que quedo sumergido en lo mismo y ha habido una carencia de recursos para efectivamente trabajar en ese modelo...” (Funcionario).***

Desde la mirada de los funcionarios se describe que el modelo es ideal a partir de lo teórico, pero a partir de la práctica no ha dado los resultados esperados. Es decir, que las personas que son parte de este contexto aún no han experimentado un cambio en el actuar y lo participativo del modelo de atención. La comunidad adscrita sigue pensando que debe recibir ciertos servicios del Centro de Salud por ser su derecho, pero no se dan cuenta del cambio que deberían haber hecho en el actuar para ser participe en el mejoramiento de su calidad de vida. Asimismo, la “carencia de recursos”, es un eje importante a considerar en este proceso cultural, por ser un concepto que ha impedido fortalecer cierta estructura y organización del Centro de Salud. Situación que ha dado pie a un estancamiento de la forma de entregar servicios a la comunidad.

Por parte de la comunidad se percibe ciertos problemas internos del contexto que han impedido realizar ciertas actividades que no permiten un proceso adecuado de información y conocimiento de la comunidad a ciertos servicios que presta el Centro de Salud. Se observa un cambio más bien negativo en algunos aspectos de atención y prestación de servicios a la comunidad.

Sin embargo, el Centro de Salud junto a la comunidad organizada y gobierno local trabajaban en actividades que beneficiaban a la comunidad usuaria. Esta situación se manifestó por mucho tiempo, lo cual fue enriquecedora. Las personas que participaban aún lo recuerdan como una estrategia positiva para la comunidad.

***“...hay algunos temas que son súper importantes como fueron los presupuestos participativos yo creo que eran súper representativos, porque era un ejercicio de democracia que realizaba la comunidad, donde el presupuesto de salud la comunidad tenía opinión, determinación y decisión, en la utilización de esos recursos...” (Dirigente).***

Respecto a los cambios de ciertas actividades que realizaba la comunidad en el Centro de Salud en beneficio de la comunidad se encontraban los presupuestos participativos, estos eran una opción adecuada para que la comunidad tomara decisiones respecto a sus intereses y necesidades, se creaba un proceso democrático. Hoy en día estas actividades no se dan, el gobierno local actúa de una manera distinta frente a las necesidades de la población y también existe una falta de recursos que impide generar estas instancias de participación como no tener el dinero que se destine a presupuestos en beneficio de la comunidad. Estas instancias proporcionaban una interactividad importante porque permitían conocer el sentir de la comunidad y se generaba un sentido de pertenencia.

***“...tenían cierta decisión y esas experiencias terminaron cuando asume la nueva dirección de salud, porque se piensa que es mucho más barato, porque se gastaba mucha plata en ese ejercicio, entonces es más***

***económico llegar y tomar una decisión, así se genera un cambio desde una instancia más bien democrática a una autoritaria...” (Dirigente).***

El cambio de gobierno local influye en las políticas de la comuna en toda índole. La comunidad se ve afectada, pierde un beneficio que se generaba a través de la Participación Social. Asimismo, se observa que existían lazos entre la comunidad y el centro de salud. Lo descrito por los entrevistados nos permite identificar que el cambio de directivo del área de salud de la comuna desarrollo nuevas estrategias de trabajo con la comunidad, pero quitando estrategias democráticas de intervención que involucraban de cierto modo más a las personas representativas de cada territorio pertenecientes al CESFAM.

***“...Se nos prometieron muchas cosas cuando estuvo la señora Patricia Vega (ex directora de salud de la corporación), desgraciadamente se fue, porque en ese periodo comenzó todo esto, que se tenían proyectado y después no se cumplieron porque el voluntariado comenzó a entraparse en una pared con algunas persona...” (Dirigente).***

Las personas que se encontraban presente a partir del cambio del Modelo de Atención, manifiestan que el gobierno local que se encontraba presente durante ese periodo se comprometió a generar un tipo de atención y servicios de calidad para la comunidad, que este cambio estructural y organizacional se proyectaría positivamente. Esta situación no se da, porque se realizó un cambio de directiva del departamento de salud, lo cual impidió el enfocarse a este cambio del Modelo de Atención positivamente. Asimismo, la comunidad organizada que se encontraba presente no fue comprometiéndose en ese proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud.

Ha existido en el proceso de cambio de Modelo de Atención diferentes situaciones que han obstaculizado la implementación efectiva del modelo, tanto el gobierno local y comunidad no se han comprometido lo suficiente y el equipo de salud no ha

manifestado tener un interés al cambio, también existe una falta de voluntad de parte de los funcionarios.

***“...Ahora mismo yo perdí la hora el 25 no estaba aquí, andaba fuera de Santiago y ahora tengo que venir el 15 de diciembre para que me den hora para enero para atenderme y la atención es crónico porque yo soy hipertensa – antes yo encontraba que era mejor y las horas no eran tan retiradas, igual para los niños lo mismo...” (Usuaría).***

La entrevistada genera su diálogo al referir que ella fue quien perdió una hora de atención, no se da cuenta de la responsabilidad que debe tener frente a esta situación. No existe conciencia de parte del usuario al tomar en cuenta su responsabilidad, sino que se encuentra empoderada como sujeto de derecho, que debe recibir ciertos beneficios de salud y que al momento de su demanda debe ser respondida de una manera rápida y eficiente. Sin embargo, el modelo de atención no cuenta con la cantidad de profesionales que puedan atender luego a sus pacientes y los pacientes y comunidad no participan efectivamente. Es decir, ambas situaciones obstaculizan este sistema de atención, no existe voluntad de ambas partes. La persona entrevistada solo se argumenta de su irresponsabilidad al decir que la atención era mejor, solo da su apreciación a partir de su experiencia.

***“...Yo pienso que si hubiese habido un trabajo mejor con los funcionarios el consultorio y el voluntariado, esto estaría fuertemente ahora ligado y haciendo un trabajo en beneficio de los adultos mayores...” (Dirigente).***

Como nos referimos anteriormente, parte de la comunidad organizada trabaja en el voluntariado aportando a la atención de los adultos mayores o personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y sin redes familiares. La comunidad y el equipo de salud históricamente han tenido problema en sus relaciones (conflictivas). Por tanto, la comunidad se encuentra conciente de que si las interacciones entre ellos hubieren sido distintas desde un principio se podrían

haber realizado actividades en conjunto en beneficio de la comunidad. Existe una desconfianza, discriminación y estigmatización desde ambas partes, tal vez el estar en contacto directo, mejores relaciones entre el equipo de salud y comunidad hubiesen realizado una atención integral que permitiera una mejor Participación por parte de todos los involucrados en este proceso de cambio de modelo de atención.

***“...en la red en vez de haber surgido nos fuimos para abajo, de primera era súper bueno, se hacían cositas, ahora no, ahora ya todo como que se ha perdido, entonces hay cosas que se hablan y no se cumplen eso es lo que pasa creo que en otros consultorios están bien organizados, pero nosotros no, no se porque nosotros no nos podemos organizar bien y llevar lo mismo que llevan los otros dos consultorios...” (Dirigente).***

La situación de la comunidad respecto a la participación es compleja. En la instancia de la Red Amigable participan distintas organizaciones sociales. Sin embargo, las personas que se encuentran insertas en ella visualizan una disminución de la forma de actuar, anteriormente existía una organización más completa en el cual se generaba una Participación activa. Respecto al cambio cultural, los integrantes de esta instancia, consideran que ha crecido la falta de compromiso y responsabilidad por parte de ellos. Anteriormente existía una mayor conciencia de este espacio de Participación, se realizaban distintas actividades en beneficio del grupo y la comunidad, lo cual se considera que actualmente existe una baja Participación por parte de los integrantes de la comunidad (fragmentación social).

## **Mirada del Observador Participante**

El pertenecer al Centro de Salud me ha dado la ventaja de observar cómo se ha incorporado el Modelo de Participación en este Modelo de Salud Familiar. En sus comienzos, la implementación fue desde un aspecto estructural, se sabía que se debía avanzar en una nueva forma de atención a los usuarios, cuestión que se fue dando pero con varias dificultades al nivel interno y externo en la institución.

El cambio de atención desde el aspecto estructural es la sectorización por sector (cuatro sectores: rojo, verde, amarillo y naranja), cada uno tiene su propio equipo de salud con una población específica a cargo, con el fin de mejorar la entrega de servicios a la comunidad, propiciar el buen trato y las relaciones entre el equipo de salud y los usuarios; además, fomentar la Promoción en Salud e integrar a la persona y sus familias que se atienden en cada sector.

Cada uno de los sectores es un mini consultorio, integrado por un grupo interdisciplinario que entrega servicios a la comunidad en las diferentes etapas de su ciclo vital. Los profesionales destinados a cada uno de los sectores han tenido un desafío consistente que es mantener una población compensada en el ámbito de la salud, deben ser capaces de pesquisar y detectar ciertas patologías crónicas y hacerse cargo de realizar las derivaciones correspondientes dependiendo las patologías o necesidades de la persona y su familia.

El Modelo de Atención debe incorporar al individuo y grupo familiar a hacerse cargo de su propia enfermedad, hacerlos parte de prevenir ciertas patologías que en el futuro pueden ser crónicas y que sean ellos mismos los responsables de mejorar su calidad de vida.

Cada uno de los sectores del Centro de Salud debe actuar igual y entregar los mismos servicios a la comunidad. Actualmente, los protocolos de atención van en directa relación a entregar ofertas de servicios dependiendo de las necesidades de la población. Los médicos de los sectores atienden pacientes de medicina general

y crónicos, posteriormente envían a los pacientes a otros profesionales dependiendo de la necesidad de la persona. El tipo de atención es solo individual, no se observa una atención integral considerando a la persona como un sistema con un aspecto ecológico, sino que se atiende al individuo y se continúa atendiendo sobre lo biomédico, se olvida el aspecto psicosocial (la persona y su entorno, con una historia de vida que influye en su patología). Se observa que las personas en este sistema de atención solo acatan las indicaciones de su médico, no participan directamente en el proceso de mejorar su calidad de vida.

Durante los procedimientos de atención las personas asisten a la ventanilla de cada sector a solicitar horas para cada especialidad que necesiten. Se observa en este sistema de atención que los sectores se preocupan de entregar horas para matronas, que consiste en planificación, detectar ETS (enfermedades de transmisión sexual), educación y controles maternos. Desde este sistema la participación por parte del profesional es realizar visitas domiciliadas acompañadas de la Asistente Social a pacientes con problemáticas familiares o personales. Respecto al programa del adulto se preocupan de realizar exámenes preventivos y detectar enfermedades crónicas.

Al implementarse el Modelo de Salud Familiar, existe falta de compromiso de generar un cambio por parte del equipo de salud y los usuarios. Es decir, los funcionarios continúan actuando desde lo curativo y la rehabilitación. A pesar que el modelo refiere que se debe realizar promoción y prevención, la mayoría de las actividades son basadas en realizar exámenes preventivos para el adulto, porque se encuentran dentro de las metas que solicita cumplir el Ministerio de Salud.

En cada sector del Centro de Salud se trabaja de manera distinta, situación que depende del encargado de cada sector. Actualmente los sectores entregan servicios a la comunidad para compensar su estado de salud por patologías crónicas, situación que no deja de ser importante por ser un servicio de salud que se preocupa del bienestar de su población pero dejan de lado la integralidad de la

persona, es decir, olvidan la medicina familiar, eje importante del modelo, no hacen partícipe a la persona y su familia en el proceso de rehabilitación o prevención de la enfermedad.

El equipo de Promoción se encargó en un momento de sensibilizar a los funcionarios en la forma de prestar servicios a la comunidad, sin embargo, se realizaron actividades entre la comunidad y el equipo de salud.

Cada vez que los usuarios se acercan al Centro de Salud a solicitar atención el equipo de sector entrega los servicios necesarios a la persona, familia y comunidad. En ocasiones en el Centro de Salud faltan médicos, situación que impide entregar servicios a las personas que solicitan una atención y se debe decir a la persona que vuelva otro día. Al no entregar los servicios necesarios, muchas veces la persona se molesta por no satisfacer su necesidad y se manifiestan de una manera violenta con los funcionarios. Desde este punto de vista, muchas veces la falta de recursos humanos y de infraestructura afecta que el Modelo de Atención se implemente efectivamente, no se entreguen los servicios adecuados a la población y las relaciones entre los funcionarios y usuarios sean conflictivas.

La infraestructura del Centro de Salud no es acorde a lo que es un Modelo de Salud Familiar, los Box de algunos profesionales no cuentan con espacios amigables para realizar su atención, aun se atiende desde la verticalidad del profesional hacia el usuario, existe una barrera entre el escritorio y las personas que se comunican.

La estructura de los sectores hace la diferencia entre el Consultorio y Centro de Salud, los box continúan estando donde siempre estuvieron. Los sectores al estar estructurados incorporan una nueva forma de Participación de parte del usuario y equipo de salud, pero aún falta compromiso y motivación para una nueva forma de Participación y como lo describe que debería ser el Modelo de Salud Familiar, donde todos deben ser parte del cambio del modelo de atención y de nosotros

depende mejorar nuestra calidad de vida, el cual integra de cierto modo a los factores que determinan la salud.

La atención que debe entregar CESFAM es integral, al atender una persona el profesional debería preocuparse aparte de su dolencia, lo que esta causando ese dolor, conocer de su contexto, su historia de vida, es decir, verlo de una forma holística.

El equipo de Salud a pesar de conocer del Modelo de Salud Familiar aún no actúa completamente desde esa mirada, existe una resistencia al cambio, manifiestan un cierto rechazo a ciertas actividades que deberían estar haciendo para que este modelo funcione completamente, no existe una Participación real. Asimismo, no se involucra al paciente más allá, solo se cita a la persona para tener sus controles, la única forma de fomentar una Participación es cuando se deriva a otros profesionales de la salud para complementar la atención y cumplir con los requerimientos para que la persona salga de su problema y tenga una mejor salud.

La Participación Comunitaria es vista por el Equipo de Salud como un tema secundario, solo se da la importancia a la parte del individuo, se conoce el trabajo comunitario, como el salir a terreno a visitas domiciliarias de la Asistente Social junto a otro profesional o a realizar exámenes preventivos u operativos.

A pesar que el Modelo se encuentra en la Etapa de Fortalecimiento aún le falta para poder llegar a la Etapa de Consolidación. Para llegar a la etapa debe haber un equipo de salud que manifieste procesos de cambios y la familia sea una unidad de atención. El enfoque biopsicosocial se hace parte de un quehacer habitual en el análisis de los problemas de salud y se trabaja en conjunto con la red sectorial y el intersector. En estos momentos el Centro de Salud se encuentra en proceso de cambio, sin embargo, existen ciertos factores que impiden que el Modelo se implemente de manera efectiva junto al Modelo de Participación.

Los factores que impiden el proceso de cambio tienen que ver con la resistencia al cambio, baja participación frente al modelo por parte de la comunidad del Centro de Salud Familiar y falta de recursos que afecta la entrega de servicios a la población.

## CONCLUSIONES

Este documento de investigación entrega conocimiento acerca de la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en los Servicios de Atención Primaria en la Comuna de Cerro Navia. Asimismo, acerca de la implementación del modelo de participación y su integración al modelo de atención. Se considera importante mencionar el aspecto participativo que manifiesta el modelo a partir del proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud y las relaciones que se establecen entre el equipo de salud y los usuarios.

Para concretar el estudio, se contó con la autorización a la dirección del establecimiento del CESFAM, no presentándose dificultad para insertarse a realizar la investigación. Sin embargo, el proceso de levantamiento de información a través de entrevistas, fue complicado por el tiempo y demanda de atención generada en el Centro de Salud. Se destaca también la disponibilidad de los diferentes actores que corresponden al equipo de salud, comunidad organizada y usuarios.

El Modelo de Atención tiene el objetivo de prestar mejores servicios de salud a la comunidad, entregando diferentes herramientas a las personas para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. El motivo de incorporar este sistema de atención en salud es reconocer a las personas como sujeto de derecho a acceder a una salud equitativa, resolutive, digna y humanizante.

El Modelo de Salud Integral se originó a causa de los cambios epidemiológicos de la población (nuevas enfermedades) y cambios en la concepción de la salud desde *“solo como la ausencia de enfermedad”* a una definición que consiste en un *“Estado de completo bienestar físico, mental y social”*. Estos cambios culturales y sociales muestran una nueva mirada respecto a la salud y nuevos factores que determinan la salud de las personas. Desde este punto de vista, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe ser capaz de entregar respuestas a los

procesos de salud – enfermedad, tomando en cuenta este nuevo concepto de salud.

Los Centros de Salud han debido crear estrategias para incorporar la Participación Social en este nuevo actuar, pero desde una mirada sistémica. En páginas anteriores, se cita a Jake Epp, en el texto “Promoción de Salud. Una Antología”, (Una perspectiva acerca de la salud de los canadienses), que refiere *“que la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de la salud y los entornos físicos y sociales que rodean a los individuos”* (Jake, 1996: 26). A partir de estos cambios es que la salud es vista desde un aspecto integral.

A partir de lo anterior es que los sistemas de salud deben asumir desafíos y entregar las herramientas necesarias a las personas para fomentar una mejor calidad de vida. El equipo de salud debe entregar acceso a servicios a la población y ser un aporte a la satisfacción de las necesidades de salud. El gobierno local como responsable de la protección de las personas, debe entregar respuesta a las necesidades de su población y desarrollar políticas dirigidas a cumplir tal objetivo.

Es importante recordar que El Modelo de Salud Familiar, según el Ministerio de Salud es *un Modelo Integral de Salud que desarrolla un conjunto de acciones que va directamente dirigido a las personas considerando su integridad física, mental y el medio ambiente donde se relacionan* (Subsecretaria de Redes Asistenciales: 2005: 9). Es decir, se considera un elemento sistémico que aborda el aspecto biopsicosocial del individuo y que es beneficioso para la comunidad. Sistémico porque aborda el aspecto integral en todos los sentidos, desde el abordaje de intervención que va desde el individuo, su entorno familiar y comunitario, como la Participación Social a partir de una mirada transversal desde los usuarios, comunidad y equipo de salud. Según Taylor, el modelo biopsicosocial se caracteriza, por ser un paradigma que asume *“que la enfermedad y la salud son*

*consecuencias de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales”* (Taylor, 2007: 11). El modelo considera que el entorno del individuo es un factor fundamental que determina la salud de las personas.

Durante la investigación se indagó en el contexto de estudio cómo ha sido implementado el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Por tanto, se tomaron aspectos centrales del modelo, tales como:

- 1) **La sectorización**, Durante el proceso de implementación del modelo, se fue sectorizando el centro de salud con el fin que existiera un equipo de cabecera que se encargara de una población determinada y entregara un tipo de atención integral centrada en el individuo, su familia y comunidad. Actualmente, el equipo de salud se encarga de realizar un tipo de atención centrada en el individuo, donde entregan controles preventivos en los pacientes crónicos y controles periódicos con un sentido curativo. Asimismo, las personas que reciben atención no tienen una participación activa en su proceso de salud – enfermedad. El usuario y la comunidad no tienen conocimiento que deben tener una participación en su proceso de salud junto al equipo de salud. Desde este sentido no se cumplen los objetivos del modelo en este nuevo contexto de los Servicios de Atención Primaria.
- 2) **Enfoque biopsicosocial, con énfasis en individuo, la familia y comunidad (atención integral)**, el Modelo de Salud Familiar tiene una debilidad en la atención con enfoque biopsicosocial. El equipo de salud, no se hace completamente cargo de realizar un tipo de atención integral al individuo, familia y Comunidad, se olvidan que deben atender a la familia como un sistema único con necesidades y problemas de salud que deben ser abordados desde el aspecto biológico, psicológico y social. Se han enfocado a desarrollar estrategias de atención solo al individuo. Desde esta perspectiva, se observa una baja participación en el proceso de salud – enfermedad por parte del equipo de salud y la familia a cargo.

- 3) **Continuidad de la atención y de los cuidados de salud**, respecto a este elemento el impacto que causa la implementación del Modelo de Salud Familiar y Modelo de Participación en el contexto de investigación, solo se cumple al momento de incorporar al individuo y su familia en un sector del CESFAM y el acceso a los servicios de atención a nivel primario. Se observa, poco compromiso de parte del equipo de salud en realizar el enfoque de prevención y promoción en la salud de los individuos. Por ejemplo, cuando llega un paciente con una patología crónica (Diabetes o Hipertenso), que haya sido derivado, ya se está atendiendo para ser estabilizado y compensado dentro de su enfermedad o mejorar su estado de salud, pero no se cumple los objetivos de modelo desde lo preventivo y promocional. En este contexto, no existe un tipo de atención que fomente espacios de participación al interior de los box, donde se eduque al individuo y su familia sobre el estilo de vida que deben tener para prevenir tipo de enfermedades crónicas, faltan espacios donde se haga participar al equipo de salud y las familias. Otras de las dificultades que se pueden observar en la continuidad de la atención, es el error de información que se le entrega a los usuarios cuando van a solicitar atención. Los pacientes debiesen tener un tipo de atención clara y respetuosa.
- 4) **Los equipos de salud deben tener los recursos necesarios**, frente a este elemento existen obstáculos que impiden que los usuarios reciban una atención de calidad y se logren los objetivos sanitarios del Modelo de Salud Familiar. El equipo de salud, trabaja con escasos recursos (humanos y materiales), por lo tanto, no cuenta con lo necesario para resolver los problemas de salud de su población. La falta de recursos impide que se implemente efectivamente el Modelo de Salud Familiar y afecta que las personas puedan participar activamente por no contar con los insumos necesarios para desarrollar actividades tanto del equipo de salud y la comunidad organizada.

- 5) **Participación de la familia y comunidad**, La falta de compromiso y motivación del equipo de salud al momento de realizar la atención a los usuarios y el poco conocimiento de la comunidad frente al Modelo de Salud Familiar y Comunitario ha influido que exista una baja participación de los diferentes actores sociales en el proceso de salud – enfermedad.
- 6) **Participación Social**, el centro de salud cuenta con espacios de participación denominado “Red Amigable” (Consejo Consultivo), integrado por representantes de diferentes organizaciones sociales. Los integrantes participan de una forma activa, motivadas por un interés personal y mejorar la calidad de atención a su comunidad. Actualmente se crean espacios de participación del equipo de salud denominado “Comisión del Buen Trato”, en ocasiones se juntan ambas organizaciones con el fin de crear actividades en beneficio de la comunidad. Sin embargo, cuando existe una alta demanda de atención de los usuarios los integrantes de la comisión del buen trato no pueden participar activamente.

Los elementos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en ocasiones tienen ciertos obstáculos que impiden ser implementados efectivamente, situación que es influenciada por la motivación y las necesidades de la población a cargo. Por tanto, es necesario aclarar los elementos del modelo a partir de los resultados de la investigación.

Respecto al análisis de resultados se utilizó como método para adquirir información la transversalización del discurso. Consistió en agregar las respuestas de las preguntas realizadas a los diferentes actores (dirigentes, usuarios y equipo de salud), respecto a la incorporación de la Participación Social en el Modelo de Salud Familiar. Al desarrollar este proceso, se observa que **existe coherencia en las respuestas de los actores entrevistados y coinciden en la forma en que opinan frente a la implementación del Modelo en el Centro de Salud, los procesos de Participación que se establecen en el Centro de Salud y cómo**

**han percibido las diferentes transformaciones desde el cambio del modelo tomando en cuenta cada una de sus etapas.**

Durante la investigación se identifica que es importante concebir el proceso de Salud – enfermedad, como un elemento indispensable del ser humano, hace interesante como se concibe este Modelo de Atención. Según Manfred Max - Neef, en su texto desarrollo a escala humana refiere que *una necesidad se asume con mucha fuerza y la sensación de falta de algo cuando existe un espectro puramente fisiológico*. La persona debe tener una necesidad importante que potencie una motivación y posteriormente una movilización.

**En la investigación se descubre que el proceso de Participación que se fue desarrollando en el contexto de este nuevo Modelo de Atención no ha sido muy activo, pero se ha impulsado a través de la necesidad individual de las personas con una motivación generada por un bien común con el fin de mejorar su calidad de vida y tener mejor acceso a los servicios de salud.**

El participar moviliza y genera recursos que pueden servir a la persona para fortalecer su estilo de vida. Según Jake Epp, refiere que *la salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la necesidad de manejar incluso su entorno* (1996). La institución es quien entrega atención y recursos a las personas. Las familias y comunidades al acceder a los servicios de los Centro de Salud Familiar y Comunitario están respondiendo a las ideas centrales del Modelo que consiste en involucrarse a ser parte de la mejora de su salud.

El conocer sobre la aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la comuna de Cerro Navia ha sido fundamental. **Desde el ámbito de la Participación se aplica entregando información al usuario, se generan espacios donde se enfatiza la Promoción de la Salud donde participa la comunidad y los funcionarios desde un sistema basado en la educación.**

En el Centro de Salud existe un grupo de profesionales de la salud (equipo multidisciplinario), que entrega información de los servicios de salud y orientación respecto a los deberes y derechos de los usuarios en los temas de salud que son de importancia para mejorar la calidad de vida de la población a cargo. A través de la Promoción en Salud se trabaja junto a la comunidad a través del Consejo Consultivo “Red Amigable” el cual se trata de generar un vínculo entre la comunidad y equipo de salud, fomentar la Participación Social y el Buen Trato, crear entornos saludables, entregando las herramientas a las personas con el fin de prevenir las enfermedades transmisibles o no transmisibles (biológicas y/o sociales) de la población y fomentar estilos de vida saludables.

Considerando el proceso de Participación, existen usuarios que son parte de la Red de Organizaciones Sociales del CESFAM denominada Red Amigable, correspondiente a una instancia que actúa desde un enfoque centrado en el Modelo de Atención Integral y Modelo de Participación Comunitaria implementado.

*Los actores pertenecientes a las organizaciones de la comunidad y equipo de salud entrevistados conocen la existencia del espacio de participación, solo uno de ellos no se encontraba informado por ser parte de la comunidad usuaria. Por tanto, la forma de participar que tienen los dirigentes consiste en la asistencia a un espacio convocado y regulado por profesionales del Centro de Salud. Las personas que se integran a la instancia (Red Amigable) participan a causa de sus motivaciones personales con el fin de satisfacer sus necesidades y acceder a los servicios de salud.*

- El grupo (Red Amigable) se origina porque desde la institución ministerial se solicita espacios de Participación Comunitaria en los Centros de Salud que posteriormente deben cumplir ciertas metas. *La Participación de la Red Amigable no surge de una forma natural, pero se logra que exista un grupo activo de personas que demanda solución a ciertas necesidades de salud tanto individual y comunitario.*

- Por el contrario, existe un grupo de *voluntarias que se origina de forma natural* con el objetivo de ayudar a los adultos mayores y discapacitados que participan como usuarios en el Centro de Salud. En ambos espacios, se entrega información y orientación de lo que se quiere realizar en temáticas específicas de salud, en donde ellos pueden opinar y dar sus apreciaciones (positivas o negativas) de los temas.

**El ser parte del grupo los motiva a crear estrategias en beneficio propio y de su comunidad. Frente a su rol como integrante de la Red Amigable y voluntariado se va potenciando formas de Participación que hasta el día de hoy han sido importantes para la comunidad y la institución de salud.**

Durante esta etapa el Centro de Salud, identifica la existencia de factores negativos que afectan al proceso de desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que influyen en el cambio cultural de la comunidad y equipo de salud.

Para entender el proceso de Participación en este Modelo de Salud, se consideró la referencia de Max – Neff, Manfred en su texto Desarrollo a Escala Humana, al manifestar que las necesidades son carencias de algo. Al tener en cuenta esta falta de algo la persona se siente motivado a participar en distintas instancias que permiten ir satisfaciendo esta necesidad con la finalidad de ir desarrollando recursos personales. *“En la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos”* (Max - Neef, Manfred, 1986: 50).. Las personas de la Red Amigable al participar están satisfaciendo una necesidad que aún no han podido cumplir. **El estar presente en distintas actividades les permite comprender que existen personas que tienen problemas similares a los suyos y que el interactuar con otras personas y participar les ayuda a potenciar su autoestima y desarrollo personal.**

La Participación les permite a las personas ser un agente de cambio que interactúa con demás personas u otras instituciones. Respecto a la transformación

del Centro de Salud se trabaja participando en conjunto a diferentes instituciones, se trabaja en Red, con otros establecimientos del sector ejerciendo liderazgo participativo. Hopenhayn menciona *“que la Participación me hace más sujeto si efectivamente me permite mayor control sobre mi vida”* (Hopenhayn, 1988: 24). El compromiso de ser parte del cambio de Modelo de Atención tiene relación con la posibilidad de que una persona puede ser parte de su cambio de salud – enfermedad, influyendo en un cambio en la persona y su entorno. El participar permite un cambio personal, familiar y comunitario. La persona al presentarse al Centro de Salud a recibir atención y comprometerse a seguir con sus tratamientos y terapias está contribuyendo a mejorar su calidad de vida y de su entorno familiar.

*- La Participación Social individual que menciona el modelo aún no se ha aplicado de una manera activa. Los usuarios de salud son atendidos desde un aspecto individual, en los sectores territoriales (rojo, verde, amarillo y naranja) y se entrega una atención similar a la que se realizaba antes de implementar el Modelo de Atención Integral.*

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario implementado de cierto modo es positivo en lo teórico pero en la práctica no se aplica efectivamente, *existe una falta de recursos y una baja dotación de profesionales e insumos para entregar servicios a la población.*

Las personas al ser parte de este proceso de Participación, según Hopenhayn *permiten generar control sobre la propia situación y propio proyecto de vida que mediante intervenciones afectan su entorno vital en dicha situación. Las personas al ser parte de su mejora de salud permiten que se genere un cambio en su ecosistema y en el medio ambiente que se encuentran insertos (familiar, institucional y comunitario). Esta forma de participación no ha sido parte de la implementación del Modelo de Salud.*

Para el equipo de salud ha sido un desafío el lograr este cambio de modelo, por las falencias que se han generado en la comuna de Cerro Navia a causa de falta

de recursos. **Desde un principio, los funcionarios no han sido parte del proceso de cambio en el modelo de atención hacia los usuarios. Tienen conocimiento que existe un cambio de modelo, pero no hay un compromiso real y profesional por generar estrategias que lleven a cabo la transformación de consultorio a centro de salud.**

Se considera que cada equipo o funcionario de salud debe realizar una atención de calidad hacia los usuarios y demostrar cierto interés en sus diferentes demandas, problemáticas y enfermedades, lo cual permitirá que la persona se sienta satisfecha con el tipo de atención y el vínculo e interés que demuestran. Es decir, el equipo de atención que se encuentra inserto en el Centro de Salud debe estar capacitado para entregar respuesta a las necesidades de la población a cargo, debe ser capaz de conocer la identidad del territorio, sus intereses y necesidades y como es el ambiente donde se relacionan las personas.

El Modelo de Atención Familiar expuesto por el MINSAL refiere que el equipo de salud debe tener ciertas destrezas y habilidades que permitan interaccionar con usuarios, familias y comunidades. Esta situación es indispensable, ya que al lograr tal objetivo en las relaciones del equipo de salud y la comunidad permitirá cumplir con las expectativas de la comunidad y de las políticas de salud implementadas por el gobierno.

La importancia de las relaciones entre el equipo de salud y los usuarios se relaciona con un bienestar común. Los usuarios se acercan al Centro de Salud por una necesidad de protección y la institución junto al equipo de salud debe ser capaz de entregar los recursos materiales y humanos con el fin de entregar respuestas a las necesidades de su comunidad.

*- Durante el proceso de investigación las entrevistas realizadas a los usuarios, comunidad y equipo de salud, se observa; que los actores de la comunidad sienten necesidades no satisfechas respecto a los beneficios que presta el Centro*

*de Salud y entre el equipo de salud se percibe que hay muchas cosas por hacer frente a este Modelo de Salud.*

En la investigación se identifica que cada uno de los actores entrevistados representa su valoración respecto a la Participación según sus necesidades a través de satisfactores sinérgicos, es decir, *“Satisfacen una necesidad, pero asimismo esa necesidad potencia a movilizar a satisfacer otras”* (Max Neef, 1986:55). **Los actores sociales, participan porque existe un interés individual, pero a la vez se percibe una mirada amplia de la realidad de la Participación como un beneficio para la comunidad. A pesar de tener conocimiento de la falta de recursos que impiden la satisfacción de necesidades de protección en salud, la comunidad y el equipo de salud hacen lo posible por desarrollar estrategias de participación. El tipo de participación que buscan desarrollar es más activa, que se logre incorporar tanto a la comunidad y equipo de salud a trabajar en conjunto, con el fin de lograr establecer el tipo de participación que necesita incorporar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Las personas deben llegar a sensibilizarse en la importancia que tiene la participación para lograr los objetivos sanitarios.**

Sin embargo, se rescata lo citado por Max Neef, en su texto Desarrollo a Escala Humana, lo cual refiere que; *“...en la medida en que las necesidades comprometen motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos”* (Max - Neef, Manfred, 1986: 50). Desde el ámbito de la motivación personal que moviliza a los funcionarios, comunidad usuaria y organizada a través de sus intereses entrega respuesta al Modelo de Participación Comunitaria y a la vez al Modelo de Salud Familiar. A medida que las personas se movilizan, adquieren ciertos recursos personales que sirven al momento de participar. Al hacerlo activamente de forma individual o colectiva, e integrándose a ser parte del proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar se puede lograr los objetivos del Modelo.

-Las personas que participan en este tipo de actividades voluntarias, se encuentran motivadas por situaciones personales necesitan sentirse un actor que puede ayudar a producir un cambio social. El ser parte de un grupo que actúa frente a situaciones adversas es un desafío, por estar insertos voluntariamente en un sector que manifiesta falta de recursos económicos y una desconfianza en la institución o gobierno de turno. Existe una cierta sensibilidad del espacio y contexto en el cual entregan parte de su tiempo, y se encuentran asistiendo a las diferentes actividades que se realizan en el Centro de Salud como son las reuniones, espacios amigables de Promoción de Salud y voluntariado (Promotoras de Salud).

Frente a nuevas necesidades de las personas en salud y los procesos de Participación desde el Modelo de Atención Primaria de salud con enfoque comunitario, se considera *“promover la salud con la ayuda de distintos actores sociales con el objetivo de potenciar las acciones locales en pro de la salud a través del fortalecimiento de la labor intersectorial y de la alta participación de la comunidad”* (De la Llera, 2001:42). Los actores sociales que participan, son responsables y comprometidos con su comunidad y son capaces de tomar decisiones en beneficio de ella. Los representantes se caracterizan en distintos tipos de actores sociales; en el ámbito de educación (consejo de apoderados, profesores y alumnos), equipos de salud, representantes políticos, voluntariado, personas no organizadas, etc.

El Estado a través del Programa de Promoción en Salud a nivel nacional le entrega la posibilidad a las personas de integrarse a participar, tanto en el aspecto individual como comunitario. Es así como la Participación es un proceso transversal que abarca a las personas, familias y comunidades tras un objetivo común que es *“lograr la salud para todos”*.

Desde la perspectiva del modelo, *el enfoque biopsicosocial que lo sustenta para lograr sus objetivos, considera que debe haber una cercanía entre el equipo de*

salud y comunidad usuaria. Al interactuar comunidad y funcionarios, esta interacción, se sostiene en una cultura construida en el contexto en el cual se constituyen como sujetos, es decir, *“debe haber un enfoque de salud intercultural, de género de complementariedad con otras terapias de salud.”* (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005:12).

Al atender debe tomarse en cuenta creencias, mitos, sentimientos de las personas. Según el texto *“Camino al Centro de Salud Familiar”* elaborado por el MINSAL refiere que *“debe haber una cercanía subjetiva, debe haber un vínculo. Las experiencias siempre estarán presentes frente al profesional (creencias, mitos, sentimientos u otros)”* (MINSAL, 2008: 93). Sin embargo, en la investigación se observa que en el contexto del **Modelo de Salud Familiar se debe atender al paciente con una mirada Integral tomando en cuenta lo cultural. Sin embargo, el equipo de salud trabaja inserto en un contexto estructurado desde lo técnico y atienden al paciente desde su individualidad pero no se toma en cuenta la identidad territorial y su perspectiva cultural.**

Por tanto, se considera que las instituciones de salud tienen una visión del modelo respecto a su definición, conocen los objetivos y finalidad de su intervención, tienen conciencia que en la práctica no suele ser así, por existir dificultades y obstáculos para ser aplicado en el Sistema de Salud.

En el Centro de Salud Familiar y Comunitario investigado se observan los siguientes obstáculos:

*Asistencialismo*, a pesar que el equipo de salud conoce el funcionamiento del CESFAM, continúa realizando una atención centrada a los usuarios con una mirada biomédica, *falta un tipo de atención más participativa y de compromiso real con la comunidad en general.* Las personas se acercan a solicitar atención solo en los momentos de alguna dolencia, tratamiento o control de alguna patología. Faltan estrategias de Promoción en Salud enfocadas al control de los

determinantes de la salud. Los profesionales de la salud deberían de llegar a visualizar al individuo desde una forma holística y situada.

*Resistencia al cambio*, desde la institución se realiza lo posible por entregar las herramientas necesarias para el equipo de salud, con el fin que otorgar mejores servicios a la comunidad. Los funcionarios son capacitados en lo que es el Modelo de Salud Familiar y Comunitario pero aún no se canaliza un cambio de actitud frente a este Modelo de Atención. *Los funcionarios tienen una resistencia al cambio y los usuarios no visualizan un cambio de actitud del equipo de salud hacia ellos, consideran que el trato que reciben por parte de ellos es el mismo que años anteriores.* Es decir, el proceso de cambio cultural ha sido lento desde el entorno institucional y comunitario. El Modelo de Atención establece que *“el equipo de salud tiene la apertura, genera la información, establece los espacios y mecanismos que acogen las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía”.* (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005:15). Sin embargo, el equipo de salud manifiesta la resistencia al cambio, situación que genera un obstáculo frente a la implementación del Modelo de Salud Familiar y el Modelo de Participación.

*Falta de recursos*, la situación del CESFAM en estos momentos es compleja, el equipo de salud y comunidad usuaria se encuentran constantemente en conflicto a causa de falta de recursos humanos y materiales para entregar servicios de calidad a su población.

La resistencia al cambio y la falta de recursos incide en la relación entre el equipo de salud y la comunidad usuaria u organizada. *En este caso las relaciones que existen entre los usuarios y equipo de salud aún deben ser potenciadas.* El tener como antecedentes, que el Modelo de Salud Familiar es de una perspectiva sistémica donde todo proceso y cambio que suceda afecta a todos los integrantes del sistema desde un aspecto positivo y negativo, nos permite entender que las relaciones que se generen en ese contexto, afectarán la forma de definir las

relaciones entre los usuarios y el equipo de salud como entre la comunidad organizada y la institución.

Respecto lo anterior, tenemos antecedentes del concepto que entrega Tayler de la Teoría General de Sistema, *“que todos los niveles de una organización en cualquier entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que el cambio en uno de los niveles facilitara cambios en todos los demás niveles”* (Tayler, 2007:13). En nuestro caso ligado a lo que es el Modelo de Atención en el CESFAM Dr. Albertz, las personas, familias y comunidades interactúan junto a una institución de salud constantemente a nivel local, que los intervienen a nivel biológico, psicológico y social (integralidad).

Cada uno de los equipos de salud a cargo de cada sector actúa de una manera distinta frente a su población, por tener su propia identidad y necesidades. El cambio de un elemento dentro de un sector, afecta al sistema completo, a la calidad de atención y la forma de entregar servicios a la población.

*Las relaciones y vínculos entre el equipo de salud y la comunidad organizada han generado cambios a partir de la implementación del Modelo de Salud. La población que se encuentra a cargo de un sector tiene confianza en su equipo de salud, por encontrarse constantemente atendidos y reconocidos por los mismos funcionarios (identidad territorial). Por el contrario, cuando se atienden en lugares transversales fuera de sector las relaciones en ocasiones son débiles y conflictivas, generándose un mal trato entre usuario y funcionario.*

Asimismo, las personas que participaban anteriormente al modelo consideran que antes existía cercanía a la comunidad organizada y usuaria. Los equipos de salud, les hace falta acercarse a conocer el contexto donde se relacionan las personas, a quienes atienden.

De esta manera se puede identificar que los cuidados de salud se sustentan también en la relación y coordinación que se establece en la red de

establecimientos de salud frente a la comunidad. Sin embargo, la comunidad usuaria valora y percibe sus necesidades y posteriormente qué factores afectan negativamente a la mejora de salud.

Al pertenecer a ese sistema puede que sucedan diferentes situaciones que fomenta un cambio o desequilibrio en los demás sistemas internos y si hay un cambio en uno de los sistemas define la forma de ser del sistema y cada cambio o comportamiento interno afecta a la organización institucional.

Para que el Modelo de Atención Integral de salud logre implementarse efectivamente, se debe *“Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud”* (Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005: 11). Sin embargo, la propia comunidad debe ser capaz de crear estrategias con el fin de mejorar su propia salud.

El CESFAM Dr. Albertz aún se encuentra en proceso de compensar a pacientes crónicos, las personas que se atienden en el servicio aún no se dan cuenta de su rol activo, se acercan y solicitan atención sin saber que deben comprometerse en su cambio de salud – enfermedad. Por tanto, las relaciones que deben establecer en los Centros de Salud entre los equipos de salud y usuarios, deben ser positivos para cumplir los objetivos de los Servicios de Salud, especialmente en el trato con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los usuarios.

El aspecto estructural es un elemento importante frente a la implementación del modelo, incide en el tipo de atención que se brinda a los usuarios, la privacidad durante la atención, el acceso a los servicios de salud y cómo se establecen las relaciones entre los usuarios y el equipo de salud. En el caso de los CESFAM se crean sectores que son divididos dependiendo los territorios de la población, es decir, cada sector representa un territorio local con historia e identidad y es denominada como un mini consultorio donde atiende un grupo interdisciplinario de profesionales y un equipo de salud.

Los sectores tienen la finalidad de entregar una atención integral a los usuarios. Sin embargo, la falta de recursos como se mencionó anteriormente ha incidido que no puedan realizarse cambios estructurales para mejorar la atención a los usuarios por faltar espacios donde atender y la dotación de profesionales (médicos) es mínima.

*- Los entrevistados como el equipo de salud, consideran que el trabajo de los sectores busca dar respuesta a las necesidades de la población pero el no contar con la estructura adecuada y falta de insumos no da resultado esta variable de calidad de atención y satisfacción de las necesidades de la población. Asimismo, los que conocen del modelo creen que la forma que han sido distribuidos no es el más acorde.*

El Centro de Salud Dr. Albertz desde su perspectiva estructural no puede desarrollar espacios de Promoción y Educación constante, por no contar con los espacios necesarios. La Promoción en Salud proporciona fortalecer estados de salud de la población y la estructura del Centro de Salud Familiar debe ser acorde a un modelo que debe promover estilos de vida saludable y ser capaz de educar a la comunidad en salud.

Según Terris describe, que *“la Promoción de la Salud tiende, evidentemente, a prevenir la enfermedad, pero una promoción eficaz exige medidas protectoras especiales”* (Terris, 1996:38), es decir, las personas necesitan sentirse protegidas al solicitar un tipo de atención en el Centro de Salud. La Promoción, necesita tener espacios para garantizar una buena forma de entregar los servicios a la comunidad, considerando que las personas deben ser atendidas donde se implemente eficientemente una nueva forma de Participación, donde se acceda a los servicios de una manera eficiente y oportuna y se establezcan relaciones positivas entre la comunidad y el equipo de salud.

La comunidad usuaria al dirigirse a solicitar un tipo de atención va con la esperanza de encontrar una respuesta a su necesidad, sin embargo, al darse

cuenta que no pueden satisfacer sus necesidades se frustran y generan un trato violento hacia los funcionarios o los funcionarios al no poder entregar los servicios a la población se expresa de mala manera en ocasiones frente a la comunidad.

**Las personas al no recibir un tipo de atención integral sienten vulnerados sus derechos. El cuidado de la salud de las personas incide en la relación estable y continua de las personas, y la comunidad con el equipo de salud.**

- *Los usuarios y comunidad consideran que durante los últimos años, el Centro de Salud no ha generado grandes cambios en el tipo de atención que se entrega a los usuarios.* El tipo de atención que se presta a la comunidad usuaria solo se diferencia en que se sectoriza el Centro de Salud, pero las personas aún siguen siendo atendidas por un médico que se preocupa de atender la molestia y no prevenir.

- Los entrevistados también consideran que los atributos personales de los funcionarios (voluntad y disponibilidad) influyen en el tipo de atención que se brinda a los usuarios.

- *La calidad de atención* depende de las relaciones que se manifiestan entre el equipo de salud y la comunidad atendida. En ocasiones los usuarios tienen ciertos comportamientos agresivos frente a los funcionarios, situación que influye al momento de acceder a los servicios.

Cada año, el Centro de Salud Familiar debe entregar información al Ministerio de Salud de su proceso de avance para posteriormente ser reacreditado como Centro de Salud Familiar. Los profesionales de la salud deben hacer lo posible para entregar servicios de salud a la población de una manera equitativa e igualitaria tomando en cuenta la identidad de su población, situación económica y sus necesidades.

Durante este proceso de reacreditación es importante conocer los factores que determinan la salud de la población, se debe desarrollar un diagnóstico de cada sector del CESFAM y se agrega documentación que acredita los programas y actividades realizados en cada servicio del Centro de Salud.

Existe un reconocimiento por parte del equipo de salud, que se debe entregar servicios a la comunidad desde un modelo integral enfocado en la Promoción y Prevención de la enfermedad, sin embargo, el Centro de salud Dr. Albertz aún continúa entregando tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y al equipo de salud se les olvida que existe un cambio de paradigma producido por los cambios epidemiológicos de la población.

La Comuna de Cerro Navia se caracteriza por tener una alta población que se atiende en los Centros de Salud. La falta de recursos de las personas inciden que no puedan acceder a servicios privados por tener costos altos en dinero, situación que afecta que las personas no puedan satisfacer sus necesidades de salud. Esta situación de vulnerabilidad de los Centros de Salud impide que el Modelo de Atención se implemente efectivamente. La población usuaria es muy alta y los recursos tanto financieros como humanos no dan abasto para entregar una atención de calidad y satisfactoria a la comunidad.

- *La comunidad usuaria no conoce lo que es el Modelo de Salud Familiar, tienen claro que existe un cambio de atención desde lo estructural y organizacional pero no relacionan la reforma que hay desde el consultorio hasta llegar a la transformación del CESFAM. Las personas continúan visualizando el Centro de Salud como un consultorio, donde permanece un modelo asistencialista donde se exige por parte del ministerio cantidad y no calidad en los protocolos de atención.*

El modelo sustenta la idea del equipo de cabecera con el fin de otorgar los servicios de manera pertinente con la historia e identidad de cada territorio. Esta situación se generó desde el principio del CESFAM, estableciendo vínculos entre la comunidad y funcionarios. Posteriormente la falta de recursos estructurales

afecto en la continuidad de la atención diferenciada por sector y se debió trasladar una cantidad de personas a otros sectores del Centro de Salud, afectando el cumplimiento de los objetivos del modelo.

- *Finalmente, desde el punto de vista de la infraestructura disponible, se observa que el cambio estructural que se produjo a causa de la implementación del Modelo de Salud Familiar no ha sido completamente efectivo.* La distribución espacial de los equipos de cabecera dentro del CESFAM, no es la más adecuada. Debería existir más privacidad en cada uno de los servicios, donde las personas que soliciten atención sientan confianza y seguridad en el momento de ser atendidos.

Se cumplió parte de los objetivos del proyecto de implementación del modelo al incorporar a los usuarios, a la comunidad organizada y equipo de salud en este proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud Familiar, al comienzo se encontraban comprometidos por este cambio, posteriormente fue bajando la motivación por participar.

Por tanto, los actores entrevistados han entregado las respuestas con el fin de conocer los resultados de la implementación del Modelo de Atención. Se considera que el equipo de salud tiene claro del cambio del modelo y cuál es su rol en este nuevo contexto. Sin embargo, los usuarios y parte de la comunidad organizada no conocen lo que es el Modelo de Salud Familiar.

Respecto a la implementación del Modelo de Atención y Modelo de Participación aún no se ha logrado que caminen juntos en este nuevo contexto de atención en salud, queda mucho por hacer en los Servicios de Atención Primaria. Debe existir compromiso de los diferentes actores de la comunidad.

El gobierno actual (2012), se encuentra dando continuidad a los procesos de cambio de reforma que comenzaron el gobierno de la Concertación. Dentro de sus estrategias aún cuentan como eje central el Modelo de Participación Social, pero este último tiempo no han cumplido por dar énfasis a otros ejes de acción en

el sistema de atención en salud. Reconocen que es parte del derecho de los usuarios, crear estrategias, pero no le dan importancia. Esta situación afecta a la implementación del Modelo de Salud Familiar, por ser la Participación un elemento esencial en el proceso de salud – enfermedad desde el aspecto individual, familiar y comunitario.

## HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

El Modelo de Salud Familiar y el Modelo de Participación van totalmente entrelazados en este sistema de atención en salud. Actualmente, cada uno de estos enfoques tiene una forma metodológica de actuar que es reconocido por los actores de la salud.

En este contexto de Atención en Salud, ha sido importante el cambio en el Modelo de Atención por ser dirigido a entregar un tipo de atención integral a los usuarios y comunidad. Asimismo, fomentar una participación activa en la ciudadanía y equipo de salud con el fin de crear entornos saludables y mejorar la calidad de vida de la población.

Como se mencionó en la investigación existen factores externos que incidieron en el proceso de cambio en los servicios de salud de Atención Primaria (APS), situación que dio origen a la implementación de un modelo de atención integral y participativo tanto del nivel local como global. Los factores que influyeron en el modelo son producto de cambios demográficos y epidemiológicos en la población, lo cual, llegaron a originar un nuevo contexto cultural y económico en la población.

Desde lo teórico se conocen ciertas estrategias de acción de la comunidad a partir del Modelo de Atención Integral y especialmente del Modelo de Participación, situación que llevó a estudiar metodológicamente ciertas variables que dieron respuesta a los objetivos de nuestra investigación (conclusiones y hallazgos).

Por tanto, los hallazgos encontrados en la investigación constituyen en:

- La Participación, no se reconoce como un modelo que actúa frente a estrategias del Modelo de Salud, el estar presente participando es algo transversal, se genera solo como un compromiso de ayudar al otro.
- A pesar de que el modelo plantea que se deben generar estrategias para mejorar el trato entre funcionarios y usuarios, se sabe y se realizan variadas actividades.

- Ambos actores (usuario y comunidad) aún tienen una resistencia al cambio de actitud frente al cambio del Modelo de Atención. Debe generarse un cambio cultural entre funcionarios y usuarios del CESFAM.
- La falta de recursos por parte del gobierno local ha incidido que no se puedan lograr ciertos objetivos del Modelo de Salud Familiar, situación que afecta para desarrollar una Participación real de los agentes de la comunidad del CESFAM.
- Desconocimiento del Modelo de Salud Familiar. No se sabe como actuar frente al Modelo de Salud.
- El tener relaciones positivas entre el usuario y equipo de salud, permite que los pacientes puedan acceder con más facilidad a sus servicios.
- El cambio del Director de salud afecta negativamente al proceso de implementación del modelo de salud, existe una percepción distinta de la política de salud a nivel local, desaparecen procesos de Participación donde se tomaba en cuenta las necesidades de la población y la Participación de la comunidad no se toma en consideración al momento de querer administrar los recursos de salud.

A pesar que el Modelo de Participación gire alrededor del Modelo de Salud Familiar, no se encuentran completamente relacionados con la estrategia de atención. Es un desafío el generar espacios de Participación e incorporar de una forma real este proceso en conjunto.

El gobierno generó énfasis en el Modelo de Atención a causa de la nueva forma de concebir la salud (demográfica y epidemiológica). Sin embargo, existe una mirada centralista frente a las políticas de salud, el gobierno central al momento de originar nuevas estrategias debería consultar a la comunidad acerca de sus necesidades generando diagnósticos participativos entre este organismo de estado y la propia comunidad.

Por lo anterior, las políticas a nivel local no se realizan dependiendo las necesidades de cada localidad, sino que el gobierno central se encarga de crear políticas y reformas con una mirada más bien global que local.

El gobierno no toma en cuenta las demandas de la población, no considera que cada localidad tenga diferentes demandas en salud. El Ministerio de Salud anualmente solicita que los Centros de Atención Primaria cumplan metas y exigen de cierto modo que se deben lograr los objetivos sanitarios en la población, situación que es compleja porque cada localidad es distinta. Cada territorio y CESFAM cuenta con una población a cargo, patologías, recursos e intereses distintos. Por tanto, para cada centro de salud es un desafío cumplir las metas sanitarias.

En el momento de llevar a cabo la reforma de salud (Modelo de Salud Familiar y Comunitario), no se consideró la opinión de los funcionarios y comunidad perteneciente al centro de salud, no hubo una participación a nivel local y global de los funcionarios en los procesos de reforma del sector salud.

Por lo anterior, se entiende que los integrantes de la Red Amigable y equipo de salud apoyaron en el proceso de cambio de atención, pero no tenían conocimiento que estaban siendo parte de un cambio en el modelo de atención.

Durante la implementación del Modelo de Salud Familiar no le consultaron al equipo de salud, usuarios y comunidad si estaban de acuerdo o en desacuerdo con el cambio de atención, solo observaban que se estaba produciendo un cambio en lo estructural y en la entrega de los servicios.

## **APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

El ser parte del contexto de investigación y conocer los elementos que generan el Modelo de Salud Familiar, me permite identificar lo importante que es el aporte de la disciplina del Trabajo Social.

Los Centros de Salud necesitan profesionales comprometidos que visualicen las necesidades de la comunidad a cargo y las problemáticas sociales que los afectan. Deben conocer los factores que determinan la salud de las personas y ser capaces de promover y fomentar la Promoción de la Salud y la Participación Social.

El concepto de Salud ha estado ligado al Trabajo Social desde sus inicios. Los primeros trabajadores sociales cumplieron su rol en centros de salud como voluntarios, visitando a enfermos y personas necesitadas, posteriormente se fue viendo la necesidad de este actor social que fue profesionalizando su función hasta el día de hoy, incorporando nuevas herramientas teóricas y prácticas dependiendo su realidad social. Por tanto, cada una de las acciones realizadas en salud tiene completa relación con nuestra profesión.

El Trabajo Social es una de las disciplinas de las ciencias sociales que cuenta con conocimientos teóricos y prácticos de diferentes disciplinas de las ciencias sociales (antropología, sociología y psicología) que han servido de herramientas para nuestra profesión con el fin de tener una mirada amplia e integral de la realidad social (analizar). Por tanto, el Trabajador Social se encuentra capacitado en el área individual, familiar y comunitario, elementos centrales de intervención de nuestra profesión, que caracterizan un actuar con una mirada psicosocial influida desde la teoría de sistemas.

Los Trabajadores Sociales que se encuentran insertos en Centros de Salud Familiar y Comunitario, les da la posibilidad de Incorporar elementos que permitan realizar diagnósticos sociales tanto a nivel individual, familiar y comunitario.

Asimismo, tener el desafío de desarrollar estrategias que sirvan de aporte para cumplir los objetivos sanitarios del CESFAM, realizando intervenciones orientadas a prevenir enfermedades, promover entornos saludables, conformar redes intersectoriales (trabajo en conjunto con diferentes instituciones), promover la participación social en el contexto individual, familiar y comunitario junto al equipo de salud, donde:

- Las personas sean capaces de dar a conocer sus demandas y necesidades en salud (crear ciudadanía).
- Crear espacios de participación donde sus integrantes creen una carta de derechos y deberes de usuarios (defensa de sus derechos como ciudadanos, comunicación social, transparencia, etc.)

El sistema de Atención Primaria se caracteriza por ser una red asistencial que va dirigida a una población de escasos recursos que tiene solo la opción de consultar cuando tiene algún problema de salud y solo las personas se acercan cuando deben curar una enfermedad.

El aporte de nuestra profesión a los Centros de Salud Familiar, es ser parte de la implementación de cada política de salud en beneficio de la comunidad y acercarse a la comunidad no solo cuando este enferma sino también cuando se encuentre sana, debemos entregar las herramientas necesarias a la población y educar con el fin de mejorar su calidad de vida y empoderar a la comunidad.

El aporte desde el Trabajo Social, también es ser un actor primordial en el proceso de salud – enfermedad, debemos crear estrategias para implementar una atención integral al individuo, familia y comunidad con el fin de mejorar su calidad de vida, conocer las herramientas que establecen el desarrollo de la institución y movilizar a la comunidad (organizar) y actuar en el cambio del proceso de atención.

La propuesta de acción en el contexto local del Centro de Salud Familiar Dr. Albertz, perteneciente a la Comuna de Cerro Navia, sería:

- Ejecutar estrategias de acción entre la comunidad y el equipo de salud con la intención de crear vínculos y relaciones positivas.
- Crear actividades que fomenten el buen trato entre el equipo de salud y los usuarios.
- Crear espacios de sensibilización entre la comunidad y equipo de salud, con el fin de conocer los objetivos que tiene la implementación del Modelo de Salud Familiar frente al nuevo contexto (demográfico y epidemiológico) y las nuevas necesidades en salud.
- Crear espacios de grupo interdisciplinario que trabajen a través de cada objetivo del Modelo de Salud Familiar.
- Ser parte del proceso en las diferentes etapas de avance del CESFAM, incorporar a los diferentes actores sociales (comunidad, usuarios y equipo de salud), que aporten positivamente y proactivamente a cumplir las metas del Modelo de Atención con el fin de lograr los objetivos sanitarios, considerando las necesidades de la población usuaria.

En la investigación mi aporte desde el Trabajo Social tiene que ver con el lograr generar un puente entre el Modelo de Salud Familiar y Modelo de Participación Comunitario con la finalidad de tratar que se logre los objetivos del Modelo a pesar de que existan factores obstaculizadores que impiden el proceso de implementación desde lo económico, social y cultural.

Existen ciertas estrategias que pueden ser un aporte para cumplir con los objetivos del modelo:

- Espacios de participación entre la comunidad y equipo de salud.
- Solicitar capacitaciones para el equipo de salud que sirvan de herramientas para la atención que se brinda a la comunidad.
- Crear actividades que permitan que el CESFAM sea validado entre la Red comunal e institucional.

- Realizar actividades entre la comunidad y equipo de salud que permitan ser un aporte al cumplimiento de metas sanitarias de la población a cargo.
- Que el equipo de salud desarrolle elementos que protejan los derechos de los usuarios y el buen trato.
- Construir diagnósticos participativos que nos permitan conocer las demandas reales de la población.
- Crear espacios de participación con el equipo de salud con el fin de fomentar su creatividad en beneficio de su entorno laboral y comunidad usuaria (desarrollo institucional).

Durante la investigación se visualizaron diferentes dificultades para llevar a cabo el Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Sin embargo, el Trabajador Social tiene sus propios recursos y herramientas para entregar a la comunidad.

En este contexto el trabajador Social tiene una relación directa con las personas y la comunidad, recurso que sirve para desarrollar estrategias que fomenten la Participación en los individuos, familias y comunidad, permitiendo que sean ellos quienes se hagan cargo de su proceso de salud – enfermedad. Además, crear actividades frente a la comunidad a través de las instancias de participación y la Promoción en Salud.

Por tanto, se propone a los Trabajadores Sociales u otros profesionales de la salud que se desempeñan laboralmente en Centros de Salud de Atención Primaria, conocer de la realidad en la cual se encuentran, acercarse a la comunidad usuaria, organizada y equipo de salud para identificar sus necesidades y problemática social con el fin de trabajar respecto a los propios intereses y demandas de la comunidad.

Las formas de acercamiento a la comunidad serian:

- El diagnóstico participativo. Al realizarlo podemos conocer las necesidades reales de la comunidad, las características de su contexto y cómo lograr relacionarnos entre el equipo de salud y la población a cargo.
- El salir de la institución y conocer la realidad del territorio fuera de los box de atención.
- La difusión de espacios de participación entre la comunidad y equipo de salud, situación que puede fomentar vínculos y relaciones positivas entre ambos actores.
- Un equipo de salud, que se interese en conocer las demandas de la comunidad y en conjunto creen estrategias de intervención con el fin de responder las demandas de la comunidad, también sería una estrategia para acercarse a la comunidad.

No debemos olvidar, que nuestro rol nos permite ser agentes de cambios y somos un aporte a la construcción social. La mayoría de las veces trabajaremos insertos en lugares de escasos recursos, por lo tanto, debemos utilizar nuestras herramientas personales y profesionales con el fin de lograr un cambio social y lograr los objetivos dependiendo las necesidades de los individuos, familias y comunidad.

## BIBLIOGRAFIA.

- Bedregal, P. (2002): Necesidades de Salud desde la perspectiva de los usuarios, (consultada 05 de mayo de 2008), <http://www.necesidadesdesaluddesdelaperspectivadlosusuarios.cl/.htm>.
- Celedón, C., Orellana, R., (2003): *Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*. Serie estudios socio/económicos N° 17. Providencia, Santiago de Chile (01-20).
- Correa y Noé, (1998): *Nociones de una Ciudadanía que Crece: Participación Social en Salud*. (Consultada el 01 de octubre 2008). <http://fondoftp.flacso.cl/fondo/pub/publicos/1998/libro/002297.pdf>
- Chile. Ministerio de Salud, (2008): *En el Camino a Centro de Salud Familiar*, Santiago, Minsal.
- Chile. Ministerio de Salud, (2008): *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2009*, Minsal.
- Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales (2005): *Modelo de Atención Integral en Salud*. Minsal.
- Donoso, N., (2006): “Reforma de Salud ¿Oportunidad u Obstáculo para la Gestión Participativa?”, En M Fernández, (Comp.) *Innovaciones en la Gestión Participativa de la Salud – Lecciones y Aprendizajes 2006*, 13 – 31, Chile.
- Escobar, D. (2001), *La participación Ciudadana en los programas de promoción de salud* (consultado el 14 de diciembre de 2008), <http://www.insp.mx/bidimasp/documentos/5/Participacion%20ciudadana%20programa%20promocion%20salud.pdf>
- Eliana de la Llera, S., (2001): “Modo y Estilo de Vida”, En R. Álvarez, (comp.): *Temas de Medicina General Integral – Volumen I, Salud y Medicina*, 39-45, Cuba, La Habana.
- Figueroa, P., (2002): “Participación Comunitaria y Salud”, *Revista de Salud Pública y Nutrición*, Vol 3 N° 2 Abril.- Junio, Universidad

Autónoma de Nuevo León volumen, Monterrey – México. (consultada el 30 de julio del 2009), [http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html)

- Frenz, P. (n.d.): Desafíos de la Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud (Consultada el 13 de Marzo del 2011), <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>
- Gabriel Salazar (1998), Participación Ciudadana: Capital Social constante y Capital Social variable.
- González y López, (n.d): Desarrollo Local: Definiciones (Consultado el 20 de Marzo del 2011), <http://www.undp.org.mx/desarrollohumano/eventos/images/12LFRPresentaci.pdf>
- Gómez, M., (2006): “Introducción a la Metodología de la investigación Científica”, Argentina, Córdoba.
- Gyarmanti, G., (1992): “Reflexiones Teóricas y Metodológicas en Torno a la Participación”, Santiago, IV Seminario Iberoamericano Sobre Participación y Autogestión.
- Hidalgo, C., Carrasco, E., (1999): Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria, Chile, Universidad Católica de Chile.
- Hopenhayn, M., (1988): “*La Participación y sus Motivos*”, Ponencia en el sexto congreso de Trabajo Social. Bucaranga, Colombia.
- Maceiras, L., (2002) “Salud Pública y Educación para la Salud”. Revista Salud Pública, Nº 1 Vol.2, Publicación Semestral Junio 2002, Universidad de Vigo (22-24).
- Manfred, M., Elizalde, A., Hopenhayn, M., (1986): *Desarrollo a Escala Humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Fundación Dag. Hammarskjöld, Número Especial.

- Marshall, T., Sáez, M., Salinas, J., (1991): Participación en Salud: Lecciones y Desafíos, Corporación Municipal de Políticas Sociales, Santiago de Chile.
- MINSAL (2008): Material educativo: Unidad I Promoción de la Salud Compromiso de todos: Participación Social. (consultada el 27 de septiembre 2008), [http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/promociondesalud/manuales/promocion de salud compromiso.pdf](http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/promociondesalud/manuales/promocion%20de%20salud%20compromiso.pdf)
- Nieto, M (2008): *Estrategia de Participación en Salud: Rol del Estado en políticas de Participación Ciudadana*. (consultada el 06 de diciembre 2008). <http://www.piie.cl/documentos/documento/PonenciaMnieto.pdf>
- Oliva, J. (2007): *Cuentas Públicas y Participación Ciudadana más allá del Hito Comunicacional*, Tesis para optar al grado de licenciado En Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud., (ed) (1996): Promoción de la Salud: Una antología, Washington.
- Palma, D., (1998): *La Participación y la Construcción de Ciudadanía*. Departamento de Investigación, Santiago de Chile, Universidad de Arte y Ciencias Sociales.
- Ruiz, J.,2012: Metodología de la investigación cualitativa. Serie Ciencias Sociales, Vol. 15. Universidad de Deusto.
- Serrano, C. (1998): Participación Social y Ciudadana: Un debate de Chile Contemporáneo. (Consultado el 25 de abril del 2011), <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/528639170.pdf>
- Taylor, S.,(2007):Psicología de la Salud, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tohá, C., Solari, R., (1997): *Seminario-taller La Modernización del Estado y la Gerencia Pública*. Organizado por la fundación Friedrich Ebert (FES). Santiago. Chile 28-29 octubre 1996 (03-10).

- Weinstein, M., (1997): Participación Social en Salud. Acciones en Curso, FLACSO. Chile.

# **ANEXOS**

RESUMEN MATRIZ DE TRANSVERSALIZACIÓN DEL DISCURSO			
CATEGORIAS	SUJETOS TIPO		
	EQUIPO DE SALUD	COMUNIDAD ORGANIZADA	USUARIOS
<p><b>Proceso de participación a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.</b></p>	<p>Para que la comunidad conozca y también colabore en todo lo que es el modelo de salud familiar es importante la participación, ellos son los que conocen a sus vecinos mueven a su territorio, conocen sus necesidades y sobre todo yo creo que es súper importante la participación social sobre todo porque desde la década del 90' ha ido una disminución de lo que es la participación, que ha habido un recambio de los dirigentes y ellos no conocen muchas experiencias participativas, la participación que se conoce es más individualista un cuento de resolver problemas personales</p>	<p>La participación para mi ha sido una cosa que ya soy adulto mayor, me gusta bastante ayudar a las personas. A veces ayudo a las personas y se me olvida que tengo problema también y eso me hace ver que uno tiene problemas que son muy inferiores a los demás y cree que los problemas no tienen solución de uno y se da cuenta que no po'.</p>	<p>Yo cuando comencé participaba en el centro de madres, yo por eso participo, porque es una institución de mujeres y las mujeres estamos preguntando, yo por eso participaba acá, por que ahí médicos buenos, esta la sala era, todo eso a uno le conviene – porque le lleva beneficios a la comunidad.</p>

CATEGORIAS	SUJETOS TIPO		
	EQUIPO DE SALUD	COMUNIDAD ORGANIZADA	USUARIOS
<p><b>Relación Usuario-Equipo de Salud a partir de la implementación del modelo de salud familiar.</b></p>	<p>En ese sentido por ejemplo, porque una cosa es la sectorización, se sectoriza, somos rojo y atendemos unidades vecinales específicas y en ese sentido nosotros conocemos a la población que tenemos a cargo. Tenemos identificados la zona de mayor riesgo y los funcionarios saben, saludan. Yo trabajo en el rojo, conozco un poco la historia pero que haya mejorado la relación en término de calidad de trato yo creo que no todavía, es un trabajo que hay que continuar haciendo.</p>	<p>Las relaciones humanas son buenas, mira yo como dirigente que estoy conviviendo ciertamente con las personas del consultorio por diferentes razones o con las asistentes sociales, si veo algo mejor trato de ignorarlo, sino lo único que lograría es tener puro enemigos. Viendo las cosas más fríamente creo que deben agilizarse ciertas cosas más.</p>	<p>La señora Lilian estuvo trabajando con nosotros harto tiempo también, pero después ahora ni nos mira, pasa por al lado y no nos saluda y estuvimos harto años trabajando con ella, yo considero que las relaciones no han sido como las anteriores, las asistentes sociales saludan, por eso que la gente se fue aburriendo por la actitud que tienen.</p>

<b>RESUMEN MATRIZ DE TRANSVERSALIZACIÓN DEL DISCURSO</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUJETOS TIPO</b>		
	<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<b>COMUNIDAD ORGANIZADA</b>	<b>USUARIOS</b>
<b>Proceso de cambio de estructura y organización a partir de la implementación del modelo de salud familiar.</b>	En ese sentido cuando se hizo la división territorial, se hizo una buena implementación, yo no estaba, pero tengo un informe. Se hizo en conjunto, se cito a los dirigentes, se les contó; ellos participaron en la división territorial, ayudaron colaboraron, vinieron el primer día que se hecho andar el consultorio partiendo por sectores, ellos se incorporaron y se pintaron los caminos y decían a usted le toca el rojo, venga acá, donde vive	La idea es buena pero la práctica no ha resultado como debe ser, no sacamos nada con tener un consultorio con doctores de medicina general una administración grande, una estructura y todo, si no tenemos los elementos necesarios y más básico como son los medicamentos, no se pueden seguir los tratamientos porque faltan los medicamentos, entonces no ha resultado yo digo en el fondo.	Cuando comenzó todo esto se dijo que iba ser todo computarizado, se iba a tener un doctor de cabecera, que iba estar toda la familia, eso no se cumplió, se cumplió a medias no más. Todos dijimos es bueno, por una parte va estar buena la tecnología, por otra parte yo decía no creo que vaya a resultar decía yo entre mi, porque veía que no resultaba con las carpetas que tenían menos va resultar con esto de los computadores.

RESUMEN MATRIZ DE TRANSVERSALIZACIÓN DEL DISCURSO			
CATEGORIAS	SUJETOS TIPO		
	EQUIPO DE SALUD	COMUNIDAD ORGANIZADA	USUARIOS
<p><b>Acceso a las prestaciones de Servicios a partir de la implementación del Modelo de Salud Familiar.</b></p>	<p>Los servicios yo creo que son los adecuados, faltaría agregar más especialidades, ojala pudiésemos tener médicos especialistas porque resolveríamos más la demanda. Creo que de alguna manera los equipos de salud han ido dando una vuelta a lo que es el modelo de salud familiar, todavía prima mucho lo que es modelo biomédico, se atiende mucho todavía lo que es la enfermedad.</p>	<p>Yo no se que hacer para obtener los remedios. Yo he puesto reclamo e incluso ahí ando con las cartas que me llego de FONASA con las respuestas que no me satisfacen, porque los abuelitos vienen a que le den sus remedios, yo vengo con ellos y les digo siéntense aquí, y me dicen los funcionarios no, no ahí, pero en unos días más van a llegar, pero los abuelitos no pueden estar comprando remedios, además son del AUGE. Yo tuve que comprar mi receta porque no había acá – los abuelitos no tienen para comprar</p>	<p>Antes era todo muy bueno, antes lo atendían aquí a nosotros, estaba el Doctor León que atendía a mi esposo la primera vez que se atendió y le decía: a la hora que usted llegue y necesites curación tu los vienes a buscar y a los tres, un mes estuvieron yendo a la casa a curaciones a ver a mi marido y eso ahora no lo hacen, yo perdí por mi hija la hora de hipertensa ahora tengo que venir en diciembre para el mes de enero, gracias a Dios tengo como comprarme remedios o le pido a la señora Noelia, pero a veces hay gente que no tiene.</p>

<b>RESUMEN MATRIZ DE TRANSVERSALIZACIÓN DEL DISCURSO</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUJETOS TIPO</b>		
	<b>EQUIPO DE SALUD</b>	<b>COMUNIDAD ORGANIZADA</b>	<b>USUARIOS</b>
<b>Valoración de la atención entregada a la comunidad a partir de la implementación del modelo de salud familiar.</b>	El mayor reclamo de la comunidad tiene que ver con una situación de trato, en general no son todos los funcionarios, pero si tu entrevistas a la comunidad, la comunidad ese es reclamo. Cuando tú atiendes a alguien y le das la respuesta bien y si necesita un medicamento o una hora y no hay, tú le explicas los motivos las personas se van mucho más contentas, por tranquilas, por último acogidas y satisfechas de la respuesta.	Yo siempre he comparado la atención de los consultorios en dos, lo que es administrativo y lo que es propiamente lo que hace el profesional que es el medico. Generalmente la atención que hacen los médicos el trato hacia las personas es bueno, no se si porque tal ves sean mejor preparados, por lo general es bueno; pero lo que se trata la atención administrativa por ejemplo en el SOME, generalmente no es agradable, es desagradable, en muchas veces he sido testigo que se contesta mal a las personas y cada persona tiene su genio y uno no sabe en ese momento como anda su genio y se crean dificultades y se crean problemas, eso yo he notado.	Siempre he tenido buena atención de los funcionarios, solo una vez tuve mala atención pero fue para mi, pésima atención e hice en la dirección el reclamo, pero la mayor parte me conoce, pero esta funcionaria no me conocía, pero me atendió súper mal, y yo con buenas palabras, pero no se, andaría mal la niña, no sé pero me atendió mal.

**RESUMEN MATRIZ DE TRANSVERSALIZACIÓN DEL DISCURSO**

CATEGORIAS	SUJETOS TIPO		
	EQUIPO DE SALUD	COMUNIDAD ORGANIZADA	USUARIOS
<b>Proceso de Cambio Cultural</b>	Yo creo que la iniciativa y la idea que es modelo de salud familiar es una buena idea y en ese sentido desde lo teórico, de lo que se emana esta súper bien, el tema es la implementación en las mismas localidades que yo creo que quedo más de lo mismo y ha habido una carencia de recursos para efectivamente trabajar en ese modelo.	Se nos prometieron muchas cosas cuando estuvo la señora Patricia Vega, desgraciadamente se fue, porque en ese periodo comenzó todo esto, que se tenían proyectado y después no se cumplieron por que el voluntariado comenzó a entraparse en una pared con algunas persona	Ahora mismo yo perdí la hora el 25 no estaba aquí, andaba fuera de Santiago y ahora tengo que venir el 15 de diciembre para que me den hora para enero para atenderme y la atención es crónico porque yo soy hipertensa – antes yo encontraba que era mejor y las horas no eran tan retiradas, igual para los niños lo mismo



		<p>comunidad acerca de los cambios en el Modelo de Atención</p> <p>-Percepción de la comunidad respecto a los roles que cumplen los equipos de salud</p>	<p>¿Cuáles son los cambios que visualiza usted que se han generado en la atención que presta el centro de salud?</p> <p>¿Qué piensa usted respecto a la labor que cumplen los equipos de salud?</p>
<p><b>Implementación del Modelo de Participación Comunitaria</b></p> <p>Estrategia que se desarrolla en el territorio 8 y 9 pertenecientes al CESFAM Dr. Albertz comuna de Cerro Navia, con el fin de establecer acciones personales o colectivas donde se establezcan decisiones en conjunto que permitan lograr el bienestar de las personas, familias y comunidades e incorporar estilos de vida saludables.</p>	<p><b>Proceso de cambio cultural</b></p> <p><b>Objetivos de la Participación</b></p> <p><b>Estructura y Organización</b></p>	<p>Valoración de la participación</p> <p>Percepción de la comunidad sobre la importancia de la participación como logro de objetivos (política de salud)</p> <p>Las expectativas de la población usuaria con los servicios prestados</p> <p>Percepción de la comunidad organizada y equipo de salud respecto a los vínculos y redes sociales</p> <p>Valoración de las instancias y mecanismos de</p>	<p>¿Qué importancia tiene para usted la participación?</p> <p>¿Cuáles son sus expectativas respecto a los servicios que presta el centro de salud?</p> <p>¿Cómo considera usted la forma que tiene el Centro de Salud para generar relaciones con otras organizaciones o instituciones?.</p> <p>¿Conoce usted espacios de participación que tiene el centro de salud?</p>

	<p><b>Calidad de Participación</b></p>	<p>participación</p> <p>Valoración de las estrategias de participación</p> <p>Percepción de la comunidad organizada respecto al rol que cumplen en las instancias de participación</p> <p>Percepción del equipo de salud respecto al rol que cumplen en la instancia de participación.</p> <p>Valoración de la participación de la comunidad en el cuidado de la salud</p> <p>Tipos de participación que establece la comunidad atendida</p> <p>Tipo de participación que establece el equipo de salud de la institución</p> <p>Tipo de participación que establece la comunidad organizada</p>	<p>¿Qué importancia le otorga a estos espacios?</p> <p>¿Qué podrían decir ustedes respecto a las formas y actividades de participación que se generan en el Centro de Salud?</p> <p>¿Cómo participa usted en su Centro de salud? ¿En qué más participaría?</p>
--	--	---	--

## **PREGUNTAS DE LAS ENTREVISTAS**

### **Comunidad Organizada y Usuaría**

- ¿Cómo considera usted el tipo de atención que reciben los usuarios y comunidad del Centro de Salud?
- ¿Cómo considera usted el tipo de atención que reciben los usuarios y comunidad del Centro de Salud?
- ¿Cómo visualiza usted las relaciones entre el equipo de salud y usuarios?
- ¿Cómo visualiza usted las relaciones entre el equipo de salud y la comunidad organizada?
- ¿Qué piensa usted respecto a los servicios que presta su centro de salud?
- ¿Qué piensa usted respecto a la implementación de la división territorial por sector (rojo, naranja, verde y amarillo) en su centro de salud?
- ¿Cómo considera usted las formas de atención que se dan en el Centro de Salud?
- ¿Cuáles son los cambios que visualiza usted que se han generado en la atención que presta el centro de salud?
- ¿Qué piensa usted respecto a la labor que cumplen los equipos de salud?
- ¿Qué importancia tiene para usted la participación?
- ¿Cuáles son sus expectativas respecto a los servicios que presta el centro de salud?
- ¿Cómo considera usted la forma que tiene el Centro de Salud para generar relaciones con otras organizaciones o instituciones?
- ¿Conoce usted espacios de participación que tiene el centro de salud?

## **PREGUNTAS DE LAS ENTREVISTAS**

### **Equipo de Salud**

- ¿Cómo considera usted el tipo de atención que reciben los usuarios y comunidad del Centro de Salud?
- ¿Cómo visualiza usted las relaciones entre el equipo de salud y usuarios?
- ¿Cómo visualiza usted las relaciones entre el equipo de salud y la comunidad organizada?
- ¿Qué piensa usted respecto a los servicios que presta su centro de salud?
- ¿Qué piensa usted respecto a la implementación de la división territorial por sector (rojo, naranja, verde y amarillo) en su centro de salud?
- ¿Cómo considera usted las formas de atención que se dan en el Centro de Salud?
- ¿Qué piensa usted respecto a la labor que cumplen los equipos de salud?
- ¿Qué importancia tiene para usted la participación?
- ¿Cómo considera usted la forma que tiene el Centro de Salud para generar relaciones con otras organizaciones o instituciones?
- ¿Conoce usted espacios de participación que tiene el centro de salud?