CONVERSACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR

PROYECTO
MECESUP 1410
2015-2017

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

PUERTO MONTT – RANCAGUA – SANTIAGO

EDITORES
Eliana Espinoza Alarcón, Asistente Social
María Ester González Morales, Psicóloga Clínica
Marcelo Vásquez León, Asistente Social

Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Gran Avda. 3100, San Miguel, Santiago, Región Metropolitana, Chile.
Tel. +569-29770645
aprimariauchile@med.uchile.cl

DISEÑO
Luis Olavarria
Tel. +569-73324050

Este material ha sido financiado con recursos del Proyecto MECESUP 1410 ejecutado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

INDICE

CONTENIDOS **PAG.**

INTRODUCCIÓN 07

ANTECEDENTES 08

CONFERENCIAS 09

DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN CHILE. PROCESO DE EVALUACIÓN
Margarita Barría Iroumé, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 10

COMUNIDAD, PARTICIPACIÓN Y MODELO DE SALUD FAMILIAR
Bárbara Letelier, Depto. Gestión en Satisfacción Usuaria y Participación Social. Servicio de Salud Metropolitano Oriente 21

PERFIL PROFESIONAL QUE REQUIERE LA APS ACTUAL EN CHILE
Juan Ilabaca, Director de APS, Servicio de Salud Metropolitano Norte. 24

¿POR QUÉ ES NECESARIO INNOVAR EN DOCENCIA EN LAS CARRERAS DE LA SALUD?
Carolina Figueroa, Coordinadora Unidad de Desarrollo de Docencia de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 33

PANELES 39

PANEL 1: EXPERIENCIAS EXITOSAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. 40

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN LA COMUNA DE ANGOL
Carolina Muñoz, Encargada del Modelo de Salud Familiar, CESFAM Huequén y Encargada Comunal Promoción, Angol. 40

IMPLEMENTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN LA COMUNA DE PEÑALOLÉN
Estrella Arancibia, Directora de Salud de la comuna de Peñalolén. 48

CONTENIDOS **PAG.**

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORÍA EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR
Jhonny Acevedo, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Marcelo Vásquez, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de medicina, Universidad de Chile..... 54

GESTIÓN DEL MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE SALUD RURAL DEL SERVICIO DE SALUD DE AYSEN
Fabián Méndez, Encargado Unidad Salud Familiar, Promoción y Participación, Servicio de Salud de Aysén. 61

AVANCES DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN COMUNA DE OSORNO
Dra. Ximena Acuña, Directora de Salud de Osorno. 65

EXPERIENCIA EN SALUD FAMILIAR EN LA COMUNA DE PURRANQUE
Soledad Martino, Directora de Salud de Purranque. 69

PANEL 2: COMUNIDAD, INTERSECTORIALIDAD Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL. 75

INTERVENCIÓN EN TIEMPO CRÍTICO (ITC); UNA EXPERIENCIA EN LA ZONA SUR DE SANTIAGO. PROYECTO MECESUP
Claudia Muñoz, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
María José Jorquera, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 75

DESARROLLO DE LA INFANCIA EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR; ALGUNAS EXPERIENCIAS
Carolina Gutiérrez, Red Infanto Juvenil, comuna de Quinta de Tilcoco. 80

PARTICIPACIÓN SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD EN LA COMUNA DE ANGOL
Carolina Muñoz, Encargada Modelo de Salud Familiar, Cesfam Huequén y Encargada Comunal Promoción, Angol. 87

CONTENIDOS **PAG.**

PANEL 3: DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN LOS ESTUDIANTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL TRABAJO COMUNITARIO. 96

INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE COMUNIDAD EN MALLAS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CHILE
Verónica Aliaga. Escuela de Pre Grado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 96

PROFESIONALES QUE REQUIERE LA APS EN LA ACTUALIDAD
Carmen Donoso, Pdta. Consejos de Desarrollo Local de Salud, comuna de San Bernardo. 100

PANEL 4: EXPERIENCIAS DE INNOVACIÓN EN DOCENCIA EN APS. 103

EXPERIENCIA DEL MÓDULO INTEGRADO INTERDISCIPLINARIO MULTIPROFESIONAL (MIIM)
Mónica Espinoza, Académico Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 103

EXPERIENCIAS DE INNOVACIÓN CURRICULAR EN DOCENCIA: 4to AÑO DE MEDICINA CON LA ASIGNATURA MEDICINA FAMILIAR I
Jhonny Acevedo, Académico Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 107

SISTEMATIZACIÓN DE PORTAFOLIOS DE INTERNADO URBANO DE MEDICINA
Constanza Bartolucci, Académico Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 112

ALGUNOS DESAFÍOS 115

INTRODUCCIÓN

El presente texto reúne las ponencias presentadas en el marco de la difusión del Proyecto Mecesup "Innovando en los modelos de docencia, gestión y atención clínico-comunitario en un centro de salud familiar", desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

A partir de los diferentes lineamientos que se comprometieron en esta iniciativa, se organizaron cuatro jornadas de intercambio en el año 2016, que tuvieron por objetivo difundir algunos de los logros alcanzados y fomentar la discusión e intercambio en los temas de interés. Se establecieron alianzas con Servicios de Salud, Departamentos, Corporaciones y Centros de Salud Familiar con la finalidad de invitarlos a estas instancias de intercambio, discusión y reflexión.

Se desarrollaron jornadas en Rancagua, Puerto Montt y Santiago en temas de atención primaria, salud familiar, participación comunitaria y docencia, entre los meses de agosto a diciembre de 2016, contando para ello con la participación de académicos de ésta casa de estudios y otros representantes de la atención primaria, además de líderes comunitarios, en calidad de expositores.

Asistieron a las jornadas cerca de 350 personas, todos integrantes de la red amplia de salud, tantos de los servicios como de las comunas. Al mismo tiempo concurrieron líderes comunitarios y académicos de diversas universidades.

A continuación se presentan las ponencias expuestas de modo que sean un insumo para continuar la reflexión de los equipos profesionales y técnicos de la atención primaria y de los académicos de instituciones de educación superior relacionados con las carreras de la salud.

ANTECEDENTES

El Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile es un Departamento único y transversal a las carreras de salud, en esta casa de estudios, cuya misión tiene por objeto desarrollar conocimiento transdisciplinario en atención primaria de salud, salud familiar y medicina familiar, a través del ejercicio de la docencia de pregrado, postgrado, postítulo, investigación y extensión basados en la excelencia académica.

Además de la formación de estudiantes, el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar realiza perfeccionamiento y asesorías a instituciones gubernamentales y no gubernamentales, municipales, organismos comunitarios y equipos de la red de salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas, de sus comunidades y de la población general en todo el territorio nacional.

Su quehacer aporta al fortalecimiento de la atención primaria de salud como estrategia de desarrollo del país, además de potenciar el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario que se implementa en la red de APS en Chile, desde hace algunos años.

En consonancia con ello, es responsabilidad del rol académico no solo la formación de pre – grado y post – grado, sino además la generación de espacios para la reflexión y análisis continuo del trabajo que realizan los centros de salud, sus profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares - los trabajadores de la atención primaria- toda vez que la producción de conocimientos cobra relevancia mediante la integración de la teoría y práctica a través de la experiencia vivida, permitiendo así implementar nuevas metodologías en la búsqueda de soluciones frente a determinados problemas; proceso sistemático que hace posible pensar la realidad con un “otro” protagonista de sus propios procesos de cambio llevados a cabo en su propia comunidad local, urbana o rural y que se pretenden visibilizar en tanto este espacio se constituye en un círculo virtuoso de aprendizaje y colaboración.

En este sentido, se destaca aquí el compromiso en y con la salud, lo que se traduce en la participación social que promueve el respeto por los derechos de las personas en un marco de mutuo reconocimiento de habilidades y competencias, que ejercidas y potenciadas por los equipos de salud y la comunidad, habilita espacios de mayor efectividad en salud para el contexto local.

Gracias a los aportes del proyecto MECESUP 1410, se ha contribuido al desarrollo de estos encuentros, los que han favorecido la presentación de experiencias en salud a nivel local y de país, a través de la reflexión entre el mundo académico y la comunidad sobre atención primaria y salud familiar.

Este espacio de trabajo, generado por los aportes del Proyecto Mecesup 1410, ha permitido el desarrollo de experiencias académicas, de investigación, docencia y desarrollo de proyectos, que en su conjunto contribuyen al bienestar social.

CONFERENCIAS

DESARROLLO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN CHILE. PROCESO DE EVALUACIÓN

Margarita Barría Iroumé, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

La presente ponencia busca mostrar el estado actual del proceso de evaluación del desarrollo del modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, en Chile.

La evaluación del modelo es un proceso que se inicia el año 2008 con una pauta de certificación que se mantuvo desde el año 2009 hasta el año 2014. El año 2015 se aplicó un nuevo instrumento que muestra un porcentaje de desarrollo del establecimiento a partir de lineamientos del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria de la División de Atención Primaria.[1]

Sería muy difícil comprender el estado actual, sin antes realizar una revisión del contexto en que se ha desarrollado este proceso, por lo que se hará referencia a algunos antecedentes de la Atención Primaria en Chile, el camino recorrido y finalmente los desafíos planteados.

En Chile, el desarrollo de la Atención Primaria se ha dado en forma conjunta con el progreso de la institucionalidad sanitaria, a lo largo de toda su historia.

Como primer dato relevante, en Chile en el año 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y la Caja de Seguro Obrero, a partir de este momento, se inicia la inversión y el desarrollo de la institucionalidad pública que años después se cristalizará en la creación de consultorios y postas rurales[2].

En aquella época, ya existían instituciones privadas como la Gota de Leche, donde se entregaba leche a las mujeres con hijos recién nacidos que debían controlarse a los 15 días y, durante el control médico y de enfermera se les enseñaba a las madres, los cuidados del recién nacido[3].

En el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, fusionándose distintas instituciones y creándose una estructura a lo largo de todo el país, con territorios y poblaciones asignadas (zonas) en establecimientos hospitalarios y ambulatorios como consultorios y postas de salud rural. De esta manera se avanza en el concepto de salud como política social, como inversión y no sólo como "gasto" para el país, lo que da origen a los programas de planificación familiar, salud maternal y salud infantil.

[1] Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atencion Primaria de la División de Atención Primaria.

[2] Memoria Nacional Chilena, Caja del Seguro Obrero Obligatorio : http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93761.html

[3] Memoria Nacional Chilena: Caridad y Salud: Gotas de Leche 1900-1940: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-100643.html

Solo a partir de la década de los 60, comienza el cambio, en que el gasto en salud se transforma en inversión en salud, como un componente fuerte en el desarrollo del país.

Será a partir de la década de los 70 que aparece la salud como un derecho; ya no se concibe la salud desde una concepción asistencial, sino desde una perspectiva de derechos, teniendo en cuenta en todo momento el desarrollo de los sujetos y de sus comunidades.

Se impulsa así y con fuerza la nutrición infantil y juvenil con la entrega de leche y alimentos en los centros de salud, asociado ello a exámenes y vacunas preventivas. Cobra relevancia así la entrega de alimentos en las escuelas mediante el aumento de raciones de desayunos y de almuerzos a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)[4].

En forma paralela y durante el mismo período, se pone énfasis en la atención primaria y en la participación social, inaugurándose un número importante de centros de salud en los diferentes barrios populares.

Para el año 1978, y en el contexto de la "Declaración de Alma Ata" y sus principios, Chile ya tiene una trayectoria importante en atención primaria que ha fortalecido el trabajo desarrollado.

Entre los años 1979 – 1981, periodo de la dictadura militar, se impulsa la gran reforma neoliberal. Mediante algunas acciones se termina con el antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS), dividiéndose en servicios de salud autónomos, descentralizándose de las regiones y/o provincias e iniciándose el traspaso de los centros de atención primaria de salud a los municipios.

Se promueve fuertemente el sistema privado a través de la creación y el subsidio estatal a las instituciones de salud previsional (Isapres); las que se mantienen junto al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este último como sistema financiero de salud del aparato público.

Con la municipalización cambia la tutela de los establecimientos en salud, de las postas rurales y de los consultorios a lo largo del país y se "atomiza" la atención primaria, haciéndola depender fuertemente del alcalde designado en ese momento, por la dictadura.

Con el paso de los años, se democratiza el país y con ello los municipios, comenzando a funcionar el sistema público como un Sistema Nacional de Servicios de Salud, reconociéndose en cada territorio la administración pública de establecimientos, sean éstos municipales o administrados directamente por los servicios de salud, como es el caso de los hospitales.

No obstante, aún la administración municipal de la atención primaria sigue siendo un tema controversial; pues existen algunas opiniones opuestas a este tipo de administración.

En todo caso, parece ser que la municipalización acercó la salud a las personas, las que han podido defender sus derechos al tener al alcalde "más cerca" que al Director del Servicio de Salud, quién se encuentra lejano de los temas cotidianos, de la atención y del trabajo en los CESFAM. Sin embargo, es preciso reconocer que la "atomización" y la "inequidad" han caracterizado a la atención primaria, lo que se ha exacerbado a lo largo del país.

El año 1995, en democracia, se crea el Estatuto de Atención Primaria Municipal, con una carrera

[4] Vigencia y Legado: Tres Propuestas de Salud en las "Primeras 40 medidas" del Gobierno de Salvador Allende. Por Soledad Barria. Afiche: Mario Quiroz, Waldo González. Artículo de la Edición Nº12 de El Desconcierto/ Julio/13: http://www.eldesconcierto.cl/2017/07/29/cooperativa-maestras-hay-que-sacarse-la-idea-de-que-estos-trabajos-requieren-fuerza-masculina/

específica para el personal dependiente de los municipios y un sistema de financiamiento municipal basado en un per cápita, que es primordial como sistema de financiamiento para la atención primaria[5].

Hay que tener presente que en los años 80 para que al municipio le fuera rentable hacerse cargo de la salud y no se opusiera a la municipalización, se le entrega por parte del estado un pago por prestación realizada, lo que permite la obtención de recursos de acuerdo a ésta práctica; mientras más prestaciones se realizaban, más recursos obtenía. Este hecho aumentó la desigualdad por diferencias de capacidades instaladas, lo que derivó en un sistema ineficiente, dado que se financiaban las patologías en detrimento de la esencia de la atención primaria: la promoción y la prevención de la salud.

Fue así como a partir del año 1995, se instala una nueva modalidad: la entrega de recursos al municipio, con el objeto de mantener "sana" a la población a cargo. Para tales efectos, el municipio se compromete a cumplir con algunas exigencias con su personal y con una planificación sanitaria supervisada por el Servicio de Salud, correspondiente a su territorio.

En el año 2004 surge la Reforma de Salud con un enfoque de derecho, de participación social, que incluye la garantía de calidad; hecho novedoso para un programa de salud a nivel país. Lo que a su vez se sostiene sobre el modelo de atención integral, base del sistema de atención en salud.

Un aspecto relevante de destacar es el gasto de salud del país, comparado con los países de la OECD. En Chile, es más elevado el gasto privado que el gasto público, como porcentaje del PGB, a diferencia de lo que sucede en los demás países[6].

Chile por otra parte tiene una expectativa de vida de 80.5[7] años; es el segundo país de América después de Canadá, con un 82,2 años de vida.

En comparación con Chile, Canadá gasta U$4522, mientras que Chile U$1568 per cápita en salud, gasto inferior en relación a otros países desarrollados que tienen una expectativa de vida similar. Algunos creen que ello funciona gracias a la organización del sistema y especialmente a la eficiencia de la atención primaria en nuestro país. Se han ganado 16 años de vida, entre el año 1970 y 2011. En promedio la OECD[8] aumentó en 10 años en el mismo periodo. Si bien el incremento de años de vida es importante, existen inequidades tremendas en nuestro país. A modo de ejemplo de las desigualdades, las personas que viven en la comuna de Vitacura tienen 80 y más años de expectativa de vida, en cambio las de comunas como Independencia, de la misma Región Metropolitana, tienen en promedio una expectativa de vida cercana a los 70 años. Estas grandes inequidades se ven acrecentadas aún más en sectores rurales.

Otro ámbito que muestra inequidades es la mortalidad infantil, según la educación materna. Se observa cómo las personas que tienen entre 1 a 6 años de escolaridad, tienen una tasa de 13/1.000 de mortalidad infantil; en cambio las que tienen 13 o más años de escolaridad tienen un índice de 5.8/1.000 de mortalidad infantil.

Si se compara el ámbito urbano respecto del rural, la mortalidad infantil es más baja en el primero, 5.6/1.000 que en el segundo 8.4/1.000, en el caso de madres con 13 o más años de escolaridad. Por lo tanto aquí se constata la existencia de desigualdades.

[5] Estatuto de Atención Primaria de Salud, Ley 19.378 del 13 de abril 1995.

[6] OECD Health Stadistics 2013,http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; Who Global Health Expenditure Database.

[7] OMS: Chile tiene la mayor esperanza de vida de América Latina http://www.latercera.com/noticia/oms-chile-tiene-la-mayor-esperanza-de-vida-de-america-latina/

[8] OECD Health Stadistics 2013,http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en;Word bankfor non –OECD countries.

Del modelo de atención en salud

A partir de los años 80 se comienza a hablar de Medicina Familiar. Por otra parte en los años 90 se observa una fuerte innovación tecnológica, administrativa y financiera para aumentar la resolutividad o capacidad de resolver problemas en la atención primaria, así como para transformar el objetivo desde la enfermedad a la salud[9]. Posteriormente, en la época de la reforma, se desarrollan varios documentos teóricos del Ministerio[10] y ya el año 2013 se edita el artículo: "Las Orientaciones Técnicas para la Implementación del Modelo"[11] que guiará las acciones en salud.

Desde el año 2008 se inicia la certificación de establecimientos de atención primaria, inicialmente dirigida sólo a los consultorios en proceso de transformación a Centros de Salud Familiar (CESFAM), excluyéndose las postas rurales. A partir del año 2009 y hasta el 2014 se aplica la misma pauta, la que evaluaba tres niveles de desarrollo del modelo: mediano, mediano-alto y superior.

Cabe señalar que en la misma época se diseñó una pauta para Hospitales Comunitarios.

El estado actual ¿Qué ocurre hoy con la población que demanda atención?

Existen numerosas expectativas de parte de la población. Primero, se exige trato digno, oportuno y de calidad en la atención, tema en el que subsiste una clara deuda.

Segundo, se busca una atención con alta resolución, lo que da cuenta que ya no son suficientes los exámenes básicos. La población cuenta con un acceso importante a la información, la maneja y ello aumenta la complejidad, dado que el contexto actual está atravesado por un sistema económico que de alguna forma exacerba el uso del laboratorio, incentivando la toma de diversos exámenes. Si el médico no solicita una batería de estos, es mal visto porque no estaría facilitando el acceso a las suficientes oportunidades. Sin embargo, hay otros profesionales médicos, que prefieren ser más exhaustivos y evitar posibles demandas legales futuras.

En consecuencia, se complejiza no solo la oferta de prestaciones necesarias de entregar, sino que además aumentan los exámenes clínicos de mayor costo y complejidad.

En este escenario, cabe destacar el perfil epidemiológico y demográfico actual. Como se ha descrito en párrafos anteriores existe un crecimiento significativo de la expectativa de vida.

Junto con ello, coexiste un incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y un aumento significativo del envejecimiento de la población, a nivel país.

En disonancia con este diagnóstico situacional, actualmente se cuenta con un modelo de atención centrado en lo curativo, hospitalocentrista, demandado por usuarios complejos y con

[9] De Consultorio a Centro de Salud, Minsal.

[10] En el Camino a Centro de Salud Familiar, Marco Referencial Hospitales de Familia.

[11] Orientaciones Técnicas para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. MINSAL, DIVAP, 2013.

pluripatologías. Es el modelo que sigue vigente, pues se ha dificultado el cambio, ello debido a factores de índole cultural – entre otras cosas - que valora a médicos especialistas en detrimento de los médicos de familia y médicos generales.

Por su parte el sistema socioeconómico, exacerba la especialización, perdiéndose el foco del proceso de salud y enfermedad de la persona, situada en el contexto familiar y sociocultural actual.

En este contexto, una forma de pensar los sistemas de salud, es a través de los sistemas integrados de salud.

Se trata justamente de integrar para superar las falencias que se visualizan en la atención, cuya dificultad radica en la fragmentación, la segmentación y la falta de continuidad en los procesos de atención a los usuarios.

De ésta manera, ésta nueva modalidad de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)[12] en la atención primaria, pretende lograr y avanzar en un acceso más equitativo hacia los ciudadanos a través de todas las prestaciones que entregue la red a lo largo del curso de vida y de las necesidades de atención más especializada que requieren los usuarios.

Para el logro de este objetivo, se cuenta con un modelo complejo que pretende integrar a la persona, familia, barrio e intersector; todos ámbitos que influyen en las patologías actuales.

En consonancia con lo anterior, se abre una interrogante: ¿cómo el centro de salud familiar con sus diferentes dispositivos puede entregar esta salud a las personas?, ¿cómo se articula la tarea para brindar ésta atención en un continuo? Se espera que el trabajo bajo esta modalidad - en redes - RISS pueda facilitar el tránsito de ésta persona hacia los distintos niveles.

Es pertinente aquí recordar los cambios propuestos por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario: atención eficiente, y oportuna, dirigida al sujeto integral en su dimensión física, mental, espiritual y social y no a la "enfermedad". Un ser, perteneciente a distintas configuraciones familiares, en permanente proceso de integración y de adaptación al medio ambiente social y cultural. Lugar, donde la cosmovisión de la propia cultura juega un rol preponderante en la concepción de la salud y de la enfermedad en cada sujeto.

Se trata del enfoque biopsicosocial, que contempla el ámbito biológico, psicológico, espiritual y socio cultural, donde el sujeto en contexto se encuentra diagramado, atravesado por los determinantes sociales de la salud.

Es necesario y urgente "cambiar la mirada", pasar de un enfoque biomédico vigente, a un enfoque biopsicosocial.

A modo de ejemplo, se puede pensar en una paciente hipertensa que llega al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) por una crisis hipertensiva. Se le brinda la atención necesaria, compensándose la paciente. Sin embargo cabe destacar que esta paciente cursó este cuadro crítico a partir de un evento desencadenante: su hijo drogadicto le vendió sus enseres. Este hecho confronta al profesional, interpelándole en su proceder, puesto que mientras no se consideren estos aspectos relevantes de la familia, del contexto y se diseñe un plan de intervención integral, probablemente la paciente continuará manteniendo sus crisis hipertensivas, a pesar de sus controles en el Cesfam.

Mientras no se aborde la situación desde esa globalidad, los Servicios de Urgencia permanecerán sobre demandados; razón por la que el foco debe cambiar. Ello conlleva un movimiento, un cambio de lugar y por ello un

[12] Dra. Andrea Solis A., Depto. de Estudios, Innovación e Información para la Gestión de la División de Gestión de la Red Asistencial. 19 de noviembre de 2014 – Jornada Sidra.

cambio de “mirada” que va desde la enfermedad a la persona; comprendiendo a su vez que el proceso de salud y enfermedad no representa ya una causalidad lineal; sino que implica comprender que existe una serie de procesos complejos relacionales interviniendo en el “problema”, necesarios de valorar.

¿Por qué la atención a la familia?

Como primera respuesta, cabe señalar que desde este paradigma, la familia no constituye sinónimo de padre, madre e hijos; pueden darse configuraciones diversas, dadas las transformaciones sociales, culturales experimentadas como sujetos a través de la historia. A modo de ejemplo, existen familias unipersonales, monoparentales, biparentales, re ensambladas o reconstituidas, homoparentales constituidas por parejas del mismo sexo.
En segundo lugar, es imprescindible destacar que en el seno de cada familia se transmiten creencias, hábitos, valores, modos de ser y de estar en el mundo, además de los rasgos biológicos.

Esta diversidad de configuraciones, confronta al profesional, respecto de los procesos de salud y enfermedad que deberá, sostener, acompañar, problematizar, con la finalidad última de que cada persona pueda “acceder” a una mejor calidad de vida.

Por ello, el trabajo tiene que ser con la familia, de modo de identificar “problemas”, con el objeto de “diseñar” conjuntamente posibilidades de cambio.

Como señalan algunos expertos sistémicos, la familia puede enfermar o sanar a sus integrantes. Un ejemplo de ello tiene relación con la instalación de hábitos nocivos al interior de ésta. Cuando uno de sus integrantes enferma o tiene un problema, este hecho potencialmente puede impactar sobre la salud de todos sus miembros. Por ello es importante trabajar con algunos instrumentos de detección, screening encuesta familiar, u otras herramientas como genogramas, ecomapas o mapas de redes, que permitan la identificación de los niveles de riesgo familiar. Esto, porque los recursos son escasos y no se cuenta con suficiente personal, por lo que se hace imprescindible establecer definiciones claras, a fin de discriminar dónde poner los mayores esfuerzos.

En concordancia con lo anterior cabe destacar que desde ésta mirada, se diferencian algunos niveles de intervención en salud. El nivel uno, dice relación con el trabajo de promoción y prevención de la salud. Contempla la atención por morbilidad, urgencias, donde básicamente se requiere saber escuchar.

El nivel 2, considera un conocimiento básico del desarrollo familiar, involucra la colaboración de la familia en su plan de manejo y el uso de algunas herramientas como guías anticipatorias, consejerías informativas; lo que requiere de habilidades y técnicas específicas de cada profesional para el manejo promocional, preventivo; diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El nivel 3 comprende un conocimiento más profundo de las reacciones de la familia frente a situaciones de estrés. Incluye apoyo emocional y manejo adecuado de parte del profesional ante eventuales crisis y resolución de conflictos. Situación que requiere de un acompañamiento capaz de sostener los procesos de salud – enfermedad de cada paciente.

Entre otras actividades se desarrollan visitas domiciliarias, consejería familiar desde un abordaje integral.

El nivel 4 corresponde a un nivel de evaluación sistemática de la función familiar y de una evaluación planificada. Se requiere de un mayor conocimiento de la teoría de sistemas aplicada a la familia y de manejo de grupos, por parte del profesional.

Por último, se hace referencia a un nivel 5 de intervención en salud, que no se ejecuta en el CESFAM, puesto que es una tarea que no compete a la atención primaria. Este nivel tiene directa relación con intervenciones terapéuticas específicas a nivel familiar. Por lo tanto se requiere de un trabajo de derivación asistida hacia Centros de Salud Mental (COSAM, CESAM) u otros Centros de la red, para la ejecución de un trabajo especializado y de mayor complejidad.

Es en este contexto donde se presentan grandes desafíos. Uno de estos tiene relación con reducir la "gran carga de enfermedad", expresada a través de las patologías no transmisibles, las enfermedades crónicas, donde las acciones que han resultado positivas en tanto han logrado revertir esta situación se circunscriben en torno al trabajo intersectorial.

Al respecto es interesante analizar y a modo de ejemplo, cómo ha disminuido el consumo de tabaco, con una normativa legal donde hubo todo un trabajo social intersectorial, logrando finalmente influir en la restricción del consumo de tabaco en lugares públicos, sin descartar junto a este hecho el aumento del precio del mismo. Esto permitió que las personas redujeran los niveles de consumo tanto a nivel laboral como en espacios públicos.

Ello, muestra la potencia de la "intersectorialidad", del trabajo "integrado" con la comunidad, con el centro de atención, la red, el Servicio de Salud, MINSAL y la administración municipal como eje fundamental en la comuna, en el territorio.

Respecto del trabajo referido a la promoción de la salud, devela que éste debe estar enfocado en apoyar el desarrollo del potencial de las personas, mediante la participación comunitaria; procesos protagónicos de la comunidad la que finalmente debe lograr incidir en sus propios determinantes sociales, con el objeto de reducir la expresión de las patologías. A modo de ejemplo, en la sexta región se debe estudiar la correlación entre patologías y ámbito laboral y como las condiciones de este trabajo pudiesen estar incidiendo en el estado de salud de las temporeras.

Del proceso de evaluación

En consonancia con lo anterior, se reafirma la necesidad de instalar y avanzar en un modelo de atención integral. Para el logro de tal objetivo es necesario evaluar el proceso.

En este sentido, se trata de valorar lo que se ha realizado y lo que se está haciendo, ¿en qué etapa de este proceso se encuentra cada equipo de salud?, ¿cómo se puede avanzar, con el objeto de mejorar la calidad de la atención? No solo es importante la certificación.

En la evaluación dos componentes son relevantes: el primero dice relación con la valoración del CESFAM, de la posta o del hospital comunitario.

El segundo, con la ejecución de un plan de mejora según los resultados obtenidos en dicha evaluación. Es así como a julio del 2016 se obtuvieron 821 establecimientos certificados y con planes de mejora, a partir del trabajo del año 2015. Lo que interesa es la superación continua, la evolución en la atención a los usuarios.

Este instrumento, que impactó en un primer momento a los equipos de salud, con el paso del tiempo, ha sido evaluado de manera más "amigable" por los equipos.

El instrumento contempla nueve ejes con indicadores en base a los tres principios irrenunciables del modelo de atención que son: la continuidad del cuidado, la integralidad y el modelo centrado en la persona.

Respecto de la continuidad del cuidado, se considera que éstos tienen que ser coherentes, conectados entre sí a lo largo del ciclo vital y con la red asistencial. A modo de ejemplo: la matrona que atiende a la embarazada y la enfermera que atiende al recién nacido en el control sano, tienen que tener una visión de continuidad de este niño, de su madre y de su padre, situados en el contexto familiar y en el escenario sociocultural actual. Ello conlleva un trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

La integralidad de la atención, considera poner especial énfasis en las creencias, los significados y la cosmovisión que tiene cada persona situada en su propia cultura.

Finalmente, la atención centrada en la persona, es uno de los enfoques que se enmarca en los modelos de relación colaborativos. Implica considerar lo que para él o la paciente es importante como problema. Desde ésta perspectiva se encuentra en sintonía con el modelo biopsicosocial: modelo interpretativo del proceso de salud – enfermedad. Proceso que cada profesional deberá acompañar, respetando el saber de cada paciente; lo que constituye un cambio de paradigma, realidad que conlleva una "renovación" significativa en la mirada y en el hacer".

Este modo de acompañar implica un reposicionamiento frente al usuario/paciente o cliente.

El profesional o técnico expone los puntos de vista respecto del problema, acompañando y motivando a la persona en aquellos aspectos relevantes que le van a conducir a su mejoría.

La relación profesional – paciente, no está centrada en una definición de "poder", concebida de manera vertical, donde sólo existe un solo válido saber, el del profesional. Por el contrario, la relación de "poder" se concibe de modo horizontal; puesto que el usuario/ paciente tiene su propio saber y como tal requiere ser escuchado, respetado y habilitado en su pensar, a fin de que sea protagonista de sus propios cambios.

Ello explica la relevancia del vínculo entre el profesional y el paciente; relación capaz de sostener y acompañar los procesos de cambio protagonizados por el paciente.

Aquí cobra importancia el equipo de cabecera, pues este logrará conocer suficientemente bien a cada persona y a su grupo familiar, pudiendo acompañar los diferentes procesos que transite a través de su ciclo vital individual y familiar.

Del instrumento

En relación al instrumento cabe señalar que lo que se solicita a los equipos de salud, es que tengan claridad respecto del proceso que desarrollan en sus diversas intervenciones; en otras palabras, que respondan a la pregunta: ¿cuál es el protocolo de atención que da respuesta a las demandas y necesidades de la población?; por ejemplo, respecto del abordaje de crisis normativas y no normativas.

Lo importante del instrumento que explora estos u otros ámbitos, es la reflexión de los profesionales y no el hecho de que cumpla o no con indicadores. Esta situación es la que explica que la evaluación se lleve a cabo cada dos años, plazo útil como instancia de diálogo al interior de cada equipo de trabajo y de mejoría a través del tiempo.

Este es un camino, difícil, lento, a partir del cual los equipos se deben co-construir y afiatar.

Otro aspecto interesante a relevar dice relación con la "Participación". Este eje, ha sido largamente trabajado en el tiempo. Sin embargo, ha quedado en incontables ocasiones en el plano discursivo, frente a lo cual surge la pregunta: ¿cuánto de participación real existe en el proceso de interacción y consulta con y hacia la comunidad?, ¿quién o quiénes suelen resolver los problemas en la comunidad?, ¿cuánto poder tiene realmente la comunidad en incidir en lo que sucede en el CESFAM?, ¿cuántas personas pertenecientes a la comunidad trabajan en la comisión de la OIRS (reclamos)? En realidad, ¿la comunidad participa en la revisión de los reclamos?

Es necesario avanzar en el "cómo" la comunidad participa, cómo se implica en cada uno de los procesos de salud y enfermedad, cuidando de que no quede relegada sólo a una relación de consulta.

En este eje de Participación, se solicita el levantamiento de datos y desarrollo de un diagnóstico participativo, preferentemente por sector.

En el eje, “centrado en la atención abierta”, se evalúa si las personas con riesgo de hospitalización cuentan con un plan de cuidado ambulatorio.

A su vez, se solicitan planes de cuidado para personas egresadas por hospitalizaciones con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 e Infarto agudo al miocardio. Ha sido un indicador difícil de alcanzar, debido a la escasa relación de los centros de atención primaria con los hospitales y a las dificultades existentes en la entrega de información respecto de estos pacientes hospitalizados, hacia la atención primaria.

En el eje de la “tecnología”, se evalúa si el centro está integrado a la red; no obstante los resultados han sido sorprendentes. Todo el país ha logrado tener porcentajes altos en la pauta de certificación. Esto quiere decir que más del 60% de los CESFAM cuentan con una ficha electrónica, lo que representa un avance respecto de algunos hospitales, sobre todo de aquellos comunitarios.

Donde existen déficit es en las postas rurales, dada la falta de conectividad. Por el contrario, los grandes centros urbanos y con un porcentaje importante de población, cuentan con algún sistema de ficha electrónica.

Pese a estos avances, cabe destacar que otro tema muy diferente es el que tiene relación con el ¿cómo se establece la comunicación y qué tan efectiva es?

Respecto del eje de la Prevención, se evalúa si se interviene a la familia con riesgo y de manera integral. En este sentido el uso de la consejería como herramienta de intervención, ha permitido que los profesionales evalúen cómo están desarrollando específicamente este trabajo, a través del curso de vida o ciclo vital de cada paciente.

Respecto del eje de Salud Familiar, que se encuentra en estrecha consonancia con el principio irrenunciable “integralidad de la atención”, se exigen estudios de familia y planes de abordaje integral.

Por su parte en el eje de “calidad”, se revisan aspectos importantes como el número de interconsultas emitidas por grupo etareo y su resolución; lo que se expresa a través de los planes de mejora continua que aborda los problemas que presenta cada persona, cada familia y la comunidad.

Respecto del eje de la Intersectorialidad, se solicitan protocolos de articulación y plan de trabajo anual con el intersector.

En síntesis, en base a estos tres grandes principios: continuidad de los cuidados, integralidad y atención centrada en la persona, se evalúan estos nueve ejes mediante el desarrollo de las distintas acciones implementadas en salud.

De la evaluación de los resultados

El año 2014, se evaluó a 513 establecimientos, todos CESFAM, consultorios urbanos y rurales. El porcentaje de certificación fue de un 98.2%.

El año 2015 se certificó a 693 establecimientos incluyendo a CESFAM, CECOF, postas y hospitales comunitarios. Se obtuvo un 94% de aprobación en comparación con el 98% del año anterior.

Los CESFAM y consultorios obtuvieron un 97% de aprobación en ésta evaluación. Cabe destacar que estos centros han recibido recursos desde el año 2009 a la fecha, a fin de instalar y desarrollar el modelo.

A julio de 2016, 821 establecimientos se han certificado. Las postas se incrementaron a 211, los CESFAM y consultorios a 502, los CECOF a 72 y los hospitales comunitarios aumentaron a 36.

La certificación se mantuvo en un 94%. Sin embargo es preciso destacar que este porcentaje corresponde solo al 38% del total de los establecimientos de atención primaria.

En efecto, los establecimientos de atención primaria ascienden a 2.000, incluyendo las postas rurales.

Ahora bien, si se considera sólo los CESFAM y consultorios del país se llega al 84% del total de establecimientos certificados en el modelo.

Durante el año 2016, se evaluó el uso de un nuevo instrumento para la certificación de los establecimientos, en el modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Para el logro de esta tarea, se aplicó una encuesta a personas participantes de la red, que lo implementaron.

Los resultados mostraron que el instrumento es útil para la evaluación del desarrollo de la implementación del modelo en los establecimientos. Cerca de un 90% manifestó estar "mediana" y "totalmente de acuerdo" con el uso de éste instrumento.
Esta evaluación mostró que quién lideró el proceso de aplicación del instrumento en un 38% de los casos, fue el encargado del modelo de salud familiar, en cada establecimiento; profesional clave en el CESFAM, ya que resguardaría desde su rol, la instalación y mejoras del modelo.

El equipo directivo lideró el proceso en un 22,9% de los casos y el equipo multidisciplinario en un 21% de los establecimientos.

Se realizó otra evaluación del instrumento, mediante tres focus group con funcionarios que lo utilizaron en CESFAM, CECOSF, postas, hospitales comunitarios y departamentos municipales. Ello permitió despejar la duda de que la aplicación del instrumento y plan de mejora fuese verdaderamente efectivo para evaluar los procesos de atención y no valorado sólo como "otro" proceso administrativo.

Al mismo tiempo, con expertos de la red representantes de los servicios de salud, departamentos municipales y centros de salud, se revisó cada uno de los indicadores incluidos en el instrumento, buscando la bibliografía pertinente, de modo de proponer ajustes y recomendaciones para la versión 2017.

Es importante señalar que al MINSAL, le interesa que cada establecimiento analice su porcentaje de desarrollo, identificando acciones en favor de procesos de mejora, optimizando así sus propios recursos. Pero que a su vez mire y comprenda de manera diferente su trayectoria, no sólo en términos estadísticos, sino que fundamentalmente mediante el análisis de su propio proceso, por ejemplo: revisión de cómo se expresa la participación y el trabajo intersectorial a través del componente de promoción de la salud, en cada CECOF.

En consonancia con lo anterior, cabe señalar que en cada Servicio de Salud, se observan recorridos diferentes. Algunas comunas cuentan con un mayor desarrollo de la intersectorialidad, otras con un mayor progreso del enfoque familiar.

Por lo tanto, lo que se busca desde el MINSAL no tiene relación con generar una "competitividad" entre las diversas instituciones, sino más bien con que cada uno pueda reflexionar a partir de sus propios procesos y motivar e incentivar a aquellos establecimientos que se encuentran con un buen desarrollo del Modelo de Salud Familiar en un acompañamiento a aquellos que están en un proceso diferente y con algunos déficit.
Ahora bien, otro tema son los hospitales comunitarios, donde uno de los problemas necesarios de destacar, tiene relación con la gestión de la organización y desarrollo de las personas; conjuntamente con ello el trabajo comunitario y la intersectorialidad.

En síntesis, algunos de los elementos que han contribuido a la superación de los obstáculos para la implementación del modelo en cada territorio, es la identificación de brechas, la realización de un plan de mejora, el monitoreo y la evaluación, lo que sin duda ha permitido la optimización continua de lo desarrollado, mediante la reflexión de las acciones efectuadas, en cada establecimiento de salud, en cada comuna.

De esta manera entre los años 2015 y 2016, se observan cambios significativos de mejora en el ámbito de la gestión de desarrollo de las personas, calidad, tecnología, enfoque familiar y atención abierta. Esto podría estar dando cuenta de la implementación del plan de mejora, acciones que ejecutaron diversos establecimientos durante el transcurso del año 2015.

No obstante, cabe señalar que durante el mismo periodo, otros establecimientos presentaron déficit en el eje preventivo y en el trabajo intersectorial, no de manera significativa, pero que visibiliza la dificultad y permite mejorar.

Otro aspecto relevante a tener en consideración ha sido la auditoría de fichas, permitiendo verificar el trabajo que se está realizando y como se está ejecutando, dando cuenta a su vez de los efectos en el usuario.

Otra información importante de destacar recogida a través de éste instrumento, tiene relación con que se percibe que se suele trabajar en forma parcelada; no sólo con la familia, la persona, sino que también a nivel de la gestión.

Al respecto, éste instrumento "obliga" a la persona encargada de un programa, a dialogar con otros encargados de programas. En este sentido, se busca fortalecer al equipo y el trabajo con la comunidad, optimizando la comunicación, dando paso así a la formación de comités intercomunales de salud familiar - con sesiones mensuales – generando el acompañamiento necesario para los CESFAM, CESCOF y hospitales comunitarios, facilitando de ésta manera el intercambio de buenas prácticas entre los distintos establecimientos.
Algunas mejoras de los temas planteados son: la definición y ajustes de buenos planes de prevención del niño, de la niña y del adolescente; otros, check list de guías anticipatorias, protocolos de atención y estudios de familia y trato a los usuarios.

Existen grandes desafíos en los centros de salud, como por ejemplo, fortalecer y valorar el trabajo en y con la comunidad, fomentar la participación, potenciar el trabajo en equipo, optimizar los registros, sea la ficha simple o la electrónica y mejorar la coordinación con la red. Para el logro de este objetivo, es necesario que el Municipio apoye y esté comprometido con los CESFAM, con los CESCOF, con las postas rurales, con cada proceso, en la continuidad.

De la misma forma, alcanzar una infraestructura en salud acorde al modelo de salud familiar, se hace necesario llevar adelante un trabajo con DIDECO e incluso con el Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR). Para ello es fundamental considerar las posibilidades locales, incluyendo la participación ciudadana y el trabajo con el Municipio y los Consejos Regionales (CORE).

Por su parte el desafío de los Servicios de Salud radica en el acompañamiento a los equipos locales y así estandarizar la evaluación, de desempeño de las comunas a nivel país. Para tales efectos, es importante la evaluación del recurso humano de los servicios, con respecto a las programaciones comunales.

Así mismo, se debe fomentar el trabajo con las universidades, el apoyo a la formación, capacitación e investigación mediante la postulación a FONIS en los propios CESFAM; de tal manera que se instale un acompañamiento permanente.

Finalmente, el desafío para el MINSAL es la revisión permanente de indicadores del instrumento al mismo tiempo que generar una mayor calidad y equidad en la atención a los usuarios.

La mejoría continua es un trabajo arduo; si se trabaja en conjunto y en la misma dirección, es posible alcanzar la meta.

COMUNIDAD, PARTICIPACIÓN Y MODELO DE SALUD FAMILIAR

Bárbara Letelier, Depto. Gestión en Satisfacción Usuaria y Participación Social. Servicio de Salud Metropolitano Oriente

¿Qué es la participación?, ¿hacia dónde vamos?, ¿hacia dónde queremos avanzar? y ¿cómo es necesario abordarla para llegar a un nivel de participación deseada?
Responder éstas preguntas hace necesario considerar ciertos procesos históricos relevantes. La participación se vincula con salud desde sus inicios, en distintos grados y distintos niveles de profundización. Se reconoce que la participación estuvo presente en la cuestión social en Chile, con una mirada de las determinantes sociales de la salud.

Para efectos de esta presentación, el análisis se situará a partir de la modernización del estado, la reforma de salud y la importancia asignada a la participación ciudadana. Esto nos invita a revisar el concepto de ciudadanía y los niveles de participación en las distintas etapas de la gestión pública.

Para comenzar, ¿por qué hablar de participación y atención primaria en salud, en este contexto? La atención primaria se reconoce como el espacio donde el trabajo con las comunidades podría ser más efectivo y eficiente. Esto principalmente por dos razones; una supone una cercanía, por un tema de acotación geográfica territorial, espacios geo sociales, culturales e históricos, que suponen un grado mayor de homogeneidad. Otra de las razones de relevar a la APS, es el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y el énfasis otorgado a la participación desde un enfoque de derecho y enfoque territorial. En forma complementaria, el modelo de las redes integradas de salud basado en APS releva la participación como uno de los ejes o atributos fundamentales destinados a dar respuesta a los desafíos del sector salud.

La participación desde este contexto contribuiría a los logros de los objetivos sanitarios y al fortalecimiento del sector salud. Participación ciudadana, entendida como el grado y posibilidad de incidencia que tienen los ciudadanos en la política pública. Esto es la participación desde un enfoque de derecho, que permite y obliga integrar conceptos de equidad, género e interculturalidad (pueblos originarios y migrantes). Transversalizar la participación en todas las políticas de salud, con el objetivo de aportar a superar la fragmentación del sector.

En este sentido, existen algunos marcos normativos importantes, que reconocen y dan una plataforma para la participación ciudadana en salud. Se destaca la Ley N°20.500 y la Norma de Participación Ciudadana en Salud. En estas, se señala la obligación de todo organismo público de generar los mecanismos necesarios para incorporar la participación ciudadana en la gestión de la política pública en salud, es decir, desde el diagnóstico hasta la evaluación reformulativa. Esto incluye necesariamente la toma de decisión.

Existen en la actualidad, en el sector salud, procesos participativos con distintos grados de desarrollo a través de mecanismos de participación directa y deliberativa, además de los de consulta. Ejemplo de ello a nivel institucional son las cuentas públicas participativas en salud, diálogos ciudadanos, consejos de la sociedad civil y consejos de desarrollo local en salud. El desafío es avanzar hacia una participación vinculante.
Es importante señalar que existen distintos mecanismos de participación, los cuales implican diferentes niveles de incidencia ciudadana en la política pública, y es necesario que los equipos de salud los reconozcan y los amplíen.

Al respecto, Fernández y Ordoñez ofrecen una matriz clasificatoria que permite articular mecanismos, niveles y etapas de la planificación, interesante propuesta para que los equipos de salud puedan evaluar y reformular sus planes. Los tres ejes principales serían: la no participación o participación encubierta, la participación instrumental y la empoderada. La participación encubierta no aseguraría el aprendizaje de las personas porque no permite una reflexión crítica respecto al propio ejercicio de derecho. Por ejemplo, el uso de las tecnologías de la información y el uso de las campañas no asegura aprendizaje social, cambio y capital social comunitario. Si bien es necesario informar, hay que avanzar. Otro tipo de participación es la instrumental, una participación funcional a la gobernabilidad, requisito para la eficiencia de los programas sociales definidos institucionalmente. Por ejemplo, ejecución delegada en la comunidad de algunos programas que emanan desde las instituciones.

Por su parte, la participación empoderada "incluye la consulta vinculante", aunque frecuentemente trasciende, considerando una participación propiamente discursiva de la ciudadanía en la decisión de los cursos de acción seguidos por la política pública, integrando su capacidad de agencia de manera auténtica, puesto que aquí tiene lugar una verdadera conversación que permite desarrollar acuerdos dotados de valor cualitativo" (Fernández y Ordoñez, 2007). Participación desde un enfoque de derecho, donde se les otorga a las personas y a su comunidad el poder de incidir sobre las orientaciones y el curso de acción que tienen que ver con su propia vida.

Para avanzar, es importante conocer la "situación de la participación" en el espacio territorial donde se está inserto. Al respecto Cannobio y Jeri (2007), ofrecen e invitan a ello, proponiendo una serie de indicadores agrupados en dos componentes: Índice de la Gestión Participativa e Índice del Capital Ciudadano.

El Índice de la Gestión Participativa se vincula con el gobierno local y la propensión de incluir la participación en su gestión como promotor del desarrollo. Esto se relaciona estrechamente con la concepción personal, profesional e ideológica de las autoridades y los funcionarios. Aquí se incluyen a los equipos de salud.

No se puede olvidar que el gobierno local tiene como uno de sus objetivos promover el desarrollo local; ahí se encuentra el rol asignado a la ciudadanía a nivel de discurso. En tanto, en la práctica, se puede observar la importancia estratégica que se le otorga. También incluye la oferta de mecanismos de participación ciudadana y su acceso, que puede contemplar, desde la dependencia de la oferta externa a la generación de ofertas innovadoras.

Aquí es relevante considerar el tipo de vínculo con la comunidad, que puede ir desde una relación caracterizada por el asistencialismo a una cooperación horizontal. Desde ésta perspectiva, no es menos importante el soporte institucional para generar estos procesos, y la etapa de la gestión pública en que se integra a la comunidad. ¿Cuál es entonces la propensión de incluir la participación cuando se utilizan algunas frases o se observan algunas conductas que se repiten en los equipos de salud? Por ejemplo, cuando se escucha decir: "ojo, no invité a la comunidad porque eso enlentece la toma de decisiones o porque eso lo complejiza". Cuando se le consulta a la comunidad sobre sus necesidades e intereses, pero esto no incide en las decisiones, pues son los equipos de "expertos", quienes las toman.

Cabe aquí preguntarse: ¿en qué etapa del ciclo de los planes de salud comunal se incluye a los ciudadanos?, ¿con qué nivel?, ¿hay soportes institucionales para la participación?, ¿de cuántas horas disponen los equipos para generar procesos participativos?, ¿se tienen horas resguardadas?, ¿se cuenta con un equipo humano con competencias?, ¿el equipo de salud conoce y se involucra en el plan de participación

del CESFAM?, ¿los equipos de salud conocen la Ley de Participación y la Norma de Participación en Salud?, ¿conocen los mecanismos de participación descritos en ese marco legal?, ¿el consejo de desarrollo local, es la única instancia de participación?, ¿hay otras instancias?, ¿los diálogos ciudadanos y las cuentas públicas son vinculantes?

Respecto al Índice del Capital Ciudadano, este dice relación con la importancia que tiene la contraparte de estos gobiernos locales: con las condiciones y recursos colectivos que tiene la comunidad. Aquí se incluye el capital social comunitario, las redes de confianza y de cooperación de las comunidades en un determinado territorio. También su grado de desarrollo y la forma en que se inserta en los espacios de decisión.

Es importante que los equipos de salud y comunidad conozcan la densidad asociativa, así mismo su articulación y la densidad de las redes comunitarias informales; no es suficiente contar con un catastro de organizaciones y grupos.

En consonancia con lo anterior, habría que responder al menos a las siguientes preguntas: ¿cuál es el grado de concertación de intereses?, ¿existen pactos de cooperación? Esto puede llevar a identificar redes desarticuladas, reactivas, las que responden a intereses comunes o redes densas. Por otra parte es importante además conocer la forma en que participan aquellos que no integran organizaciones sociales.

Por último, es relevante considerar la noción de participación que tiene la comunidad, ¿qué entienden las personas por participación?, ¿están entendiendo lo mismo que los equipos?

No menos significativo es distinguir el grado de autonomía de las organizaciones respecto a las instituciones y cómo acceden a los instrumentos de información y participación ofertados. Las organizaciones que existen en sus territorios ¿tienen agenda propia?, ¿los Consejos de Desarrollo Local tienen agenda propia o es la que les asigna el equipo de salud?

Es trascendental reflexionar, pero el desafío es movilizarse. Vale aquí preguntarse ¿cuál es la situación actual respecto a la participación ciudadana?, ¿hacia dónde se quiere avanzar? y ¿cómo? y ese cómo, ¿quién lo define?

Finalmente, los Planes Comunales de Salud, los Planes de Satisfacción Usuaria y los Planes de Participación son una oportunidad y constituyen un reto sustantivo. Existen experiencias positivas, la invitación es a la búsqueda permanente.

PERFIL PROFESIONAL QUE REQUIERE LA APS ACTUAL EN CHILE

Juan Ilabaca, Director de APS, Servicio de Salud Metropolitano Norte

Cuando me invitaron a compartir algo sobre este tremendo nombre, digamos ¿cuál es el perfil?, ¿qué es lo que necesitamos?, ¿qué es lo que nos planteamos cuando estamos trabajando en la atención primaria de hoy día?, lo primero que planteaba era, bueno, en realidad no es tan claro si deba ser yo el que plantee una respuesta a un tremendo tema. Y me acordaba de uno de mis alumnos de pregrado, que el semestre pasado me decía: "profe, la única manera de entender lo que usted quería explicarnos fue cuando fuimos al centro de salud", y era una reflexión así de simple pero así de potente. Yo les hago un curso de gestión, y ¿qué es la gestión?, ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de gestión? Yo he llegado al convencimiento de que cuando hablamos de gestión, fundamentalmente estamos hablando de la relación entre nosotros, ¿cómo nos relacionamos los que trabajamos en diferentes ámbitos de la atención primaria? y de ¿cómo tomamos ciertos acuerdos para hacer de mejor manera las cosas? y eso es súper difícil de explicárselo a alumnos de pregrado. Por eso es que me hace mucho sentido lo que se planteaba hace poco de que tenemos que ser capaces de instalar mecanismos mediante los cuales traspasemos a nuestros estudiantes una forma de entender ciertos fenómenos que se dan en la atención primaria y que de una u otra manera nos encantemos con ello.

Cuando yo partí trabajando, una de las sensaciones más profundas que tenía, a los 22 años, era preguntarme ¿a quién le pregunto si lo estoy haciendo bien o mal? Y me acuerdo que mi gran consejera era la técnico paramédico que trabajaba conmigo, mi gran consejera era la persona que supuestamente estaba "para auxiliar". Yo soy nutricionista, y a inicios de los 80, fundamentalmente, nos enseñaban a recuperar desnutridos y sabíamos mucho de desnutrición y me encontré con muchos desnutridos, entonces uno se manejaba con una habilidad grande respecto de cómo preguntar, pero también me empecé a dar cuenta que las mamás tenían una tremenda habilidad para responderme lo que ellas sabían que me dejaba tranquilo. Y no sé si les pasa hoy día, han variado un poco los fenómenos, la gente llega a confirmar los diagnósticos que leyeron en internet, no llega a que ustedes le puedan decir algo respecto a eso, no sé si les suena esto pero mucha gente llega a tratar de confirmar si lo que dice internet es verdad o no es verdad. Y a veces resulta que no es verdad, peor, no le creen a uno, sino que le creen a internet, entonces los tiempos han cambiado. Yo me acuerdo de una persona que decía "yo opero melones", en eso trabajaba y yo a esas personas tuve que partir a verlas a la casa porque operaban melones pero también tenía que trabajar el doble me decía "¿por qué este cabro no sube de peso?" y claro cuando la fui a ver a la casa ella efectivamente trabajaba como temporera en la época en que recién se estaba trabajando en la modificación y los manejos de tipo genético de los diferentes productos con los que nos llenamos después a finales de los 80 y los 90 y ella lo que hacía era cambiar unas pepas de melones de un lado para otro y se producía lo que ella llamaba operar melones. Pero teníamos serias dificultades para que ella aprendiera, la única manera de aprender yo, que ella no sabía, fue visitarla en su casa y estar con ella en su casa y aprender junto con ella cómo se preparaba una mamadera. Disculpe que les hable de algo tan básico, pero finalmente esas eran competencias que yo había adquirido en lo cognitivo en la universidad, pero que la única manera de aprender desde el punto de vista del hacer fue el salir a terreno en una época dura, en una época de dictadura donde salir a terreno o salir del centro de salud y hacer otras cosas que fueran diferentes a atender era un poquito mal mirado. Entonces lo que quiero invitarles en la

presentación es hacer algunas consideraciones globales que son lo más probable conocidas por todos y me hace mucho sentido lo que decían hace un rato que en buena parte es más de lo mismo, pero tratar de terminar con algo que es un tópico generativo, que es tirarles una frase o un par de frases que lo más probable es que yo no tenga la respuesta pero que ustedes debieran ojalá entrar en discusión conmigo respecto a aquello.

En nuestro sector cada cierto tiempo, sobre todo en los años electorales nos empiezan a presionar. Sin embargo la salud aparece como prioridad a la población, el tema es que de la salud empieza como prioridad, generalmente es la atención de salud o más bien, la no atención de salud, es la brecha, el acceso, la posibilidad de acceder. Y desde el punto de vista del mirarnos desde la deficiencia se nos evalúa por lo que pasa en los hospitales. Entonces si los hospitales no resuelven cada cierto tiempo aparecemos dependiendo de la agenda pública, aparecen con mayor o menor fuerza el tema de la salud pero fundamentalmente desde la carencia y entonces nos pasa eso, que cada cierto tiempo nosotros somos víctimas de este martirio que implica que todo lo que nos están planteando en algún momento es como que no funcionara y más encima en una red que tiende a fragmentarse. Una parte importante del discurso hospitalario es que la atención primaria es aquella que no da cuenta de lo que le correspondería hacer para que nosotros no vivamos las desventuras que vivimos en el hospital, ¿les suena eso o no? Pasa que nos dicen “bueno, es que en tal parte no hicieron tal cosa” o “que en la atención primaria me mandan puras leseras” por decir de una manera elegante, y entonces aparece ahí un discurso que es muy potente y que da cuenta de una manera de lo que hoy día se ha identificado como fragmentación, en términos de la mirada de redes integradas. Ahora, sin embargo, si nosotros miramos la diversidad de personal que tenemos en atención primaria de una u otra manera nos da cuenta efectivamente de la capacidad que tiene esta atención primaria chilena de poder enfrentar de una serie de elementos que no están necesariamente instalados.

En los años 90, en el manual de construcción de estos establecimientos de atención primaria había un par de cosas que costó más de una década sacar, una era la sala de sarna y la otra era la posibilidad de incorporar kinesiólogos en la atención primaria, porque la definición del agente del Mideplan decía que el kinesiólogo era un profesional definido para el nivel secundario de alta especialización. Y en el año 89 el dato de mortalidad infantil en Chile era del orden de 20 por 1.000 y un equipo dedicado a las enfermedades respiratorias vino y propuso algo que parecía innovador en ese momento, más que innovador trasgresor, porque implicaba que había que instalar kinesiólogos según el planteamiento de ellos en atención primaria en algo que después se llamó “salas de infección respiratoria aguda” y de hecho, los que nos tocó vivir en esa época, el cambio fue que tuvimos que adaptar algunas salas de sarna para que fueran salas IRA y reconocer que el kinesiólogo podía incorporarse como un agente importante en el manejo de una enfermedad prevalente como la neumonía o en genérico de las enfermedades respiratorias y no nos dimos cuenta como en un determinado periodo bajamos la mortalidad infantil de un 20 a 10 por mil. Fundamentalmente a partir del manejo de la mortalidad pos neonatal que estaba dada fuertemente por neumonía, por neumonía con mortalidad en las casas. Estamos hablando de los años 90. Entonces lo pongo como un ejemplo porque hace unos 8 años atrás me contestaron, desde el servicio sur, frente a proponer instalar fonoaudiólogos en atención primaria, que el fonoaudiólogo es un profesional de alta especialización para el nivel secundario y terciario, o sea lo mismo que nos habían dicho en los año 90. Entonces esta gama se amplía y hoy día casi nadie discute que por supuesto kinesiólogos y terapeutas ocupacionales van logrando entrar en otros temas que van más allá de lo respiratorio. Ello da cuenta de una riqueza tremendamente grande respecto de las acciones que nuestra atención primaria realiza.

Yo siempre digo que el estar con un delantal y una jeringa en la mano nos genera un nivel de seguridad que es tremendamente fuerte, pero se nos empieza a mover el piso cuando nos relacionamos con otros desde la horizontalidad. No se cuanta gente de nosotros le ha ido a preguntar a los profesores acerca de metodología educativa pensando en reconocer a los otros como legítimos. Porque lo más probable es que los profesores, no sé si se nos había pasado por la mente, saben más de metodología educativa que nosotros porque cuando nos hemos relacionado con los profesores al salir de los muros de los establecimientos de salud, lo que hemos hecho es relacionarnos con ellos desde la expertiz de nuestro delantal blanco y jeringa en la mano. Entonces el cuento es claro, ¿cómo hacemos?, porque eso toca lo que planteaban hace un rato, ¿cómo hacemos acciones de otro tipo que estén fuera, que llamamos genéricamente comunitarias que requieren de una u otra manera generar un proceso de horizontalidad respecto de los demás? Y en ese sentido vuelvo al comentario que les hacía de mi técnico paramédico, cuando me ayudaba cuando yo partí en la profesión, que una buena parte de esa pega muchas veces puede ser hecha de manera muy potente por los técnicos que trabajan en el territorio y que muchas veces viven en el mismo lugar.

Importante es que uno debe mirar cuánto es la disponibilidad que tiene de recursos, expresado en horas para los inscritos entre una comuna y otra porque tenemos gradientes de oferta y podemos pensar mucho en hacer las cosas de manera diferente pero una cuestión básica que tenemos que mantener es un grado de oferta que permita lograr ciertas condiciones de atención de salud que son las básicas sobre las cuales se construye el sistema. A veces uno se da cuenta que incluso dentro de una misma comuna podemos tener diferencias entre un centro de salud y otro relacionándolos con las poblaciones y entonces no es solo tener una gama de profesionales sino que es ver cómo se comporta, qué lo más probable es que cuando yo estandarizo por población lo que estoy haciendo de una u otra manera es comprometer la oferta.

Ahora, la lógica de hoy día en los centros de salud es que se ocupen de factores de riesgo que son anticipatorios al daño que actúan por programación, cuestión que no siempre se logra adecuadamente y que además, un pequeño detalle y lo dejé para el final es que requieren del autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud, o sea, vale decir, requiere que el equipo de salud impacte de una determinada manera las conductas de los individuos, particularmente en la realidad epidemiológica que vimos hoy día y entonces la pregunta es: ¿cómo impactamos en las conductas de los individuos?, ¿de qué manera impactamos en la conducta de los individuos?, ¿cuánto sabemos para impactar en las conductas de los individuos?, ¿tenemos las habilidades?, ¿nuestras universidades se han encargado de entregarnos competencias respecto de aquello? Porque resulta que lo que se sabe, insisto particularmente desde el perfil epidemiológico que tenemos, es que nuestra población se mueve por motivaciones que no necesariamente tienen que ver con lo cognitivo, ¿o no? Fundamentalmente tienen que ver con otro tipo de motivaciones sobre las cuales el personal de salud debiera ser capaz de impactar. Siempre me he preguntado, desde cuando hacía consulta, por qué a las personas que yo les tenía que decir cosas indeseadas. Imagínense a la gente que tiene que restringir su alimentación, ¿por qué volvía? y ¿quién volvía? Las discusiones a través de los años eran que volvían porque se habían enganchado, no en lo que habíamos hablado de contenido, sino de lo que habíamos hablado en la forma, del cómo nos habíamos relacionado y yo creo que a cualquiera de ustedes que hace clínica les debe pasar, que las personas terminan volviendo porque les hace sentido de una u otra manera aquello que nosotros podemos estar trabajando con ellos. No necesariamente porque nuestra definición técnica tenga que ser que se tienen que tomar los medicamentos en tal horario o en tal otro. Entonces esto a mí me parece que es muy importante desde la lógica de la programación. Afortunadamente desde el Ministerio de Salud el año pasado pudimos empezar a aproximarnos a otorgar algo que les

veníamos pidiendo harto al Ministerio, entonces, nos juntamos un grupo y logramos armar algunas propuestas que están vaciadas en lo que se llama "las orientaciones para la promoción en red" de lo que llamamos coeficientes técnicos de programación. Está más en extenso en un documento que pueden bajar en la página web del Ministerio de Salud que se llama "orientaciones para la planificación y programación en red" y el del año 2016 es prácticamente igual al del 2015, pero por qué lo menciono, porque la lógica de programar dice relación, no porque vayamos a pedir información, o no porque vayamos a vigilar la producción necesariamente, sino porque de una u otra manera me permite racionalizar los recursos que tengo para definir cuáles son las capacidades que voy a tener como agente para impactar poblacionalmente, porque si bien es cierto nosotros podemos hacer cuestiones individuales lo que nos interesa es impactar poblacionalmente, sobre un determinado territorio y sobre un determinado tipo de población.

Miraba ayer el informe de tuberculosis del Ministerio de Salud, que hace algunos años se planteó la fase de eliminación de la tuberculosis en Chile y resulta que hoy día, para estar en fase de eliminación hay que estar en niveles bajos a una tasa de 10 por 100.000 y resulta que hoy día tenemos varios servicios de salud que están sobre los 20 o sobre el 30, entre otras cosas, procesos que son de tipo social como los procesos migratorios y no necesariamente toda la población migrante tiene tuberculosis pero si ha contribuido a algunas áreas específicas. Ahora, cuando uno mira a los que tienen mayor tasa, mira el índice de pesquisa y se encuentra "oh, sorpresa", los índices de pesquisa más bajos son los que coinciden con los que están con altas tasas y si uno mira donde se pesquisa la tuberculosis, miren de lo básico que les estoy hablando, de tuberculosis de los años 50 de la historia de la salud pública chilena, cuando uno mira dónde se está pesquisando la tuberculosis, bueno, lastimosamente se está pesquisando fuertemente en los hospitales más que en la atención primaria.

Al menos la experiencia que tengo del servicio de salud sur y hoy día la del servicio de salud norte es que sobre el 80% de la pesquisa de tuberculosis se hace en el hospital y se hace en el servicio de urgencia del hospital, o sea vale decir, el paciente con hemoptisis que, ¿y por qué les pongo ese ejemplo?, porque este ejemplo es tan básico que yo digo que forma parte del cimiento del cuento, o sea nosotros para construir otras lógicas del modelo debiéramos tener ciertas ofertas, ciertas prestaciones, ciertas acciones, porque cuando nos paramos dentro de la lógica de los determinantes sociales de la población, no es que nosotros salgamos a conseguirle pega al que no tiene pega o le salgamos solo a hacer educación sino que seamos capaces de hacer lo que nos corresponde hacer y bien. Y me acuerdo del ejemplo de tuberculosis porque me tocó leer el informe ayer, porque no estamos bien comportados, somos de los peores del curso en mi servicio, y entonces necesitamos mirar qué estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. Entonces, esta lógica, cuando miro programación la planteo desde esa perspectiva, no es porque vaya a vigilar de acuerdo a los discursos gremiales, no, es que nos miden por puras metas, si una forma de evaluar nuestro impacto es evaluar nuestro impacto poblacional y eso se mide a través de indicadores.

En nuestra atención primaria, Chile tiene en el orden del 76% de su población en el sistema público, en Fonasa, esos son alrededor de 13 millones de personas, nuestra atención primaria anda en 12 millones y un poco más, entonces hay una brecha de cómo un millón de personas. Entonces, cuando estamos hablando de nuestros impactos estamos hablando de impactos poblacionales importantes, no son menores. Ahora, si hablamos de las inequidades todavía se mantiene la brecha de que una parte importante, sobre todo de los recursos médicos están instalados del orden del 60% para atender del orden del 19% de la población que está en Isapres y el otro 40% está destinado a atender al sector público en donde está el 76% de la población.

Y llegamos al modelo. El tema es cómo entender que desde las definiciones de la política pública el modelo de atención integral en Chile tiene ciertos principios, y entonces la pregunta es: ¿cómo, desde este sistema que tiene un correlato del orden de 3.000 establecimientos diferentes en el país, desarrolla lo del modelo según el lugar en el que nos encontremos? Porque lo más probable es que si lo miramos desde los principios y de los valores que están detrás de ellos casi ninguno de nosotros pudiera discutir que esto es lo importante. Y ¿en qué se traduce esto? Fundamentalmente fue generar una mirada de la matriz en el ámbito de promoción, de prevención, a través del ciclo vital y tratar de aislar cuáles son las acciones que están vaciadas en el total del plan de salud familiar que financia el per cápita que tienen ese componente, porque además, y aquí hay una opinión personal, como tuvimos una traspié con la reforma de salud el año 2005, en la separación de funciones que se genera entre los servicios de salud y el área de la autoridad sanitaria, hay áreas que tendieron a invisibilizarse como función para quienes estamos en el ámbito de la red.

Entonces, parece importante mostrar esto para mirarlo cuando uno hace programación, es que por un lado tenemos, como les decía, prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento; pero fíjense que la gama de demanda de la población está asociada fundamentalmente a esto, así me trataron o no me trataron. El otro día en la feria había un candidato a concejal que entregaba un volante a la entrada, entonces yo lo leí y decía algo de salud: “una reformulación del centro de salud de la Villa Olímpica”, mejorar las condiciones del Centro de Salud que entiendo que está nuevo, entonces, mientras compraba el apio dije “le pregunto o no le pregunto”, me di vuelta y fui donde el señor candidato a concejal, que no lo voy a nombrar pero es de apellido Moya, y le pregunto: ¿oiga y usted qué es lo que quiere hacer respecto de mejorar la atención? “Lo que hay que traer aquí son puros especialistas”, que es la respuesta calcada de cualquier autoridad local que ustedes conversen. Cuando uno habla con quienes se dedican a la política es como que estamos hablando en planos que son diferentes, no sé si les ha pasado, cuando yo hablo con el alcalde es como que él está en otro ámbito y yo estoy por acá, o al revés, como que se encuentran poco, como que los objetivos son diferentes. Que en la verbalización parecieran parecidos pero no siempre son tan orientados hacia lo mismo, de hecho me ha pasado; “instalo farmacia popular y la echo a correr, que pucha que el otro alcalde me ganó entonces instalo la farmacia popular pero cierro otra cosa para instalarla, porque esto me era más importante porque salgo en la foto”, no sé, por una serie de razones. Entonces el poder, por lo menos para mí, es fascinante, interactuar con quienes toman decisiones en el nivel local, es un tema no menor y complicado, por eso me detengo aquí que está centrado en lo que se llama el tratamiento. Esto ya lo dije, esta es nuestra condición hoy en día y volvería a recalcar que nosotros tenemos un problema en tanto tenemos que ser capaces de entender que cuando estamos impactando sobre nuestra población, estamos impactando sobre sus conductas, llamémoslas como les llamemos, estilos de vida, calidad de vida de las personas, o lo que sea, pero lo que estamos tratando de hacer es impactar sobre sus conductas. Entonces, si usamos frases que son bien conocidas en el servicio de salud como “se me va a tomar las pastillas entre tal hora y tal hora porque yo le digo” o “usted me va a salir a caminar todos los días”, ¿y si me asaltan o si me pasa algo o si me caigo?, hay muchos fenómenos que implican impactar en la conducta y entonces cuando me piden “oye, ¿qué perfil profesional debiéramos tener? Bueno, lo más probable es que una parte importante de nuestras capacidades debieran orientar a lo que se le llama malamente habilidades blandas, porque en realidad son las habilidades más duras de todas. Aprender matemáticas es relativamente fácil, pero aprender a ser gente es un poquito más difícil.

Tuve un jefe, que era un poquito irreverente y permítanme la transgresión que cuando reclamaban en cuanto a los médicos extranjeros

que no sabían medicina que aquí que allá, que la gente decía que no aprendían bien, pero mi amigo decía “si, pero es mucho más fácil enseñarles medicina que enseñarles a ser gente a estas otras personas”. Duro, dura la afirmación. Pero, lo más probable es que yo logre cierto grado de empatía con quien tengo al frente, y empatía no es ponerme a llorar con él, sino que es ser capaz de entender lo que el otro está haciendo y ayudarlo desde ese entendimiento.

Desde los principios me pareció importante destacar el de la continuidad: el grado en que una serie de elementos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas, ojo, como coherentes y conectados entre la gente del propio centro de salud y como coherentes y conectados más encima con otros, porque el ejemplo clásico de esto es cuando el especialista dice “¿para qué me mandan esta lesera?”, pero me acuerdo cuando trabajaba en lactancia materna y trabajábamos con los centros de salud del área sur de Santiago y una de las pegas que hicimos fue trabajar en cada box y nos dábamos cuenta que unos mensajes de la matrona eran divergentes de los de la enfermera y eran divergentes de los de la nutricionista y todas juntas lloraban contra el pediatra que indicaba la mamadera que además era bien cómodo, porque siempre era todo contra el pediatra, que en realidad no era pediatra, era el médico que veía niños. Entonces, en términos de esta continuidad no es solo que haya coherencia y conexión entre sí en el tiempo, en las acciones, sino que sea en términos de los mensajes que entregamos suficientemente sólidos, yo creo, por ejemplo, en el tema de prácticas de salud por todos reconocidas como actividad física o como alimentación saludable no hay que ponerse muy de acuerdo acerca del aminoácido que vamos a recomendar o el omega 3. Toda la gente sabe lo que es el omega 3, ¿se han dado cuenta de eso?, como que saben que es bueno. Entonces, no sé, en el Jota Cruz la chorrillana te dicen que tiene omega 3 ¿ya? Porque la gente como que entiende, entonces lo más probable es que cuando uno habla de coherencia, lo más probable es que tiene que ponerse de acuerdo, y ahí vuelvo al tema de las conversaciones, competencias de un equipo de salud para hablar cuestiones que sean coherentes, que hablen mensajes cortos, precisos y concisos porque el peor escenario es que digamos una cosa en un box, digamos una cosa en otro y otra cosa afuera, en la comunidad. Y por supuesto, aquí lo que interesa es que sean congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.

La gente, aunque no nos crean ustedes, si nos cree, si sigue ciertas indicaciones, si tiende, tal vez menos de lo que era antes, pero tiende a responder respecto de aquellas cosas que le decimos, y si entonces no somos suficientemente sólidos cuando le decimos una cosa en un lugar y le decimos otra en otro, vamos a estar en problemas. Aquí siempre me acuerdo, y la gente de aquí que es del sur también se va a acordar, siempre lo he contado, es que alguna vez, haciendo un taller de lactancia a Osorno, una matrona del San Juan de la Costa me decía “no, si la gente me hace caso”, ella tenía la suerte de atender el proceso de embarazo y después atendía el parto. Entonces contaba que le había dicho a una señora que era un tercer embarazo, y le dice durante el parto “ahí viene, ahí viene”, la señora le pregunta que es lo que era y la matrona responde “¡es niñita, es niñita!” y le dice a la auxiliar “ponle ergotamina”. Y cuando llega al primer control: ¿cómo se llama la guagua?, “Ergotamina”, ¿Pero cómo se llama Ergotamina?, “¡pero si usted me dijo cuando estaba naciendo la guagua que le pusiera Ergotamina!”. La matrona lo contaba tan bien, yo no sé si es verdad, a veces las matronas tienden a mentirle a uno, pero pucha, es un súper buen ejemplo de si es que efectivamente la gente tiende a seguir nuestras recomendaciones.

Entonces, esto que se ha puesto de moda, que va cambiando a través del tiempo, si uno lee documentos de los años 50 del sistema de salud chileno se va a encontrar con diagnósticos que son los mismos que tenemos hoy día, dichos de otra manera a lo mejor, pero los mismos que tenemos hoy día. Entonces, cuando hablamos de

esto que llamamos redes integradas, tal vez uno de los factores más complicados para hablar de red integrada está consagrado estructuralmente desde el año 82 cuando la dictadura decide municipalizar los centros de salud, porque se hace desde una lógica de imposición, muy potente. A los que nos tocó hacer los talleres de atención primaria el año 90 cuando vuelve la democracia y hablar con la gente que le había tocado vivir el proceso de desmembramiento era muy potente, muy doloroso, fuertemente doloroso, porque veníamos de un sistema que era absolutamente fraccionado; cambia la dependencia, cambia la relación, aparece un actor político importante que es el gobierno local.

Entonces este cuento de combatir fragmentación, de tener enfoque psicosocial, ¿qué es eso del enfoque psicosocial? De nuevo, y aquí estoy emitiendo opiniones personales, yo creo que de nuevo el enfoque psicosocial tiene como estructura el cómo nos relacionamos, tiene como base en el cómo conversamos, tiene como base el cómo relacionamos a nuestro equipo con el entorno y que lo más probable que no es relacionarlo a través de tecnicismos. Por supuesto el trabajo multidisciplinario y teniendo presente que hay un cuento que es difícil de evaluar, que es satisfacción usuaria. Nosotros aquí en la universidad acabamos de validar para Chile un instrumento para evaluación de las redes de atención primaria, se llama Picap, por sus siglas en inglés, que es una herramienta de evaluación de prestaciones, y una de las cosas que nos llamaba la atención en el proceso de adaptación, era que igual, en algunos grupos focales que hicimos con usuarios, el trabajo que hicimos con los funcionarios, con usuarios respecto de la relación con el sistema hay una brecha, se denota una distancia que dice relación de una u otra manera con satisfacción, a pesar de que el instrumento no está orientado a la satisfacción.

Entonces, ¿qué perfil requiere esta atención primaria? Yo creo que es difícil poner más elementos, hay que generar reflexión de lo que yo les estoy planteando. Y aquí aparecen muchos ejemplos de trabajo de red desde la mirada de la atención primaria que implican tener ciertas competencias y vuelvo recurrentemente a plantear que las competencias dicen relación, por supuesto con conocimientos técnicos, pero también con lo relacional. Entonces, yo diría que hemos podido aprender en los últimos 20-25 años de los equipos de salud mental que fueron capaces de innovar, que fueron capaces de instalar desde la lógica de la reformulación del plan de salud mental, un mecanismo mediante el cual nos pudieran demostrar que había una serie de cosas que creíamos que no se podían hacer y que si se pueden hacer y que se puede salir. Por eso lo pongo en primer lugar, porque claro, están traducidos como consultorías en salud mental, pero los equipos de este país nos enseñaron que hay un montón de otras cosas que se pudieron hacer a través de la preocupación de ellos por instalar los trabajos de salud mental en salud, sabiendo que son muy difíciles de lograr, por eso que lo pongo como ejemplo de mirada en red.

Anecdóticamente yo les puedo contar que alguna vez aprendí a hacer radieres en un lugar en Paine y estuve haciendo con la pala y aprendiendo y haciendo huertos familiares. Perfecto, pero una parte importante de mi pega es lograr que los otros hagan lo que les corresponde y nosotros hacer lo que nos corresponde. Me voy a saltar eso y particularmente desde la lógica de la trazabilidad en programas de salud cardiovascular me parece importante tener esto presente porque esto es muy fácil escribirlo, y lo más probable es que tiene un correlato diferente dependiendo del lugar en el que ustedes se encuentren y de las capacidades que tengan y uno cuando recorre el país se da cuenta que efectivamente hay equipos de salud que son capaces de hacer esto y más. Pero hay otros que se pueden parar solos desde lograr la compensación para alcanzar la meta y recibir el bono. Entonces, bueno, ¿cómo hacerlo?, ya lo planteé. Tener presente que hay una serie de elementos técnicos que son potentes que están establecidos, que tienen correlato técnico, como por ejemplo, las hospitalizaciones evitables que son susceptibles de enfrentar. Nosotros

venimos planteando desde los servicios de salud al Ministerio por ejemplo, que no nos podemos seguir haciendo los lesos y tenemos que ser capaces de tener acción desde el sistema sobre los fenómenos que hoy día se dan en cuidados paliativos en hospitalización domiciliaria, pero que tienen que tener correlato financiero, entre otras cosas, para poder hacerlo adecuadamente. Pero desde la perspectiva de los usuarios lo más probable es que la atención primaria una vez más puede demostrar que puede tener una acción en ese tipo de elementos.

Hay mucha información, todos los hospitales bases tienen información, ¿de qué? De atención primaria y tienen información de atención primaria ¿a partir de qué? A partir de la demanda que la gente genera hacia los hospitales, por eso es que lo pongo ahí en bases de datos. No es para nada tirado de las mechas pensar el que miremos elementos del hospital para hacer mejor nuestra propia atención primaria.

Este es un ejemplo que en algún momento elaboramos en el servicio de salud sur, por ejemplo de poner de acuerdo a las enfermeras hospitalarias y las de atención primaria para poder dar de alta de mejor manera y hacer trazabilidad de los pacientes en una manera más adecuada, por eso lo puse.

Creo que nosotros en el ámbito general debiéramos ser capaces de tener este tipo de competencias en cada uno de nosotros, con complementariedad, porque habrá algunos que desarrollan mejor al lenguaje y otros la acción y entonces la complementariedad entre los equipos es fundamental. Pero fíjense que aquí estas competencias que podemos llamar generales son fundamentalmente competencias desde las conductas de los propios prestadores, ser capaces de comunicar efectivamente, tener conciencia de fortalezas y debilidades personales, cuando uno logra decirle al compañero “mira, haz tú esta parte porque tú presentas mejor, pero yo hago esta otra porque yo puedo hacer mejor esto” y eso implica reconocerse. Por supuesto, razonamiento ético y aprendizaje permanente y desde el ámbito clínico por supuesto que tenemos que tener información básica en clínica, tampoco nos podemos olvidar, de hecho me acuerdo de algunas enfermeras que llevan algunos años de carrete que me dicen, “oye mis colegas que están saliendo no saben hacer tal o cual cosa”. Me encontré con un tecnólogo médico, eso me pasó a mí, que no sabía puncionar ya egresado, y no egresado de una universidad privada como podríamos decir los mal pensados que trabajamos en las universidades públicas, era egresado de esta Facultad. Entonces la pregunta es: ¿tenemos que mantener conocimientos respecto a esto? Obviamente que sí, si ese es el giro de nuestro negocio. Pero yo privilegio lo anterior en términos de que estas, lo más probable, es que son las brechas que necesitamos cubrir. Y en este ámbito, fíjense que está puesto en el ámbito clínico el contexto social y comunitario de atención de salud, que hemos puesto que no se nos puede olvidar.

Permítanme terminar con esto. Primero, en un centro de salud, para darle la bienvenida al invierno, me invitaron a tomar sopa y me invitaron a tomar sopa del huerto comunitario que habían generado en el ante jardín del centro; pero fíjense además que lo que en la pizarra del lugar decía que además invitan a contar cuentos, “necesitamos tu apoyo, abrazar y escuchar, compromiso y respeto”, y lo proponen, y me encontré con que había señoras que le contaban cuentos en el rincón infantil del centro de salud a los chiquillos que estaban esperando cuando su mamá estaba haciendo alguna cosa en el centro de salud. Y a mí me parece súper inspirador, me parece casi romántico. El centro de salud Patricio Hevia en la comuna de Recoleta rinde homenaje a un salubrista chileno que está vivo, y va cada cierto tiempo a ver su propio centro. Se llamaba Valdivieso por el sector donde está instalado, pero hoy día se llama Patricio Hevia. Y lo que conté pasa en ese centro de salud y se los estoy mostrando como ejemplo, porque lo más probable es que los que están aquí de los centros de salud pueden contar un montón de

historias de este tipo, un montón de historias que construyen de una u otra manera la forma de relacionarse con la comunidad de una manera un poquito diferente. Entonces, el abordaje de los determinantes sociales de salud debe ser asunto de una instancia participativa del Estado, esa es mi opinión y es la opinión de algunos de los académicos de la Escuela de Salud Pública también, que lo hemos discutido, dirigidos por el gobierno central que establezca metas de salud para todos los sectores desde la lógica de salud en las políticas. Y ese es un paso grande, y que lo más probable que puede ser un área de nuestra preocupación pero no es necesariamente un área de nuestra influencia, si es el área de influencia de quienes toman las decisiones y del cómo por ejemplo un sector, Ministerio de Salud le puede decir al Ministerio de Vivienda y Urbanismo que haga casas que sean saludables. Yo creo que el mejor ejemplo para los que aquí vieron "El Chacotero Sentimental". Para mi esa era una clase de salud pública, en término de las relaciones que se daban entre los individuos cuando la pareja del matrimonio que vivía en el block en el cuarto piso no podía tener relaciones sexuales tranquilos. Y eso finalmente era una buena crítica a quien construía las viviendas ya que nos estaba dando cuenta de aspectos de la salud de esa población. Yo creo que el Chacotero Sentimental obviamente no pensó en eso cuando hizo la película. Pero si ustedes lo miran así como cuando uno mira películas de Cantinflas, se encuentra con una serie de críticas a nuestros sistemas que son muy potentes de la comunidad. Entonces, ojo, yo aquí no tengo la respuesta pero asignarle la tarea a salud de cambiar estilos de vida se ha demostrado inefectivo la mayor parte de las veces. La tarea de salud es hacer bien su trabajo y extender la cobertura de los programas dirigidos a las personas considerando su diversidad entre otras acciones, no es que yo lo pase bien con un grupo nomás sino que además estoy haciendo acciones sobre un determinado grupo y tengo que tener ciertos resultados sobre ese grupo. Si el resultado es desde lo psicosocial, que al pasarlo bien mejoramos las condiciones de salud mental, bienvenido sea, pero si yo estoy buscando compensar diabéticos, estoy buscando compensar hipertensos, tengo que ver cuánto de la fracción de compensación responde a nosotros y cuánto eventualmente responde a otros elementos que están instalados y están fuera de nuestro propio alcance. Y esto es solo para dejar picado a quien se pique con estos temas, que es cuando me dicen los gremios "pero es que nos piden puras metas", pero tenemos que hacernos cargo de una u otra manera que hay cosas que no estamos haciendo bien, entonces, les invito a que reflexionemos porque evidentemente no tengo la respuesta para lo que me invitaron a hacer y que lo más probable es que la respuesta está en ustedes y está en el quehacer del día a día y me quedo con la reflexión de mi alumno que dice "la mejor manera de entender fue cuando fui al centro de salud".

¿POR QUÉ ES NECESARIO INNOVAR EN DOCENCIA EN LAS CARRERAS DE LA SALUD?

Carolina Figueroa, Coordinadora Unidad de Desarrollo de Docencia de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

¿Por qué es necesario innovar en la docencia y qué se está haciendo actualmente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile?

La Facultad de Medicina está en sintonía con la reforma de pregrado impulsada por la Vicerrectoría Académica de la Universidad de Chile y que tiene como uno de los lineamientos la innovación curricular y la innovación docente. Respecto a estas innovaciones, ambas responden a los cambios de paradigmas en educación superior que se evidencian en el modelo educativo de la Universidad.

Estos cambios han significado varios años de discusión y han convocado a toda la comunidad educativa. Innovar no es una tarea fácil, son muchos los actores que se colocaron de acuerdo para definir los perfiles de egreso de profesionales de la salud que la institución ha comprometido. Estos perfiles de egreso, explicitan el profesional que formará la institución desde la mirada de la academia, y fueron construidos con la participación de empleadores, usuarios, estudiantes, egresados y actores sociales, entre otros. Además se ha resguardado la pertinencia de esta formación con la misión y la visión de la Universidad, como un sello distintivo de los profesionales egresados de la Casa de Bello.

Todo este proceso de modernización del pregrado, tanto en lo curricular como en la innovación docente, ha sido un proceso participativo que cuestiona cómo va avanzando la Universidad de Chile y cómo enfrenta los desafíos de una sociedad globalizada y no se queda estancada en la idea que todo se está haciendo perfecto. Se instala una mirada de mejora continua en todo el proceso de enseñanza aprendizaje evidenciándose que hoy son muchos los actores del sistema universitario que lo están haciendo tan bien como esta Universidad

¿Por qué es necesario innovar en las carreras de la salud?

El desafío de enseñar y aprender cómo se mencionó El desafío de enseñar y aprender cómo se mencionó anteriormente es un proceso institucional que incentiva la innovación curricular y pedagógica de todas las carreras. Un componente importante de este lineamiento institucional es que no se innova por innovar, sino que se innova considerando una mirada nacional e internacional y se realiza para esta Universidad bajo un modelo de formación basada en competencias, es decir, esto transforma la formación que aseguraba principalmente contenidos, a una formación que asegura habilidades de los egresados y que estas sean progresivamente demostradas en la formación. En este sentido la Universidad compromete una formación integral, que desarrolla las capacidades propias de la profesión y la formación de competencias genéricas que permitirán al profesional resolver y transferir sus aprendizajes en distintos contextos.

En la Facultad de Medicina, una vez terminado los perfiles de egreso, se inicia un proceso de acompañamiento que pretende favorecer la apropiación curricular y resguardar la pertinencia y coherencia interna de los cursos, a través del cual un asesor experto en docencia trabaja colaborativamente con un docente o un equipo docente, para reflexionar sobre el currículum y los desafíos que esto implica para su(s) curso(s). Es en esta instancia donde se discuten los cambios, se definen las competencias y subcompetencias que desarrollará el curso y se determinan los aprendizajes.

¿Por qué cambiar?

La Universidad de Chile se pregunta ¿dónde están los nudos críticos?, ¿qué es lo que significa para la Universidad mejorar la docencia para alcanzar mejores aprendizajes?, ¿qué espera la sociedad de esta institución? y sobre todo evaluar ¿cómo se están llevando los proceso de enseñanza y aprendizaje? Para ello se tiene en cuenta que se definió desde la institución que: a) hay un cambio curricular, es decir, se definió un perfil de egreso que orienta la formación, b) el estudiante que ingresa a esta casa de estudios es diferente, viene de un mundo globalizado, es decir de un mundo donde existe acceso cada vez más libre a la tecnología y desde cualquier lugar y, c) el estudiante viene de un mundo donde existen diversos recursos para aprender, el estudiante se da cuenta que aprender es más que solo sentarse y ser espectador de alguien que le cuente algo. Frente a este y otros desafíos, la docencia requiere generar un cambio acorde a los tiempos.

Se utilizaba una metodología centrada en el contenido, donde el estudiante aprendía mayoritariamente de memoria, los docentes se cuestionaban indicando que "ya se lo enseñé el año pasado, incluso yo mismo di la clase", el problema es que el estudiante ya lo había olvidado, porque no resultaba ser un aprendizaje significativo. Esto evidenció cursos sin articulación, es decir lo que pasaba en un año o en un curso no tenía relación con lo que iba a pasar en otro curso, entonces ya se empezaba a tener ciertas dificultades como por ejemplo repetición de contenidos, estudiantes que no participaban en las actividades porque decían "me van a volver a enseñar lo mismo", información innecesaria para la profesión.

Este cambio de paradigma requería una formación en salud que les enseñara a pensar como profesional y a resolver problemas de salud, ya no era solo útil saber todo el contenido, sino que además tenía que usar ese contenido y asignarle un significado que le permitiera transferirlo a otra situación.

Surge también el desafío de la integración temprana de la teoría y la práctica, considerando que existían estudiantes en esta Universidad que pasaban los primeros años recibiendo contenidos de su profesión, pero cuando tenían que aplicar se daban cuenta de que no les interesaba el contenido, que esa no era la profesión, que había que cambiar de profesión, por lo tanto se podían frustrar, desertar o considerar que ciertos saberes estancos eran olvidados con facilidad. Esto ha significado que para el desarrollo de las competencias los estudiantes establecen una relación desde los primeros años de formación en el contexto que enfrentarán una vez egresen.

Considerar la necesidad de trabajo con otros para la resolución de problemas ha sido fundamental. Los estudiantes estaban acostumbrados a resolver solos en muchos casos, pero la solución integral de un problema de salud, requiere del trabajo con los equipos de salud y eso significada que desde la formación de pregrado establecieran una relación de colaboración con todos los profesionales de la salud, entendiendo la idea de un equipo de salud, esto comprometido en las competencias genéricas.

¿Cuáles son los principales componentes del proceso de innovación curricular?

Los principales componentes que se presentan y que fueron considerados en los perfiles de egreso como un elemento articulador corresponden a:

1.- El estudiante es el centro del proceso formativo, es decir, lo que le pasa al que aprende es fundamental, no sirve sólo aquello que el docente quiere entregar como contenido. Para poner el énfasis en el aprendizaje es necesario conocer quién es el "estudiante", si se considera que a la Universidad de Chile entran los mejores estudiantes, se tiene que pensar qué requiere este mejor estudiante, se debe analizar la diversidad de estudiantes que existen y cuáles son las necesidades que tienen.

2.- El proceso formativo basado en competencias, la Universidad de Chile, decidió este proceso como parte de su política institucional, trabajar con un perfil de egreso orientador de la formación.

3.- La formación integral asegurada en una estructura curricular que incluye formación general e idioma, resguardando la formación integral con los lineamientos del sistema de crédito transferible a través del hacernos cargo del tiempo presencial y no presencial, pensando también cómo los docentes podían contribuir en esa formación integral, por lo tanto los estudiantes formados en esta casa de estudio tiene una formación integral, tienen la posibilidad de acceder a cursos que no sean necesariamente de la disciplina, que no sean necesariamente profesionales, sino de otro tipo, que les permiten visualizar cómo se está moviendo el mundo y que les permitan crecer como personas.

¿Cuáles son los desafíos para la formación de las carreras de la salud?

¿Cómo vincular el proceso formativo con los desafíos de la profesión?

¿Cómo se piensa en la formación de una enfermera o un médico sin pensar en cuáles son los desafíos de la profesión?

Desde el primer año se tiene que pensar que en química se está formando un profesional, y que esa química que aprende tiene que saber cómo la utiliza, tiene que darle sentido, tiene que ser significativo para la profesión.

Desarrollar la autonomía y pensamiento crítico complejo por medio de aprender a pensar como profesional de la salud. Se requiere un estudiante que desde el primer día se posicione como un profesional en formación. Muchas veces escuchábamos estudiantes que se referían a "que saben lo que pasa", "que cuando nosotros llegamos a cuarto recién sentimos que nos estamos formando como médicos, como enfermera, como matrona, y no tenemos ningún desafío previo". Entonces, ¿cuál era el desafío de la Universidad?: empezar a colocar ciertos hitos que definieran a este profesional en formación.

Actividades de integración que promuevan los saberes para resolver problemas de salud. El estudiante tiene que empezar desde muy temprano a resolver problemas propios de su profesión, ayudados por la disciplina y las

evidencias existentes, muy relacionado, con los problemas de salud que enfrentará en su quehacer. Entonces, ese fue un tremendo desafío, porque es importante señalar que los cursos de la Facultad parten con ciencias básicas. Eso fue un trabajo arduo con los académicos, porque había que pensar cómo eso que se enseñaba en física tenía sentido para ese profesional que se estaba formando.

Un acercamiento temprano y continuo a la profesión a través de experiencias prácticas y significativas. Es decir, lo que ellos venían haciendo en los finales de la carrera comenzaba a tener sentido desde el inicio de la formación. Es así como los estudiantes acceden a prácticas en contextos reales o simulados. Esos desafíos no son solo desafíos de la profesión en la Facultad, son desafíos de la Universidad de Chile.

¿Cómo se va respondiendo a los desafíos para la formación en las carreras de la salud?

El trabajo que se ha venido haciendo en la Facultad de Medicina, desde el año 2012, busca la reflexión de la práctica docente, ya que es fundamental que un docente sepa de la teoría, pero también que coloque esa teoría al servicio de su curso y de la profesión utilizando estrategias para enseñar. Analizando su práctica y cuestionando cómo puede mejorar su proceso de enseñanza y la diversidad de estudiantes en sus aulas. Es fundamental que los docentes sean capaces de compartir sus prácticas, porque una manera de mejora continua y aprendizaje es cuando se comparte con otros docentes, cuando se recibe retroalimentación, cuando un docente indica: “mira, que interesante esto, sí, se puede cambiar”.

Lo estudiantes y los docentes trabajan en equipo, ese es un tema que no ha sido fácil de instalar a lo largo de la formación, ahora bien, se han instalado ciertos hitos formativos que permiten que eso pase. Existe una experiencia de curso llamado Módulo Integrado Interdisciplinario Multiprofesional (MIIM) donde empiezan a relacionar entre profesionales de la salud, con el desafío de trabajar con otros, pero no solo porque se instala con el otro, sino porque con ese otro se aprende y se enseña, es un trabajo colaborativo.

La tarea fundamental del docente es enseñar al estudiante a aprender a aprender, es así como el docente tiene que necesariamente desarrollar estrategias para que el otro aprenda a aprender y no sea un receptor de contenidos, sino un actor activo de su aprendizaje, participando en discusiones, evaluando y retroalimentando el proceso.

¿Cómo se va respondiendo a los desafíos de la formación en las carreras de la salud?

Entendiendo que el protagonista del aprendizaje es el propio estudiante, o sea es él quien tiene que hacerse cargo de aprender junto con un docente que planifica, guía y facilita este aprendizaje. Este proceso de innovación debe ser equilibrado, no todos los estudiantes tienen los mismos ritmos de aprendizaje y por lo tanto es necesario utilizar variadas estrategias para hacerse responsable de la diversidad. Sin dejar de usar las metodologías tradicionales como lo es por ejemplo la clase expositiva, sino más bien realizando una clase expositiva que entregue información, que genere interés por aprender, que demuestre cómo esa información tiene una aplicación en la formación. Progresivamente se busca que el docente vaya cediendo terreno a favor del estudiante quien va logrando autonomía e independencia en su aprendizaje. Es necesario tener cuidado con la innovación excesiva, un ejemplo es que en los primeros años existieron casos de profesores que querían innovar demasiado, con metodologías que requerían autonomía, que un estudiante de

primer año no tenía, esto afectó a los docentes y a los estudiantes, pero favoreció la comprensión que la autonomía se va desarrollando en el proceso.

Además de las metodologías de enseñanza, los docentes tuvieron que resguardar la coherencia de evaluación que realizaron en sus cursos, permitiendo la relación clara entre los resultados de aprendizaje, los instrumentos de evaluación, utilizando para ello, en muchos casos, lo propuesto en la pirámide de Müller que es muy significativa en las carreras de la salud.

¿Cuáles son las etapas de esta pirámide? ¿Cómo se va ordenando este aprendizaje?

Esta idea de ordenar la evaluación, puede ser utilizada intra-curso o en una mirada global del currículum. Lo fundamental de la propuesta de esta pirámide es entender que el estudiante va transitando y se va dando cuenta de cuánto va aprendiendo del proceso. Esta pirámide considera un primer nivel que es la "valorización del conocimiento", que es principalmente memoria, o sea se puede utilizar un texto que interesa que lo entienda. El siguiente nivel es "sabe cómo", es decir, que eso que se leyó lo empieza a aplicar y lo puede explicar. Cómo se interrelacionan estos conocimientos, cómo están enseñando y de qué sirve. En un tercer nivel "demuestra cómo", es decir, un estudiante ya no le sirve solo saber, explicar, sino que empieza a subir en los niveles y ya tiene que saber qué hacer con eso, eso no es que lo vaya aprendiendo en cuarto, o en quinto o en sexto, sino que lo puede empezar aprendiendo desde los primeros años, se va modelando, así como modela el razonamiento clínico, también va modelando el proceso que le va pasando al estudiante en el aprender. Y finalmente "hace", lo que significa que este estudiante es capaz de utilizar lo que ha aprendido y transferir a otras situaciones. Por ejemplo, al inicio el docente le cuenta sobre la entrevista clínica, después el estudiante tendrá que ir viendo cómo se hace una entrevista clínica en un modelamiento y finalmente él va a tener que hacer la entrevista clínica, y además, puede llegar a evaluar la entrevista clínica realizada por otros.

¿Cómo se ha hecho esto y cómo se está desarrollando a la luz de la innovación?

La planificación de la institución es que desde el 2012, cuando se inicia la innovación en seis de las carreras de la Facultad, se instaló un modelo de acompañamiento, que considera un proceso secuenciado, con la finalidad de resguardar coherencia curricular vertical y horizontal. No se podía hacer todo de una vez, ni todos los cursos, ni mirar toda la malla, entonces se fue mirando paulatinamente curso a curso, nivel a nivel, año a año. Se partió con la instalación del primer semestre, se implementó y cuando se estaba implementando se siguió con el segundo semestre y, así sucesivamente, entendiendo que cada curso y que cada nivel tenía ciertos prerrequisitos, además que el estudiante traía aprendizajes previos.

No es lo mismo enseñar a un estudiante de primero que enseñar a un estudiante de cuarto, por todas las complejidades que eso tiene y por todos los aprendizajes previos que tiene el estudiante. Por lo tanto, los desafíos tienen que ser de acuerdo al nivel en que está el estudiante. Junto con eso se armó un esquema de resguardo de pertenencia y coherencia curricular que considera: un perfil de egreso, este perfil no se quedó guardado en un cajón para algún día mirarlo y evaluar qué paso, sino que el perfil de egreso fue guiando la formación, a través del desarrollo de competencias y subcompetencias en todos los años. Los docentes debían definir de qué competencias y sub competencias se va a hacer cargo el curso considerando el nivel, los créditos y el contexto en que se desarrolla.

Posteriormente se definen los resultados de aprendizaje, es decir, qué aprende un estudiante en un curso y qué se compromete el equipo docente a que el estudiante demuestre que aprendió en este curso y para ello se trabaja todo el semestre. Y finalmente se ordena y se analiza cómo se llega a esos aprendizajes, qué metodologías de enseñanza y evaluación se van a utilizar para que este estudiante realmente aprenda, no sirven todas las metodologías, pero de acuerdo a lo expresado con anterioridad no puede utilizar una sola metodología, considerando la diversidad de estudiantes. Todo eso se concreta en un programa de curso.

El programa de curso de Medicina General Familiar II es ejemplo del trabajo realizado. Un asesor educativo y el equipo docente de atención primaria, del Departamento, asumen el desafío de instalar e implementar dos cursos de Medicina General Familiar en la formación de Medicina.

Se revisan las competencias del perfil de egreso que contribuye a desarrollar el curso y a través de los resultados de aprendizaje, se establece el compromiso de aquello que el estudiante va a demostrar que sabe y sabe hacer al finalizar el curso, lo que se constata a través de indicadores, por ejemplo, ¿qué se necesita para que el estudiante establezca una atención clínica desde el enfoque centrado en la persona?, ¿cuál es el proceso?, ¿qué metodología se utiliza?, ¿qué estrategias de evaluación se aplicarán? Es aquí donde se ponen en juego las creencias docentes, los énfasis que colocarán en la formación del curso, la mirada disciplinar, entre otros.

Ese programa de curso se está ejecutando actualmente, se realizó una planificación clase a clase, definiendo las actividades presenciales y no presenciales, porque en el programa se pueden tener muy buenas intenciones, pero su implementación puede plantear nuevos desafíos. Como el curso se planifica de un semestre a otro, se intenta que salga de la mejor manera posible cumpliendo lo que se expresa en el programa, evidentemente esto no está exento de que sucedan una cantidad de cosas, sobre todo cuando son cursos que trabajan en campo clínico, donde no todo depende de los docentes y de la Universidad.

Para alcanzar aprendizajes significativos y transferibles, hay que plantear la necesidad de que los estudiantes reciban información que tenga sentido y que los vaya acercando a su quehacer profesional, desde los primeros años de formación. Para ello es fundamental e irrenunciable que existan prácticas docentes reflexivas y transformadoras y docentes comprometidos con la Universidad. Un docente que va solo a dar la clase, no es un docente que se comprometa con el proceso formativo. El docente que es capaz de reflexionar respecto a cómo está enseñando, que se da la oportunidad de aprender de otros, que reconoce la diversidad de aprendizajes de los otros, ese es el docente que requiere la Universidad de Chile.

PANELES

PANEL 1:
EXPERIENCIAS EXITOSAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN LA COMUNA DE ANGOL

Carolina Muñoz, Encargada del Modelo de Salud Familiar, CESFAM Huequén y Encargada Comunal Promoción, Angol

El CESFAM Huequén, se ubica en la ciudad de Angol, IX Región. Huequén significa "lugar de llamas" en mapudungún.

Este CESFAM fue reconstruido, después del terremoto del año 2010 y próximamente será normalizado.

Entre las múltiples acciones que realiza este establecimiento de salud, se debe destacar los procesos de endogenización que se han llevado a cabo en los distintos territorios adscritos al CESFAM.

Las determinantes asociadas a la distancia y el aislamiento, han sido variables que han generado la creación de estrategias locales, a fin de poder dar respuesta a las necesidades de la comunidad. La ciudad de Angol, capital provincial de Malleco, se ubica al norte de la ciudad de Temuco, cerca de Los Ángeles.

Según el INE Angol tiene una población de 52.000 habitantes aproximadamente. Angol es una a ciudad bastante acogedora, lo que es reconocido por turistas y que además genera un sentido de pertenencia importante de sus habitantes. El índice de pobreza es mayor al promedio nacional, sin embargo son más bajos al promedio regional. La naturaleza y la ruralidad se han constituido en determinantes que han llevado a construir la idiosincrasia de los usuarios y principalmente a los del CESFAM Huequén. Usuarios a los que se les debe reconocer y respetar, tal cual se menciona en los principios del modelo de Salud Familiar, el que además debe ser adecuado a las características de ruralidad de la región.

La comuna tiene 500 años de existencia, fue siete veces reconstruida. La celebración del aniversario comunal, es una festividad que involucra a toda la comunidad y a los distintos actores sociales de ésta.

La autoridad local es un facilitador de las acciones comunitarias, lo que constituye un factor que genera una sinergia permanente, formándose una alianza activa, que facilitan la implementación de planes de trabajo.

Es importante mencionar además la necesidad de que los equipos de salud deben estar atentos a las distintas oportunidades y amenazas a las que se enfrentan diariamente.

Los cambios políticos locales, situaciones medioambientales, determinantes sociales, etc., deben estar presente en las distintas acciones que se implementan en la comuna. En ese sentido se deben mencionar por ejemplo que a partir de situaciones como el terremoto del 2010, donde el establecimiento de salud se vio afectado

en su infraestructura, fue necesario también organizar, protocolos de seguridad laboral frente a catástrofes y protocolos de emergencia. Las determinantes sociales y la relación con el contexto, son variables intervinientes que modelan diariamente el actuar de los equipos.
Las acciones de salud de la comuna han tenido que considerar además una variable importante, teniendo que dar respuesta sanitaria, considerando el aspecto cultural de la región y la comuna.

Actualmente la comuna cuenta con un hospital de nivel terciario, cabeza de provincia, auto gestionado y acreditado, que se encuentra en proceso de reconstrucción. Ya que se vio altamente afectado por el terremoto del 2010, lo que significó que la comuna quedara sin hospital y que tuviese que reacondicionarse por 3 a 4 años, respecto a todos sus servicios.

El Departamento de Salud Comunal, tiene bajo su administración tres CESFAM. El CESFAM Huequén, que tiene 35 años, fue el primer establecimiento que se reconoció como CESFAM. Se inicia como una posta, perteneciente al Servicio de Salud y el año 1981 lo traspasan al Municipio. El segundo CESFAM, es el CESFAM Alemania, que también está en proceso de normalización. Para ello este establecimiento deberá trasladar sus prestaciones a las sedes sociales, por dos años para su reconstrucción. Otro tercer CESFAM tiene 7 años, es el CESFAM Piedra del Águila, se llama así porque en Angol hay un Parque Nacional muy conocido que tiene una piedra que se llama Piedra del Águila que al subirse a ella se puede ver el ancho de Chile, se ve la isla Mocha y la cordillera. Este CESFAM se inició como una posta urbana, se hace un proceso de sectorización y se solicita a la comunidad que participe en la búsqueda del nombre para el CESFAM y es así como se estableció el nombre de “Piedra del Águila”. La comuna cuenta además con el CECOF El Retiro que está adosado al CESFAM Piedra del Águila. Postas rurales, 4 estaciones médico-rurales, 1 UAPO y un CCR.

Respecto a la implementación del modelo de salud familiar en el CESFAM Huequén, se deben distinguir 3 áreas:

1. Gestión en la implementación y desarrollo del modelo.
2. Gestión, instalación y desarrollo de competencias y capacidades en el Recurso Humano.
3. Gestión en la participación social y trabajo comunitario.

Paralelo a ello se constituyó equipos de avanzada, en que debían estar representados todos los estamentos, no solo profesionales o directivos Este equipo de avanzada generó los primeros planes de intervención y de recopilación de información.

Es importante mencionar que en cada una de las etapas, se dio un proceso de aprendizaje para el equipo de salud, el que no se puede dejar de mencionar. Se fue construyendo un plan, que condujo a la conformación de los equipos de cabecera. Esto facilitó además la división territorial del Centro en dos, más las postas rurales y fue tan simple como poner una lista donde cada miembro del equipo se inscribía en el sector que quería, pero siempre cuidando que no estuviera el par, vale decir, si eran dos asistentes sociales, ellas o ellos debían consensuar entre sí en qué sector se inscribía. Este proceso fue bastante fácil, las nóminas fueron puestas fuera de la Dirección del CESFAM. La división territorial fue por consenso y por armonía. Esta división fue fácil de realizar, sin embargo produjo caos, ya que el consultorio se dividía en dos equipos de 25 personas. El sólo conocer el número de personas que integraban cada equipo era casi caótico, el equipo gestor o el equipo de sectorización tenía que generar un plan de desarrollo con ellos. Se corrió el riesgo y se hizo. Primero se designaron algunas tareas, que la mayoría de los establecimientos que han vivido esta transformación lo han llevado a cabo, esto es la aplicación de las encuestas comunitarias o los barridos comunitarios y recopilación de mapas. Muchas veces no se tiene conciencia de ¿quién

se tiene en frente?, ¿cómo es la comunidad en la cual se encuentra inserto el Centro? Se sabe que son usuarios, pero ¿quiénes son, dónde viven?, ¿la población como está distribuida?, ¿tiene características urbanas o rurales?, ¿viven en la periferia o en el centro del espacio geográfico asignado al CESFAM de Huequén? Esto último fue muy importante, ya que el Cesfam Huequén colinda con el área geográfica asignada a otro Cesfam, el CESFAM Alemania, la disyuntiva era entonces, dónde se establecía la frontera para cada uno de los CESFAM. Por lo que fue necesario consensuar entre los dos establecimientos de salud hasta donde llegaba el área de influencia de cada uno. No fue una lucha, pero era la primera vez, que a través de un modelo se provocaba la conversación con el otro.

La generación de las fronteras también implicó el sentarse con la comunidad, ya que no se podía asignar en forma impuesta la división territorial, porque se dividían juntas de vecinos, que era realmente nefasto, y esa fue una de los aspectos en que se recibió apoyo metodológico desde el Servicio de Salud Araucanía Norte y entre el mismo equipo, pues muchos habían hecho pasantías en el extranjero, tenían diplomados, lo que facilitaba un proceso metodológico. Lo primero que se comenzó a consensuar fueron los principios o antecedentes que se podían transar y que era necesario trabajar con la comunidad, pero respetando también los límites que ellos mismos iban a colocar. Recopilación de información demográfica sociocultural, no existían en esos momentos bases de datos exclusivas del Centro de Salud. Las bases de datos disponibles eran las que tenía la Dirección de Desarrollo Comunitario de la comuna, por lo tanto era necesario coordinar la utilización de esa información. En lo que dice relación con información de las áreas rurales adscritas al CESFAM, paradojalmente fueron las propias comunidades las que entregaron la distribución territorial de sus espacios. Para ello entregaron mapas que el equipo no tenía. Es importante señalar que las comunidades rurales no permitieron aplicar encuestas. Se generó una alianza junto con ellos. La designación de los encargados de sector que también fue un proceso que se cuestionó como ejecutarlo. Se designó el equipo gestor entre todos, lo consensuaron, y hasta el día de hoy, por lo menos los dos jefes de sector llevan 10 años. Es importante señalar que no se ha impuso la permanencia de los jefes de sector negando la posibilidad de que gente nueva se integrara al trabajo, simplemente se respondió a generar consensos, lo que facilitó la participación.

El contar con un equipo de gestión del modelo facilitó la tarea, más aun cuando el trabajo de éstos estaba protegido en tiempo a través de agenda. Ello facilitó el que las reuniones pudiesen ser programadas y con una orgánica y estructura preestablecida.

Finalmente se acordó establecer la figura de “Encargado del Modelo”, que en un inicio fue como el “celador del modelo” que contaba con la experiencia necesaria para poder guiar el proceso. Actualmente ya no es así, la labor no está en cuidar el modelo, porque los equipos han ido madurando, la labor está en generar aperturas de aprendizaje, visualizar donde se puede empezar a trabajar en el modelo, desde otro punto de vista desde lo promocional, desde lo preventivo, desde la salud o desde el tratamiento, ese es un cuestionamiento que está bastante presente en el equipo actualmente. Otro paso que fue necesario de desarrollar en ese proceso de aprendizaje, fue la modelación en intervenciones familiares. Para ello se comenzó a trabajar la elaboración de mapas de riesgo, los primeros protocolos, que fueron generados con un equipo de expertos. Existía la capacidad de los profesionales y la oportunidad de realizar capacitaciones que facilitaran el proceso de confección de estos materiales de registro. Se generaron los mapas de riesgo, los primeros flujogramas y protocolos de atención de familia. Estos establecían los lineamientos de atención a la familia por parte de los equipos de cabecera, determinando cuáles iban a ser las familias que potencialmente debían formar parte de una atención más profunda, definiendo el perfil de

éstas, el tiempo que estarían recibiendo un tipo de prestación de intervención biopsicosocial más específica, entre otras variables que se definieron. Este trabajo finalizó con la elaboración de un cuadernillo que sistematizaba los protocolos y flujogramas de las intervenciones familiares, estableciendo las acciones factibles de realizar de acuerdo al perfil de cada familia. Este fue el proceso de construcción del equipo.

Actualmente esto se encuentra consolidado en el CESFAM. No obstante a través de la pauta MAIS se ha comenzado a trabajar protocolos de intervenciones más abreviadas. Resultado de ello, es que se generó un nuevo protocolo acerca de cómo relevar y trabajar esos casos, también en la inclusión y en la gestión asistencial de salud, de atenciones con un carácter más especializado, incluyendo las visitas domiciliarias y la consejería familiar.

Respecto a la última prestación descrita, se debe mencionar que es muy necesario considerar los recursos que existen en los territorios donde se encuentra insertos los CESFAM. Se menciona esto, ya que para el desarrollo de las Consejerías se visualizaban brechas respecto al proceso formativo para llevarlas a cabo. Cerca de la ciudad de Angol se encuentran cercanas las ciudades de Concepción y Temuco, en este momento se cuentan con convenios con la Universidad de Concepción y la Universidad de la Frontera de Temuco. Estas instancias apoyaron el proceso de capacitación de los equipos, específicamente en lo que respecta a consejerías familiares y eso permitió que el propio equipo se capacitara entre sí, respecto al tema de las consejerías familiares, replicando la capacitación no sólo a nivel del equipo, sino con otros componentes de la red local. El proceso conlleva una etapa de inducción inicial respecto a los protocolos y flujos utilizados en el CESFAM. Actualmente se está en proceso de implementación de un protocolo de crisis normativa para cuidadores y padres de adolescentes y otro para el trabajo con cuidadores de postrados.

Además se inició un proceso de levantamiento de información y datos epidemiológicos de la población para la construcción de un diagnóstico epidemiológico participativo.

Es necesario relevar que durante el proceso de implementación del modelo, no existía un referente administrativo técnico que liderara el proceso, desde el ámbito Municipal. Cuando se inició el proceso de transformación, las discusiones de los equipos de los dos consultorios se basaban principalmente en la necesidad de poder unificar las acciones a través de un organismo que ayudara y orientara, no sólo en lo administrativo, sino también desde lo técnico. Es así que en este proceso surge el Departamento de Salud de la comuna, para ello se gestionó con el Alcalde y Concejo Municipal, la implementación de un ente que coordinara y tuviese la competencia de organizar los procesos de gestión y control interno y además una injerencia en la generación de directrices técnicas que apoyara el desarrollo de la atención primaria en la comuna.

La creación y organización del Departamento de Salud, involucró la formación de un equipo de gestión comunal. Cada Establecimiento de Salud de la comuna contribuyó con el traspaso de profesionales que constituyeran referentes técnicos con competencias necesarias para liderar un proceso de organización técnica y de gestión clínica.

Actualmente el Departamento de Salud continúa manteniendo un equipo técnico que resguarda la ejecución de los Programas y convenios de salud, además de un equipo que orienta el proceso de desarrollo del Modelo.

Avances en el modelo en el CESFAM Huequén

Algunos de los avances que son necesarios de resaltar:

- Tiempos protegidos a través de agendas para el trabajo del equipo que guía el modelo.

- Continuidad de la atención y satisfacción usuaria.

- Vinculación activa con la comunidad.
- Desarrollo de protocolos y flujogramas locales.

- Agenda protegida para consejerías individuales y familiares.

La búsqueda de consolidación del modelo, ha llevado a procesos reflexivos importantes en el equipo, principalmente en lo que respecta a cuáles son los principios básicos que deben guiar el proceso. El equipo ha concluido que son la continuidad de la atención, la integralidad y la satisfacción usuaria. Principios que se deben resguardar en cada uno de los procesos implementados, buscando las estrategias necesarias para tenerlos siempre presentes.

En ese sentido se considera que el proceso de sectorización y la designación de población a cargo, podían contribuir a ello. No obstante este proceso no sólo marcaba un hito en el equipo sino también en la comunidad. Los usuarios constantemente mencionan la necesidad de no tener "que contar su historia personal y clínica a distintos profesionales". Esta frase, da sentido a que es fundamental y prioritario la continuidad de la atención a través de un equipo de cabecera lo que contribuye además a mejorar los niveles de satisfacción usuaria. Se ha mantenido una política interna de evaluación de este aspecto, no obteniéndose los resultados esperados, lo que lleva a la necesidad de observar, reflexionar, planificar y ejecutar acciones que reviertan los resultados encontrados.

Es importante señalar que los procesos de evaluación de satisfacción usuaria no sólo incluyeron las evaluaciones ministeriales, sino también evaluaciones ideadas a nivel local, las cuales respondían a las necesidades específicas del Centro.

Las pautas de evaluación ideadas a nivel local, fueron aplicadas en la comunidad en coordinación con el intersector. Esto último también responde a unos de los principios del modelo, dando cuenta de un trabajo mancomunado con otros componentes de la red del CESFAM.

La aplicación de las encuestas de satisfacción usuaria fue coordinada con un equipo de estudiantes de distintos Centros de Formación Técnica de la ciudad de Angol. La sistematización de los resultados permitió la elaboración de un Plan de mejora inserto en la pauta MAIS.
Actualmente existe un equipo encargado del modelo a nivel comunal, no obstante que cada CESFAM considera su particularidad para su aplicación, existiendo además un equipo en cada centro, lo que facilita la identificación, sentido de pertenencia y compromiso con el cambio y desarrollo del modelo.

Otro desafío importante fue el fomento de la corresponsabilidad en la salud del usuario, era necesario que los usuarios fueran parte importante y activa de su propio proceso de salud enfermedad, que fuesen capaces de co-construir las acciones preventivas y promocionales que facilitasen un estado de salud óptimo. Para ello fue fundamental relevar de forma integral e integradora las prestaciones de carácter anticipatorio. Estas actividades no son ni fueron fáciles de implementar, ya que aún prevalece la importancia de lo recuperativo.

Las acciones de carácter anticipatorio, no sólo dicen relación con la entrega de guías anticipatorias, en un box a puertas cerradas y con un discurso preestablecido, sino más bien trasladar este discurso a la comunidad, al desarrollo de estrategias que respondan a

las particularidades de cada persona, familia y comunidad. Las prestaciones de carácter anticipatorio son necesarias y deben ser reconocidas por el usuario. Lo ideal es que los usuarios soliciten al igual que una consulta de morbilidad, una consulta por guía anticipatoria.
El tercer aspecto a relevar es la gestión de la instalación de las capacidades. En este aspecto en el CESFAM Huequén, se operacionalizó a través de la elaboración de un plan de gestión interna que incluyó capacitación a todos los funcionarios en el modelo de salud familiar. Estas capacitaciones fueron y son autogestionadas, son realizadas por los funcionarios que ya se encuentran capacitados. Este proceso de capacitación es continuo y permanente en el tiempo, formando además parte del proceso de inducción que cada funcionario nuevo tiene cuando llega al Centro. Aún continúa presente, al igual que el tutorial de los equipos de cabecera.

Paralelo a las capacitaciones aparecieron las tutorías, ¿qué se entiende por tutoría? Esto se traduce en que los casos más complejos son presentados al equipo de cabecera en la modalidad rol playing lo que facilita la comprensión, el análisis y la puesta en común de todas las perspectivas de abordaje de un equipo integral. Estas reuniones son resguardadas por agenda, existiendo además aquellas que tienen que ver con casos no tan complejos, pero que requieren de una intervención integral.

El proceso de inducción interna, también es fundamental y prioritario cada vez que llega un funcionario nuevo, ya que se debe asegurar que todos se encuentren por lo menos desde lo teórico alineados con el modelo. Para ello la capacitación continua sigue siendo la mejor estrategia, promoviendo un proceso de modelación y construcción del aprendizaje del equipo de salud en base a los requerimientos del territorio. El enfoque de la territorialidad es importante, no se puede omitir que los equipos pertenecen a un territorio con características propias, que existen capacidades distintas, que los usuarios exigen otras necesidades y gestión del territorio.

Los temas que se han abordado en las capacitaciones, han sido múltiples, pudiendo mencionar entre ellos las consejerías familiares, trabajo comunitario, interculturalidad y actualmente el rediseño de los programas locales en base a los determinantes sociales de la salud, apoyados por una de las universidades con las que se tiene convenio a nivel local.

En qué se tradujo las acciones anteriores:

- Ejecución de jornadas a nivel local, como por ejemplo jornadas de salud familiar comunitaria e intercultural. Una fue sobre atención primaria en salud versión 2016, dirigida a construir la función que tiene la atención primaria municipal en la comuna Angol, en la que participaron todos aquellos funcionarios que contaran a lo menos con un año en el CESFAM, que no tuviesen capacitación en el modelo de salud familiar. Estas jornadas fueron planificadas y ejecutadas por los mismos médicos de familia, por los psicólogos y la red de Servicio de Salud Araucanía.

- Capacitación, como por ejemplo entrevista de familia, la salutogénesis, el trabajo comunitario y la participación social. La comprensión de la canasta de prestaciones en el ciclo vital, más otras prestaciones.

- Interculturalidad como herramienta que contribuye al conocimiento en la valoración familiar.

- Gestión en la participación, para ello en una primera etapa se llevó a cabo capacitaciones y talleres con la comunidad para entender el proceso de sectorización y dar a conocer los principios básico del modelo de salud familiar, sensibilizar a la comunidad a que participara en la puesta en marcha de los procesos, obtener sugerencias, etc. Finalmente cuando se evidenció un desarrollo más cuali-cuantitativo fue cuando se comenzó a hablar de los planes de gestión territorial, elaboración de estrategias comunitarias y territoriales de acercamiento. Lo que se tradujo en diagnósticos.

Resultado de lo anterior, surgieron cuatro experiencias que han sido elaboradas en base a un levantamiento de necesidades que se realizaron en la comunidad. Es importante de mencionar que 3 de ellas fueron premiadas en el año 2016 por el proceso de Buenas Prácticas del Ministerio de Salud y tres de ellas fueron presentadas en el Congreso de Buenas Prácticas de la Universidad de Concepción, año 2015.

Las premisas básicas para establecer las líneas de acción de la participación comunitaria y que fueron transversales a las experiencias, han sido la comunidad, el equipo de salud y el Consejo de Desarrollo.

En el CESFAM Huequén existe un Consejo de Desarrollo, con años de experiencia, aproximadamente sus inicios se remontan al año 2006. Esta fue la primera instancia de organización que se tuvo con la comunidad. Actualmente es el propio Consejo de Desarrollo quien determina la estrategia de vinculación y alianza con el equipo de Salud.

Entre las necesidades que se incorporaron en esta vinculación surgieron las experiencias de buenas prácticas anteriormente mencionadas, denominadas: Encuentro de Mujeres Mapuches y no Mapuches, Expo Salud, intervenciones en comunidades vulnerables y el Rincón Literario.

Encuentro de mujeres: "Tragunlugun du Mushe", que consiste en un conversatorio de mujeres, que se realiza en el contexto del plan de salud de la mujer. Este conversatorio plantea la necesidad de poder conversar con una perspectiva mayor a la del box, con una perspectiva comunitaria, desde la perspectiva del conocimiento y del acercamiento. Este conversatorio es un encuentro que se realiza entre mujeres mapuches de las comunidades y las mujeres no mapuches, que son las funcionarias de salud. El objetivo es intercambiar conocimientos o el kimün que se llama en mapudungún y fomentar el autocuidado. Esto facilitó la generación de un diálogo de co-construcción de dos cosmovisiones, la cosmovisión de un pueblo originario que el equipo desconoce y la cosmovisión occidental, en base al rol de la mujer, centrado en su parto y a su proceso individual y comunitario salud. Esto facilitó derribar las barreras de discriminación, generando un reconocimiento y tolerancia. Esta actividad lleva 4 años de desarrollo. Se conversa de cómo ha sido el parto de cada mujer mapuche, existiendo la explicación ancestral de las "ñañas", estas son las mujeres más antiguas de las comunidades mapuches, quienes comparten de cómo iban a parir y como el dar a luz era un proceso tan natural que no era necesario ir al hospital, no iban a ningún lado. Se tiene que entender este proceso de una manera distinta. Esto le ha permitido al equipo entender por qué para muchas mujeres mapuches el control con la matrona no es fundamental o el control ginecológico no es tan importante. Es necesario mencionar y resaltar que cuando se comenzó a realizar el trabajo comunitario, como equipo, se omitió a la población mapuche, de manera inconsciente. Angol no tenía comunidades mapuches y fueron las comunidades mapuches que empezaron a hacer un rescate ancestral y le pidieron al Alcalde un facilitador intercultural en cada establecimiento de salud. Con esto se releva la importancia de que hay que mirar el territorio, se puede hablar mucho de lo comunitario, pero muchas veces no se observa la diferencia en los territorios, porque en toda la provincia el tema de la cultura mapuche es muy relevante, pero como Angol es más urbano la relevancia de lo intercultural no era prioridad. La propia comunidad exigió reconocer la presencia de la población mapuche e instaurar un proceso de rescate de su lengua y de sus procesos ancestrales. En este momento el equipo de salud ha podido ser parte de este proceso, participando de las celebraciones y encuentros mapuches.

Expo Salud. Este proyecto también tiene su base en el levantamiento de necesidades con la comunidad. Este se define principalmente como un proceso colaborativo con la comunidad donde el equipo del CESFAM sale a la calle. ¿Cómo se ha realizado? Se trabaja aproximadamente

durante seis meses en su planificación y puesta en ejecución, en coordinación con el Consejo de Desarrollo ampliado. El primer resultado fue la necesidad de plantear para cada Expo Salud, un eje temático que era definido con el Consejo de Desarrollo, lo que ha llevado a que se ejecuten distintos temas, como por ejemplo concepto de salud, de familia, de adultos mayores. Para el año 2016 se definió que la temática a abordar estaba relacionada con el autocuidado y autoprotección en salud. Todos los stand, tanto del CESFAM como de la comunidad trabajan en torno a esos conceptos y la organización de su trabajo debe estar orientado a esa temática. Junto con ello se hace un concurso de afiches con todas las escuelas del sector, adscritas al CESFAM y el día de la expo salud todos salen a la calle, junto con la comunidad, el stand del CESFAM releva el lema que se trabajó y fue co-construido con la comunidad.

Intervención con comunidades vulnerables

Durante el año 2016, la intervención se llevó a cabo con dos comunidades que fueron identificadas de acuerdo a determinantes relacionadas con la accesibilidad y equidad al sistema de salud. Estas fueron las comunidades de Butaco y Lolenco. Se estableció con ellos un plan de trabajo del levantamiento de necesidades de diagnóstico y de acercamiento, marco de aprendizaje del proceso, intervención en terreno, definición de las barreras de acceso, colaboración y ejecución de un plan. A través de una metodología el equipo se traslada a la comunidad, junto con el Alcalde y equipo municipal, ya que una de las necesidades fue la accesibilidad de las comunidades a los servicios municipales y de salud. No obstante lo anterior, es importante señalar que esta actividad no se pudo culminar, ya que en ese momento sólo fue posible ejecutar lo planificado con la comunidad de Butaco ya que la comunidad de Lolenco se encontraba en conflicto con otra comunidad, lo que condicionó el desarrollo de lo planificado, no obstante el aprendizaje de la experiencia se basó en el respeto de las dinámicas y realidades de cada comunidad, sin que exista un proceso de imposición de acciones por parte del equipo de salud.

Rincón literario. En el CESFAM se generó un rincón literario en colaboración con la biblioteca de una de las poblaciones del sector. Junto con la biblioteca comunitaria, se estableció una alianza que se orientó a incentivar la lectura en los usuarios, disminuir las barreras de acceso a la información y disminuir el estrés por los tiempos de espera en el CESFAM. Se instalaron afiches donde se invitaba a los usuarios a revisar y leer libros. Para ello se capacitó a una persona de la comunidad a través de la biblioteca Municipal de Angol. Un trabajo en red que ha promovido el logro de objetivos relacionados con la promoción de la lectura en la comunidad y disminuir la insatisfacción en los tiempos de espera al interior del CESFAM.

Todo lo anterior da cuenta de las distintas oportunidades que da el modelo para abordar el proceso salud enfermedad, no sólo desde una perspectiva biomédica y centrada en los equipos de salud.

IMPLEMENTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN LA COMUNA DE PEÑALOLÉN

Estrella Arancibia, Directora de Salud

La comuna de Peñalolén está ubicada en la zona oriente de Santiago, tiene 250.000 habitantes, su superficie es de 54 Kms2, 49% hombres y 51% mujeres. 50% mayores de 30 años, 65.000 hogares y un 12.2% de la población que se declara perteneciente a pueblo originario.

La Atención Primaria de Peñalolén, orienta sus acciones, tomando en consideración las características anteriormente señaladas. Actualmente Peñalolén tiene 209.000 inscritos validados por FONASA, lo que significa que tiene una cobertura de 84% de la población total de la comuna, lo que coincide perfectamente con la distribución de la previsión en Chile, respecto a la proyección de los beneficiarios legales del sistema.

La comuna cuenta con 6 Centros de Salud Familiar, los que tienen distinta población inscrita, que van desde los 51.000 a 22.000 inscritos. Los CESFAM con mayor satisfacción usuaria son los que tienen 22.000 inscritos. La comuna cuenta además con una red más amplia, conformada por 4 servicios de urgencia de atención Primaria, Cosam y 4 centros de atención ambulatoria en tratamientos de drogas. Las prestaciones que entrega la comuna no son distintas a las de nivel país (103 prestaciones) en atención primaria, pero además a nivel local se han incorporado otras acciones con algunos matices locales.

Es por lo anterior, que es necesario de describir 3 Programas con Enfoque Local

1. **Programa de salud para las mujeres trabajadoras.**
   Es un programa de extensión horaria, que muchos Centros de Salud hacen con matronas. Se establece un sistema de dación de horas vía telefónica, el cual consiste, en que un funcionario administrativo recepcione las llamadas a través de un teléfono celular y distribuye la agenda. En una primera etapa de la implementación de este Programa, existió escepticismo por parte del equipo de salud, ya que existía la desconfianza de la poca eficacia que podría tener la dación de horas vía telefónica, ya fuese por ausentismo o sobredemanda de la agenda. Como una forma de controlar estas variables, se incluyeron una serie de requisitos, para poder acceder a dicha cita. La sorpresa fue importante, al verificar que esta prestación estaba siendo utilizada por las mujeres de la comuna que realmente requerían de esta atención en un horario accesible. Se focalizó en mujeres trabajadoras y que estudiaban principalmente.

2. **Programa de atención focalizada en adultos mayores en su domicilio.**
   Programa con enfoque preventivo. Este programa tiene una orientación de atención domiciliaria, el cual es ejecutado por enfermeras. Es necesario aclarar que no se trata del Programa de Atención Domiciliaria establecido por el Ministerio de Salud. Este Programa puede ser muy parecido a otros desarrollados en otras comunas, la diferencia se establece que este programa local está focalizado en personas que tienen problemas de movilidad, que deambulan con dificultad al interior de sus casas o requieren de apoyo para realizarlo. Es un programa que funciona a cargo de una enfermera y un técnico paramédico que disponen de vehículo de traslado, que

organizan las visitas, realizando atención domiciliaria, exámenes preventivos, además de la coordinación, cuando es necesario, de consultas en el propio establecimiento de salud. Esta intervención ha potenciado una disminución en la demanda de atención por este grupo de población, acción que ha sido posible gracias a la realización de los exámenes preventivos realizados en propio domicilio.

3. **Programa de salud mental infantil.**
   Este programa es distinto a las prestaciones que están reguladas a nivel ministerial. Se desarrolla en horario vespertino y está focalizado hacia familias que tienen niños con problemas conductuales entre 4 a 14 años.

Respecto a la cobertura de actividades de los establecimientos de la comuna, se puede mencionar que en términos de volumen de población, los establecimientos diariamente, realizan un promedio de 6000 atenciones, distribuidas en 1.700 consultas y controles médicos, 1.500 actividades realizadas por otros profesionales, curaciones y muestras médica. Se despachan aproximadamente 2.400 recetas.

En la comuna hay además cuatro Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) que durante la noche realizan un promedio de 900 consultas.

Este es el escenario general de la comuna. Con esta realidad se evalúa el desempeño de los establecimientos de salud desde el Ministerio de Salud. No existen criterios diferenciadores entre una comuna u otra respecto al proceso evaluativo, no siendo el volumen de población un factor que marque la diferencia.

Todas las actividades que se realicen deben ser registradas en el sistema de registro que se utiliza en la atención primaria, estos son los REM (Registro Estadístico Mensual), los que incluyen 680 registros de actividades. Junto con el registro de las prestaciones que se realizan, los equipos de salud no pueden dejar además de cumplir con acciones que están asociadas al traspaso financiero como por ejemplo: cumplimiento de las metas sanitarias, índices de actividad de atención primaria (IAAPS) y otras metas asociadas a Convenios de Salud complementarios, además de las metas establecidos por el Municipio que dicen relación a los programas locales, antes señalados.

Todas las actividades antes señaladas, se realizan con una dotación de 690 funcionarios, la mitad de ellos son profesionales.

Respecto al financiamiento del área, esta se distribuye en un 78% de aporte vía per cápita, cuyo valor actual es $4.895. La comuna de Peñalolén recibe el valor del per cápita basal ya que no tiene asignaciones relacionadas con variables como ruralidad o pobreza. A diferencia de otras comunas del sector, como por ejemplo La Florida, comuna que recibe el aporte per cápita más una asignación por concepto de pobreza, lo que se traduce en un 18% más del aporte basal. Un 18% del presupuesto se obtiene a través de aportes que se obtiene a través de convenios especiales y un 4% es el aporte municipal. Este último aporte, se orienta principalmente para complementar algunos de los programas de salud y algunos beneficios laborales para los funcionarios. Entonces si se piensa en que existen 160 indicadores asociados a convenios, que se encuentran relacionados con traspaso financiero, los cuales representan el 18% del financiamiento, la menor proporción del ingreso, ocupa el 80% de la gestión, con indicadores que no necesariamente reflejan la realidad actual de lo que está pasando en salud. En este sentido es fácil reconocer que en esta área existe una brecha y un espacio por intervenir. Es necesario que la actividad de registro no ocupe un rol fundamental, se debe confiar en los equipos.

Estos se encuentran realizando las actividades, no existe un mal uso de los recursos. La carga de recurso humano orientada al registro de estas

prestaciones resta participación en otras acciones. Son importantes los medios verificadores, pero deben ser proporcionales a la gestión existente. El propósito de la atención primaria va mucho más allá del mero registro. Esta es una tarea pendiente del MINSAL.

Cuando se habla de experiencias exitosas a nivel comunal y específicamente en salud, es necesario centrar el relato en acciones que actualmente se están desarrollando y que constituyen un logro sanitario a nivel comunal y de país.

Entre esas experiencias, se puede mencionar la baja sostenida del embarazo adolescente. En la comuna de Peñalolén, este constituía un problema relevante. Y se ha registrado una baja importante durante estos últimos 10 años. En el año 2005 el 23% promedio de los embarazos que se controlaban en la comuna, eran menores a 19 años, hoy día está en un 14%. Esta disminución se fundamenta en un trabajo permanente de los equipos interdisciplinarios. Esto se ve reflejado en que de tener 800 embarazos de 15 a 19 años, de los cuales eran 33 menores de 14 años, actualmente hay 279 de los cuales 13 son menores de 14 años. Este modelo de intervención simboliza un trabajo que puede influir en varios factores que tienen que ver con la atención primaria, ver las oportunidades que existen en los contextos locales, los colegios disponibles, los equipos comprometidos, la existencia de alianzas que facilitan los procesos de intervenciones comunitarias. El equipo de Matronas de la comuna, creyó necesario hacer uso de las oportunidades que les proporcionaba el contexto local, establecieron alianzas con los colegios de la comuna, reconociendo que existían prejuicios y temores para la implementación de esta línea de intervención, principalmente asociado a la actitud que los apoderados de los colegios podían presentar frente a la temática, reconociendo además que el embarazo adolescente era una problemática que siempre había estado presente. Paralelo a ello, existía la oportunidad de que el Ministerio de Salud comenzó a tener disponibilidad de anticonceptivos distintos para las adolescentes lo que permitía ser más eficaces, también había otra variable que debía ser considerada y era la disminución de la natalidad. Las familias empezaron a ser más pequeñas porque existía un proyecto de vida distinto en las mujeres, se produce la integración de la mujer a la vida laboral remunerada, con proyectos de desarrollo personal y familiar distinto que iba más allá de solo ser mamás, situación que se encontraba presente en la mayoría de las mujeres que tuvieron hijos adolescentes entre los años 70, 80 y principios de los 90. De tal manera que cuando se dice, ¿es un logro de la atención primaria?, debemos responder que sí. Este es un logro que también tiene que ver con un devenir contextual que es debidamente leído, aprovechado y se hace eficiente en la salud de las personas.

Esa capacidad, es la que tienen los equipos de salud, la de poder visualizar las oportunidades del contexto. Esto es lo que debe alentar a los equipos y no morir en la burocracia del indicador. Hay otros procesos, otros logros, que se pueden mencionar y que si bien constituyen procesos básicos han contribuido al desarrollo de acciones exitosas, como por ejemplo, sistemas telefónicos para agendar, ficha electrónica, entre otros.

No obstante lo anterior, aún existe insatisfacción usuaria y esto se visualiza en los resultados de las evaluaciones de satisfacción usuaria que se aplican. En ellas aparece el trato como la principal variable de insatisfacción, relacionados con la acogida que el equipo tiene hacia los usuarios. A nivel comunal se ha incorporado un incentivo económico, otorgado por el Concejo Municipal, que trata de estimular que los equipos de salud mejoren este indicador. Si bien este incentivo ha contribuido, también surge la interrogante de cómo mejorar la satisfacción en aquellos establecimientos que se encuentran sobrepoblados, donde por ejemplo existen 51.000 inscritos. Los tiempos dedicados a la atención, es otra variable de insatisfacción para el usuario, el cual lo declaran insuficiente de acuerdo a las expectativas que éstos tienen. La

comuna, hasta el año pasado, era la única que seguía agendando 5 pacientes por hora, lo que significa una atención real de box, de 8 a 9 minutos. Un estudio de la Universidad Católica, de la Escuela de Ingeniería, que fue realizado en varias comunas de la Región Metropolitana, arrojó datos promedios del tiempo de atención en box, que correspondía a 15 minutos. La comuna ha mejorado respecto al tiempo antes registrado, si bien no ha sido un cambio exponencial, se ha aumentado 2 minutos más. Será necesario evaluar cómo este aspecto puede ir mejorando a través de la implementación de nuevas medidas. Otros aspectos que han sido evidenciados en las encuestas de satisfacción, tienen que ver con los tiempos de espera, específicamente en Farmacias de los Centros de Salud como también la higiene y equipamiento de los baños de los mismos establecimientos. Es importante mencionar que esto último guarda mucha relación, a que cercano a los Centros de Salud funcionan ferias libres, por lo que este servicio se vuelve comunitario, no existiendo una cultura de protección y cuidado de este espacio.

Respecto a las demandas de la comunidad, se pueden mencionar: que se realizan talleres, cabildos, encuentros, diálogos, en respuestas a las demandas del sector.

A nivel asistencial las demandas se orientan a la necesidad de que los niños y niñas sean controlados por médicos pediatras. Actualmente el control de los niños se realiza en la comuna por un profesional médico y enfermera que cuentan con capacitación suficiente para responder a esta expectativa.

La demanda asistencial asociada a la atención de profesionales como médico pediatra y geriatra, tiene que ver mucho con el contexto local, ya que se trata de una comuna donde la oferta de centros médicos privados es alta, por lo que la población traspasa sus expectativas del tipo de atención al ámbito de la atención primaria en salud.

Si bien la existencia de esta oferta es una oportunidad para la comunidad ya que pueden optar por un sistema de atención de libre elección, se transforma en una amenaza ya que la comunidad no visualiza que ambos sistemas se financian de manera distinta y exigen que los centros de salud de atención primaria cuenten con especialistas y con un arsenal farmacológico que esta fuera de la canasta básica. En este aspecto tampoco ayuda las redes sociales, en las cuales se pública constantemente que “los consultorios sólo dan paracetamol”. Se vuelve necesario educar a la población a fin de que puedan distinguir que los recursos son limitados en el espacio público, pero por sobre todo que los medicamentos son los adecuados y que lo importante es tratar de evitar la sobre medicación y el uso permanente de fármacos; transmitir que lo que se espera es una comunidad menos enferma, más sana.

Lamentablemente las demandas de salud de la población van por carriles distintos, piden más medicamentos, más ambulancias, más especialistas, etc., siendo fundamental para los equipos y para el modelo promover estados de salud óptimos, a través de acciones de promoción y prevención a fin de disminuir los “enfermos”.

En el contexto anterior, es que se sitúa la necesidad de poder actuar respondiendo a las necesidades de la comunidad, orientadas a las determinantes del territorio, no basta solo responder y ejecutar las políticas ministeriales, se contextualiza la acción en una planificación normativa, el desafío debe ser mayor y esa es la propuesta de intervención que se está realizando en la comuna de Peñalolén.

La mirada de intersectorialidad, es una estrategia que facilita la intervención. Esta estrategia es promovida por el Municipio, validando liderazgos locales, existiendo voluntad de las autoridades. Este constituye un proceso lento pero efectivo una vez que se logra.

Actualmente en la comuna existen dos programas que si no incorporaran una mirada intersectorial, sería difícil pensar que podrían ser sólo resueltos por el sector salud. Este es el Programa de Postrados, donde existe una clara vinculación entre el sector salud y el Municipio, a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario, existiendo un flujo permanente de información que no sólo se basa en una coordinación de acciones, sino en una intervención en conjunto, con objetivos compartidos. Esta experiencia tiene su génesis en un modelo de intervención que se comenzó con una problemática importante para la comuna, que era la deserción escolar. Este era un sistema de intervención preventiva y de alerta temprana. Tiene diferentes acciones, lo importante radica que frente a situaciones de banderas rojas, como por ejemplo el ausentismo periódico, se activa un plan de intervención preestablecido con funciones, tareas y responsabilidades definidas por los distintos actores de la red.

Esta forma de intervenir ha constituido un modelo de intervención, un enfoque de intervención en red, con una mirada intersectorial, que puede ser aplicado sin distinción frente a las determinantes sociales que se vuelven cada vez más evidentes. Se ha dado en la comuna un proceso de desarrollo en conjunto con la comunidad, la comunidad se ha ido incorporando paulatinamente en este modelo, son aún mucha las brechas que existen, sin embargo se han dado los pasos necesarios para seguir construyendo.

Actualmente a nivel nacional y comunal existe una variable de movilidad social que es necesario de enfrentar y para ello en la comuna se han creado los espacios para la organización y participación de este grupo. Es así que se distingue una comunidad de inmigrantes muy motivada por participar en los servicios.

Además se han implementado acciones incipientes orientadas a grupos vulnerables como por ejemplo, familias con niños que representan problemas de salud mental, jóvenes con consumo de drogas, adultos mayores frágiles, tareas e intervenciones que aún están pendientes y que son necesarias de enfrentar.

Aún existen acciones pendientes que se orientan principalmente a poder operacionalizar un modelo que se adecue a las necesidades de la población y no adecuación de acciones sólo a la posibilidad de recursos y agendas. El modelo de Salud Familiar, es una oportunidad pero la realidad supera el deseo. Existe una deuda evidente y es una práctica clínica médica integral que esté enfocada en el paciente y en su contexto. De las 70 jornadas médicas asistenciales que la comuna tiene, 10 son ejercidas por médicos de familia. Esto es claramente insuficiente. Existe información nacional que da cuenta de datos que son necesarios de considerar, entre ellos que solo un 11% de los profesionales médicos, son médicos de familia, que existe una rotación medica anual del 30%. Este último porcentaje puede subir si aumentan las oportunidades de formación de especialidad y en estos 2 últimos años se ha notado, pues hay muchas más salidas de médicos que se están formando, entonces ese impacto inmediato se hace presente en la atención primaria. Esto complementado con la salida de Profesionales por la no aprobación de EUNACOM. Impacto que se avecina para la atención Primaria.

Respecto a esta brecha que existe en el abordaje integral en la salud de las personas, no sólo se evidencia en la práctica médica, sino en la práctica de los distintos profesionales del equipo, ya que ellos también se ven enfrentados a responder a planificaciones normativas. Lo alentador es que poco a poco los equipos de salud se han ido capacitando y perfeccionando.

El lenguaje va siendo notoriamente mejor, pero hay que seguir avanzando, aún falta y es necesario dar más libertad al profesional. Existen programas en que la aplicación de pautas supera el tiempo asignado para la consulta. Se cumplió con lo normativo, pero ¿cuándo se preguntó a la persona que se tiene en frente “cómo se siente”? Una cuestión relevante es que hay que alinear los

incentivos con los prestadores directos. Esto dice relación al profesional que está ahí, subordinado a la subvención per cápita. Subvención que es administrada por los departamentos de salud. No sólo pasa por el estilo de administración de los recursos que se tengan. Este es insuficiente; un centro de salud con 22.000 personas inscritas, inicia su ejecución presupuestaria con un déficit. Esta asignación de recursos quizás no es la más óptima.

Hay que complementar esta asignación con un sistema de incentivos directos. Existen experiencias en torno a ello. El esquema laboral es bastante complicado, pero si se considera la experiencia local que existe con la implementación de acciones en el ámbito de la mujer trabajadora y en niños y jóvenes con problemáticas de salud mental, donde el pago no es por la persona que asiste, sino por la prestación que se entrega, pero con un buen esquema de contrato de casos, para que no sea solo consultas, eso funciona y funciona bien, lo que se traduce en una alta satisfacción usuaria, buena calidad de la atención, 20 minutos para hacer un examen o 20 minutos para hacer una buena consulta .

Otra condicionante del contexto y que hoy se encuentra presente, son las movilizaciones sindicales, si se hace un resumen de los días que efectivamente no se trabaja, da un promedio de 6 días anuales. Es necesario enfrentar esta situación, hacer un acuerdo que esté orientado a trabajar y atender la gente. Las reivindicaciones son legítimas miradas desde el punto de vista de quien las hace, pero hay que establecer un límite. Se vuelve necesario revisar que se está traspasando a los usuarios que la comunidad desvalorice el accionar de la atención primaria. Las comunidades se expresan, destrozan a los equipos de salud en las páginas de facebook y en muchas cosas que dicen tienen toda la razón, si no los han atendido, entonces aquí, en el contexto del modelo de atención de salud familiar donde existe un discurso de tanto compromiso que por estos días no se está cumpliendo. La percepción se mueve en dos perspectivas; por un lado se va separando de ellos por estas acciones, por lo que es necesario encontrar consensos, algún código que compartir v/s la percepción que existe en una comunidad que está capturada y no tienen otra alternativa, con eso no se puede seguir avanzando.

Finalmente el trabajar en atención primaria es un honor, es una tarea noble, acompaña a la vida de las personas y es tan concreta. Es necesario mantener y conservar la motivación y también ser participativos en mejorar la estructura del sistema y eso se logra en conjunto con los equipos y la red.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORÍA EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

Jhonny Acevedo, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile
Marcelo Vásquez, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile

Aspectos generales

Esta propuesta se hizo a partir de una licitación convocada por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente de la Región Metropolitana. Consistió en un proyecto de acompañamiento y asesoría durante 8 meses a dos Centros de Salud Familiar (CESFAM). El Servicio innovó en el tema de capacitación y destinó algunos recursos, en la idea de no más cursos, no más capacitaciones tradicionales, tan apretadas en términos de tiempo y hora, y dejó estos recursos guardados para hacer acompañamiento y asesoramiento a centros de salud en el modelo de salud familiar. Hizo además una postulación interna entre todos los Cesfam del Servicio, para que ellos accedieran a esta prestación que se estaba licitando y estos dos Cesfam ganaron este concurso interno y fueron seleccionados por una comisión para recibir y participar del proceso de acompañamiento y de asesoría.

Para el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el acompañamiento fue igualmente un gran desafío. Si bien los profesionales que allí trabajan tienen bastante experiencia, como Departamento no se había hecho este tipo de trabajo. Se constituyó un equipo en que estuvo Jhonny Acevedo, que es el director del proyecto, de profesión matrón, Marcelo Vásquez, de profesión asistente social, Nancy López y Patricia Vargas, ambas médicos de familia. Se conformaron dos duplas; Jhonny Acevedo y Marcelo Vásquez trabajando directamente en el Cesfam del Monte y Nancy López y Patricia Vargas trabajando en el Cesfam de Lo Prado.

Hay algunos datos de contexto relacionados con el desarrollo de la salud familiar en una mirada macro de los 20 años en que se ha estado instalando como una política concreta, pero hay mucho más historia, incluso en el mundo de la salud familiar y luego también en Chile, en la formación de médicos especialistas y también el compromiso de la Universidad. Los primeros atisbos de instalación del modelo de salud familiar, es decir, personas trabajando en algunas comunidades en el tema fue hace 30 o 40 años en Chile. Han sido múltiples las estrategias que han ido orientando el cambio de modelo a nivel nacional; pasantías nacionales, pasantías internacionales, capacitaciones, cursos de post título, diplomados, entre otras. Las universidades, en general, han sido un pilar fundamental en el desarrollo del recurso humano en alianza con el Ministerio de Salud del país. Los servicios de salud también, y los niveles locales, entiéndanse municipios, han sido claves en participar en innovaciones que fortalezcan a los equipos que van desarrollando esta gestión y estas intervenciones a nivel local, sobretodo en el ámbito de salud familiar. Y el Servicio de Salud Metropolitano de Occidente, como se indicó anteriormente innovó el año 2015 con ésta línea de acompañamiento de equipos.

Las dos comunas con las que se trabajó, Lo Prado y El Monte, cuentan con equipos disimiles, pero la propuesta fue trabajar con sus equipos técnicos, es decir, con el consejo técnico en sus distintas denominaciones. Entre ellos, el/la Director(a), Subdirector(a) donde lo hubiera, consejo técnico ampliado y además con el compromiso

que invitaran e incorporaran en este proceso de acompañamiento a un representante de la asociación de funcionarios de cada centro de salud y también al menos a un representante de la Comunidad. Se definieron los modelos a trabajar y algunas temáticas como cambio, liderazgo, plan de acción, clima laboral, brechas de la pauta MAIS, diagnósticos a partir de las peticiones que hizo el Servicio en cuanto a sus especificaciones técnicas, y luego se planificó el desarrollo de los distintos procesos. Se definieron fases: Fase Diagnóstica, Fase de Capacitación Acción y Fase de Acompañamiento. Todo ello para mejor orientar el desarrollo del acompañamiento en 8 meses de trabajo.

En general se observa que en el tema del desarrollo del modelo de salud familiar lo más fuertemente instalado es lo estructural, pero uno abre una ficha de atención de cualquier paciente y todavía se encuentra con que la atención es muy biomédica, y los actores de los centros reclaman que no tienen tiempo para poder desarrollar un modelo más biopsicosocial. Entonces no fue fácil comenzar, se tenía que desarrollar una fase de reconocimiento y de generación de confianzas ante personas externas que se instalan y que empiezan a trabajar con el equipo.

Se comenzó el acompañamiento trabajando en temas de estructura organizacional. Todo establecimiento tiene una estructura reflejada en un organigrama, pero saber cómo este funciona es otro tema y sin duda revisar estos conceptos removió un poco a los equipos. Luego se sugirió que las estructuras acordadas fueran ratificadas por las autoridades, así que los Alcaldes debieron decretar estas nuevas miradas de cómo se organizan en salud. En este análisis hubo algunas sorpresas; organigramas sobrepasados por el tiempo, estaban aún vigentes, pero realmente no eran efectivos.

En el centro de salud del El Monte se apreciaba un desarrollo del modelo bastante menor, ya que ni siquiera trabajaban con equipos sectorizados. Existían jefes de sector, pero no tenían equipos, no tenían sectores, seguían trabajando más bien transversalmente, por un tema atribuido a la infraestructura física, no estaban organizados por equipos de sector. Llevaban de diez a doce años, tal vez un poco más decían, intentando operacionalizar el modelo pero no lo lograban. El Cesfam de Lo Prado, con mucho más historia en el desarrollo del modelo, con mucho avance, técnicamente muy eficientes, pero también con algunas preguntas e inquietudes del Servicio de Salud respecto de cómo funcionaban hacia adentro, cómo era la cultura, cómo se tomaban las decisiones, cómo se desarrollaba la gestión, y por ello entrar en el tema de la estructura organizacional aportó muchas luces; la existencia de algunos cargos, la descripción de ciertas funciones, los roles, las tareas, las competencias de los jefes de sector, los equipos en propiedad, los tramos de control, entre otros aspectos. En este ámbito la realidad era muy diferente en El Monte respecto de Lo Prado. En Lo Prado había una sobrecarga en el Director, éste asumía y respondía hasta la última pregunta que se podía hacer, por lo tanto un nivel de stress y de concentración de las funciones en un solo rol que en realidad no tenía sentido. Entonces el disponerse a revisar estos elementos permitió ser un buen primer espejo para empezar a mirarse, lo que es parte del proceso de desarrollo de la consultoría que desde la observación externa es significativo. Se trabajó perfiles de cambio y se utilizaron distintas herramientas para que se miraran y evaluaran, apoyados con instrumentos de evaluación personal en términos de actitudes frente al cambio y perfilamientos individuales para el trabajo. Las sesiones de asesoría fueron quincenales, durante 4 horas toda la mañana, con todo este equipo que generalmente eran 15 a 18 personas. Ellos además bloqueaban otras 4 horas en la semana en que no había acompañamiento para trabajar y cumplir con las tareas y compromisos que se generaban. Entonces fue realmente un trabajo intenso, vieron sus perfiles de liderazgo, además se hizo algunos cruces al respecto de manera que los directivos pudieran tomar algunas decisiones sobre la organización. En ocasiones se ubica a ciertas personas en ciertos roles y no

necesariamente tienen las competencias para cumplir con ellos, entonces este perfilamiento también permitía mirarse, remirarse y evaluar dónde se está, y a los directivos decir cuáles son los mejores movimientos que yo puedo hacer en términos de optimizar la gestión que tengo en mi propio centro de salud.

Se levantó información para la fase diagnóstica y después eso permitió diseñar un plan de acción con carta gantt autodefinida por cada equipo. En ese momento se estaban aplicando pautas de evaluación de riesgos psicosociales por parte de las mutuales y se aprovechó de ofrecer la posibilidad de hacer un diagnóstico de clima, trabajándose una pauta con ellos en los distintos centros, la que luego fue aplicada, haciéndose entrega por parte de la Universidad de resultados preliminares. Incluso se realizó una pequeña intervención sobre ambiente y clima, ese fue un plus que resultó del propio desarrollo de la intervención. Se hizo levantamiento de brechas en base a la pauta MAIS, no siendo este el punto central de la asesoría, ya que el modelo es mucho más que la pauta, pero si se recogieron las inquietudes de los equipos. Cada uno de ellos tenía su auto diagnóstico realizado con las variables más o menos ponderadas y los asesores tomaron las menos desarrolladas para reforzarlas. En ello colaboraron otros docentes del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, expertos cada uno en sus áreas, desarrollando talleres en los mismos procesos de acompañamiento, de manera que también pudieran levantar esas brechas en temas como protocolo de visitas, de consejería en crisis, en temas de participación, en temas de recursos humanos, en formatos varios, y cómo trabajar definición de roles, tareas, funciones, etc. Se realizó talleres aplicados respecto de los elementos y aspectos de la pauta que estaban más deficitarios.

Por lo tanto, con la información inicial disponible era claro para las duplas asesoras que los centros que eran muy distintos. El Monte es una comuna que se caracteriza por un perfil básicamente rural y el CESFAM Pablo Neruda de Lo Prado es un CESFAM cien por ciento urbano. ¿Dónde estaban?, ¿dónde debían llegar? y ¿qué tenían que hacer ellos y los asesores para lograrlo? eran preguntas claves relacionadas con procesos de cambio organizacional. Entonces se recurrió a algunos elementos teóricos, recogiendo la mirada de Edgard Schein, quien plantea muy claro los procesos de cambio, más aún cuando habla de cambio como proceso terapéutico, siendo clásico de los consultores. También buscamos algunos modelos orientadores, y en ello Kurt Lewin nos indica que cuando uno entra a una organización apoyando procesos de transformación tiene que "descongelar", y para eso hay que conocerla, hacer levantamientos diagnósticos para tener un perfil de esta organización y de sus procesos, de manera de que, por ejemplo, se comience a trabajar con ellos, a que se reconozcan, a que vean cuál es la percepción de los problemas que ellos tenían y con los instrumentos diagnósticos que se fueron aplicando se avanzó en esta línea de acción. En el "avance", una vez que la organización esta descongelada, se fue revisando en conjunto con el equipo dónde estaban en relación con el modelo de salud familiar, conocieron sus perfiles individuales, y con ello entonces había que levantar un plan de acción. Y eso es lo que se hizo; un plan de acción que levantaron ellos, con el acompañamiento pertinente. Fue diseñado por ámbitos y consideró una serie de actividades con sus responsables y plazos de ejecución. Este plan se empezó a ejecutar de inmediato, al mismo tiempo que la asesoría continuaba, durante los 6 meses restantes en ambos centros de salud. El proceso además llevaba un sub módulo de capacitación. Cada Cesfam disponía de 40 horas de capacitación en los temas que quisieran, podían parcelarlo incluso en dos cursos de 20 horas cada uno, siempre para 25 a 30 personas. Así fue que definieron entonces en qué iban a capacitar, escogiendo libremente los temas, partiendo del proceso de diagnóstico y lo dirigieron al equipo asesorado y también lo ampliaron a otros profesionales, técnicos o administrativos de sus equipos de salud.

Al irse acercando la fase de término, la organización se "recongela" nuevamente,

fortaleciendo y reforzando el desarrollo de las nuevas prácticas generadas. El objetivo era que se instalen en cada establecimiento de salud. Siempre el tema del cambio es complejo y asume dinámicas distintas en cada establecimiento. Se intentó apuntar al cambio personal y al necesario desarrollo del compromiso respecto del quehacer laboral y en la misma medida a potenciar los liderazgos directivos y de jefaturas ya que esto es un elemento clave en la influencia que los líderes de las organizaciones pueden ejercer sobre el resto del personal.

Asesoramiento por etapas

En la fase diagnóstica lo primero que se hizo fue calibrar las expectativas, dinámica que se repitió en ambos centros. Si bien tenían muchos puntos de coincidencia, también se expresaron diferencias respecto de lo esperado en el proceso de acompañamiento. Desde querer saber más del modelo de salud familiar, ser capacitados en liderazgo, conocimiento y herramientas para desarrollar los modelos en los CESFAM, analizar cómo avanzar en la implementación del modelo, encontrar y darle sentido al modelo, todas expectativas muy concretas. Se apreció entonces, por lo menos en estos dos centros, la búsqueda del sentido del modelo y eso es un tema profundo. Ellos querían que también esto fuera una instancia de autocuidado, de compartir, de reflexionar mucho, querían potenciar sus fortalezas y ojalá que se trabajara en cómo minimizar todas las resistencias y dificultades de este cambio organizacional en función del modelo, aprender herramientas de evaluación y de gestión. Se contaba con los equipos directivos completos de ambos CESFAM. Ellos querían que esto les permitiera mejorar el posicionamiento con la Comunidad y que les ayudara a visualizar cuáles eran sus puntos más débiles y cómo poder mejorarlos. Tarea no menos compleja.

Se aplicaron encuestas individuales asociadas a temas de cambio y en general se encontró equipos dispuestos a cambiar, tanto en términos individuales, como en temas de equipo y eso fue una herramienta inicial de trabajo. Se presentaron en los grupos los resultados de las encuestas, debatiendo y analizando, por lo tanto encontramos insumos para poder instalar una fase de desarrollo del cambio organizacional. Los equipos eran muy comprometidos, tenían mucha disposición, ganas de aprender, había liderazgos bien marcados, de distintos estilos, más autoritarios o más participativos, pero había liderazgo y para los asesores eso era lo fundamental. Los tiempos protegidos para la asesoría fueron fundamentales, sin ello no se hacía nada. Tenían un cúmulo de experiencias individuales, organización y apoyo al modelo, incluso desde la política comunal, en algunos casos se contaba con la presencia de los directivos comunales, lo que también es un incentivo para el desarrollo de la asesoría y para los equipos también era relevante.

Por otro lado en esta fase también reconocieron sus principales debilidades, comunes en ambos centros. Poco tiempo para poder trabajar en este tema, ineficiencia en el uso de los tiempos, a pesar de que tenían poco tiempo y que estaban las instancias para trabajar, ellos eran ineficientes en el manejo de los tiempos tanto personales como de equipo, falta de espacios laborales, falta de compromiso y de coordinación en algunos casos, vale decir, reconocían que entre ellos habían algunas jefaturas que no estaban tan comprometidas con lo que estaban haciendo, con los cargos en que estaban, falta de conocimiento sobre el modelo de integración, equipos cansados, siempre centrados en las metas, déficit en el trabajo en equipo y dificultades comunicacionales.

Posteriormente se aplicó un test personalizado, centrado en el liderazgo (test PDA) y cada uno de ellos obtuvo sus resultados, los que fueron trabajados en más de una sesión, donde aprendieron a reconocerse en función de este modelo. Se explicó en qué consistía y se empezaron a mirar en lo personal y también en la relación con otros integrantes de sus equipos de trabajo. Esto también fue entregado (los perfiles)

a la dirección de cada CESFAM de modo que pudieran utilizarse como una herramienta para la gestión, ya que en función de esto se podían tomar decisiones, ya que aparecía claramente, de acuerdo al perfil que tenía cada uno, donde estaban sus competencias y donde podían dirigir y liderar mejor. Fue un trabajo muy interesante desde una mirada individual, con apoyo de un consultor externo que también trabaja en este tema, y sorprendentemente se tomaron decisiones compartidas entre ellos respecto de algunos cambios de posiciones en estos equipos.

Ambos centros levantaron sus planes de acción con apoyo de su dupla asesora y el tema de la estructura organizacional fue el punto inicial. Surgieron nuevas estructuras que se sometieron a sanción por los directores de salud y también la idea era que luego fueran formalmente decretados por los alcaldes. Principales aprendizajes en esta línea se refieren a la efectividad del organigrama matricial en los Cesfam; vieron que era posible hacerlo, aplicarlo, bajarlo, que fuera concreto, y además darle un sentido de herramienta, no solo considerarlo como un aspecto instrumental para la certificación, sino que realmente fuera útil y tuviese significado para los propios equipos. Desde esta perspectiva se dio comprensión sobre todo de los roles de poder y autoridad que se ejercen y las confusiones que en estos temas se producen. El fomento a la delegación fue discutido, reconociendo que algunos directivos tienden a concentrarlo todo, entonces también hubo que trabajar y preguntarse cómo opera cada uno en esa gestión.

En el marco del Plan de Acción, en el Cesfam de El Monte eligieron trabajar en temas de sectorización, porque requerían sectorizar de verdad. Ellos tenían 3 jefes de sector, que no hacían nada muy específico en sus cargos, pero tenían igual el nombre de jefes de sector; no sabían qué tenían que hacer, no tenían equipo. Entonces se apoyó el sectorizar, o sea, tuvieron que dividir a la gente, reordenar, en lo posible se les pidió algunos movimientos físicos solo por impactar visualmente con el cambio. Este tema era complejo porque se negaban a moverse, basados en deficiencias de infraestructura, pero para muchas otras organizaciones este tema nunca fue un obstáculo. Ellos priorizaron también la organización del tiempo y trabajaron con carta Gantt agendando todo el año por ejemplo las reuniones de asesoría, las de equipo de sector, las del equipo gestor de modelo; o sea, fueron definiendo y protegiendo, agendaron las horas administrativas para los jefes de sector que no tenían y así, lo mismo El Monte y Lo Prado, fueron haciendo adaptaciones a su proceso de gestión y de administración. Trabajaron y definieron nuevas estrategias de coordinación entre programas y equipos, cosas concretas, como establecer correos, suerte de redes para la transmisión de la información, telefonía, entre otros. Quisieron además fortalecer el eje del conocimiento del modelo, encontraban que tenían falencias y debilidades, pese a que había mucha gente diplomada, pero esa gente se quedó con la formación y nunca transmitió nada, por lo tanto, había que hacer operacionalizable esto. No sacaban nada con tener 10 o 12 profesionales con diplomados en salud familiar, si algunos ni siquiera sabían que el del lado estaba diplomado, pese a que había gastado o invertido en 240 horas de formación, pero no había cambiado su hacer, su práctica, nadie le notaba que estaba diplomado en salud familiar. Por otro lado se establecieron brechas en temas de resistencia al cambio y se hizo trabajo con eso. Se fomentó el desarrollo de pasantías, realización de jornadas motivacionales, de instancias de auto análisis con los equipos, con los sectores, para generar identidad. Respecto del trabajo comunitario e intersectorial, este fue un eje que se priorizó, y que si bien había gente muy dedicada al tema, al parecer no estaba tan ordenado, entonces la función de asesoría fue darle más cuerpo y orden a esta área.

En el caso del Cesfam Pablo Neruda también la organización del tiempo fue un tema recurrente. Este era un equipo con un perfil distinto, con mayores éxitos en función de cumplimiento de metas, mejor organizados, mejor posicionados al interior de la Corporación de Salud y Educación Municipal de Lo Prado, pero que tenían algunos problemas internos. “Corrían como locos todo el día y no sabían cómo organizarse en función de

los tiempos", necesitaban saber más del modelo de salud familiar, evidentemente. Necesitaban mejorar sus estrategias de coordinación, tanto internas como externas, por ejemplo establecer el organigrama también fue algo que a ellos, siendo un centro con mucho más desarrollado, les ordenó mucho. Y trabajar en equipo era un tema no menor, a pesar del cumplimiento de metas que tenían, que no era malo a nivel de Servicio, ellos sentían que tenían que mejorar este aspecto. Aquí el trabajo era hecho en general por dos o tres personas que tenían todo bajo control, pero estaban colapsados y esa era la única forma en que las metas se cumplieran. Se trabajó entonces sobre la importancia de trabajar en equipo, de aceptar liderazgos, de delegar funciones, de asumir diferentes niveles de autoridad, de creer en el otro, de manejar las resistencias al cambio, que habían muchas, y la necesidad de replantearse los modelos de capacitación y autocuidado.

En ambos centros se hizo un levantamiento de brechas MAIS, con los equipos. Se trabajó sobre el enfoque familiar, intersectorialidad, participación, desarrollo de las personas, calidad, entre otras áreas priorizadas, y en ello participaron distintos docentes del Departamento abordando los temas de una manera aplicada.

También los equipos eligieron temas de capacitación para sus trabajadores. Los temas dictados fueron: (1) modelo de salud familiar, (2) liderazgo y cambio organizacional, (3) trabajo en equipo y clima organizacional y (4) planeamiento estratégico. Los dos centros, uno en el curso de capacitación y el otro como agregado en el proceso de asesoría realizaron diseños de planes estratégicos a 5 años, definiendo cada uno su visión, misión y objetivos estratégicos quedando con ese insumo renovado, con la posibilidad de hacer operativo cada uno de sus planes en los distintos niveles. Por ejemplo en enfoque familiar, en el principio de continuidad, se trabajó en protocolos de crisis normativas y no normativas. Se revisaron modelos tipo, se definieron problemas como ejercicio y desarrollaron esas guías. En integralidad se revisó el estudio familia abreviado, la visita domiciliaria integral, se evaluaron guías y se acordó cómo las empiezan a desarrollar, y hoy día están trabajando en función de eso. En intersectorialidad, en el principio de continuidad, se conversó sobre análisis de mapa de red y protocolos de derivación; en integralidad se analizaron los flujogramas de red, por ejemplo, redes de salud mental que en ambas comunas hizo mucho sentido, y análisis de trabajo con al menos dos instituciones de la red. En participación se trabajó fuertemente en análisis de diagnósticos y en cómo sistematizar las tareas con los Consejos de Desarrollo Local (CDL). Generalmente se hacen muchas cosas pero no está claro cómo ordenarlas, y eso fue lo que se hizo.

¿Cómo evaluamos? Ellos hicieron una evaluación de reacción al cierre de los 8 meses del proceso, y lo evaluaron muy bien; la organización general del acompañamiento, el cumplimiento de los compromisos, la selección de los temas trabajados, la calidad de ellos y la relación de los contenidos con las funciones habituales que desarrollaban los integrantes de los equipos que fueron asesorados. En El Monte evaluaron a los relatores con alto conocimiento, excelente metodología, logro de alto grado de interés por parte de los participantes. En términos generales El Monte dice que les ayudó en sus procesos de aprendizaje en el Cesfam, que fue gratificante, bastante positivo y satisfactorio, adecuado, provechoso, muy bueno para el equipo, se aprendió diferentes herramientas, se avanzó en el proceso del Cesfam y fue una gran experiencia. Ellos sugirieron reforzar aspectos de liderazgo, seguir con este tipo de enseñanzas, que se cumplan las fechas, los acuerdos y los compromisos que ellos plantearon y mejorar de algunos temas logísticos. También indicaron que se realizaron protocolos que no se habían hecho, se mejoraron procesos administrativos y estadísticos, se mejoró el clima, aprendimos sobre liderazgo, aumento del fiato en el trabajo en equipo, etc. En las distintas variables que ellos trabajaron durante los 8 meses, ellos hicieron evaluación y realización cualitativa respecto de lo que habían avanzado.

En Pablo Neruda fue muy parecido, en función

del cumplimiento de los objetivos del programa, de las tareas, de los compromisos y la evaluación a los relatores fue óptima. Indicaron una evaluación positiva de crecimiento, que fue una experiencia enriquecedora, provechosa, un aporte en relación al modelo de salud familiar y al trabajo en equipo, quedando muy satisfechos con la evolución de la actividad. Señalaron que al cierre manejaban otros temas, comprendieron el trabajo de otros compañeros, aspectos muy parecidos al Cesfam de El Monte.

Como reflexiones finales, indicar que este Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha acompañado el proceso de instalación de modelo integral con enfoque familiar y comunitario desde sus inicios en el país. Y eso es una realidad, aquí se formaron los primeros médicos de familia que han ido modelando muchas cosas a nivel del país. La historia de acompañamiento del Departamento ha estado ligada a la formación de pregrado, y ahora con más énfasis que antes, en posgrado, con los médicos de familia. También a través de diferentes cursos de postítulo, diplomados y capacitaciones a nivel nacional a equipos de CESFAM y de Hospitales de Familia y Comunidad. Al mismo tiempo se ha contribuido a la formación de líderes sociales que están interesados en este modelo. Una experiencia que se tuvo, por ejemplo, con todos los líderes del área sur de Santiago, que pidieron apoyo al Servicio de Salud Metropolitano Sur y que participaron de un curso de formación de más de 80 horas en diversos temas de atención primaria y salud familiar. El trabajo en este departamento tiene una particularidad, gran parte de los docentes de esta Unidad son personas que trabajan o han trabajado en la atención primaria, por lo tanto tienen las vivencias y eso lo vinculan con principios y modelos de modo de hacerlo aplicable.

Finalmente señalar que este proceso de acompañamiento permitió innovar en las formas de apoyar equipos de trabajo, porque hasta aquí se ha trabajado con mucho esfuerzo y cariño, con mucha entrega humana sobretodo, preparando equipos en capacitación, pero esta ha sido una experiencia distinta, que permitió acompañar desde dentro, como co-participantes a un equipo de atención primaria en una experiencia de asesoría y acompañamiento altamente gratificante. En ambos CESFAM se cumplieron casi el 70% de las actividades del plan de acción que se fue conduciendo. Existe aproximadamente un 20% de compromisos que están en proceso todavía y que debieran en un plazo de tres a cuatro meses estar terminados y va a haber un 10% de cosas que se propusieron, que van a estar finalizadas en un plazo más largo, seguramente todo el 2017.

Los equipos valoraron como muy positiva la actividad, sobre todo en lo que fue referido a rediseño organizacional, a diseño de perfiles de cargo, a levantamiento de brechas MAIS, a diagnósticos personales de cambio, de liderazgo, de clima, a las intervenciones de autocuidado que se hicieron, las capacitaciones, las realizaciones del plan estratégico y el impacto en el proceso de desarrollo del modelo que tuvo la asesoría, entendiendo que impactó también en el resto de la organización. Los equipos valoraron el acompañamiento, como una instancia de crecimiento, desarrollo e instalación de competencias en el tema de la salud familiar y la gestión del modelo, la gestión organizacional y el liderazgo en equipo.
Finalizamos el proceso con el adecuado cierre por parte del Servicio, certificándose aproximadamente 140 horas de formación para cada uno de los integrantes de los equipos participantes. Todo ello en una ceremonia de que convocó el Servicio de Salud Occidente.

Solo queda indicar que para los consultores la experiencia fue muy grata, fue una aventura, y es de alto interés poder continuar en esa línea. Si bien se cree y confía mucho que la capacitación y la educación continua en general son herramientas, creemos que hacernos parte de una realidad y desde el día uno empezar a intervenir en ese proceso de acompañamiento y de asesoramiento es muy facilitador y potencia aprendizajes significativos.

GESTIÓN DEL MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE SALUD RURAL DEL SERVICIO DE SALUD DE AYSÉN

Fabián Méndez, Encargado Unidad Salud Familiar, Promoción y Participación, Servicio de Salud de Aysén

Cuentan que un piloto le dice a otra persona, que el avión cuando se queda detenido en tierra se deteriora mucho más rápido que cuando está en el aire volando. Y es lógico, porque el avión fue hecho para volar y no para estar en tierra. Y esa es una pregunta que también se puede hacer en la atención primaria, sobre todo en salud rural; ¿cuánto tiempo se ha tenido detenida la atención primaria?, ¿cuánto tiempo se ha tenido detenida la salud rural, deteriorándose, oxidándose mucho más rápido?, siendo que la atención primaria fue creada para otras cosas mucho más grandes que un avión. La atención primaria es como un Boing, no es un Pillán o una avioneta, es un Boing gigante y se tiene que valorar como tal.

En la Región de Aysén, la Dirección de Salud Rural está a cargo actualmente de 26 postas de salud rural en toda la región de Aysén, desde Raúl Marín Balmaceda hasta Villa O'Higgins.

Y la Región de Aysén tiene una longitud lineal de 900 kilómetros, lo que significa una distancia desde Santiago a Osorno, en longitud. Desde Coyhaique por ejemplo, ir a visitar Villa O'Higgins es como ir de Santiago a Concepción, pero a Villa O'Higgins uno se demora 12 horas de viaje, por lo tanto existe una alta dispersión geográfica en esta región. 100.000 habitantes distribuidos en 100.000 kilómetros cuadrados, lo que da un habitante por kilómetro cuadrado. Se puede imaginar, entonces, lo difícil que es realizar gestión en estas 26 postas de salud rural y lo difícil que es capacitar a los funcionarios. Hasta el año pasado se tenían 24 postas de salud, luego se adicionó Tortel y Villa O'Higgins, que antes dependían del Hospital de Cochrane, Hospital de Familia y Comunidad. Ambas postas pasaron a la Dirección de Salud Rural del Servicio por problemas de gestión, pero para la Dirección de Salud Rural el costo de administración es muy alto en dinero.

En 2012, al ingresar como profesional a trabajar a la Dirección de Salud Rural del Servicio de Salud Aysén, hubo un recambio de la mayoría de los profesionales. Bueno, en salud rural cada cierto tiempo hay un recambio casi completo de los equipos. Probablemente a la atención primaria en general también le sucede algo similar. Al poco andar, se ponían de manifiesto las reducidas actividades de promoción de la salud y de participación comunitaria, y eso es algo que en un inicio se pretendió abordar. Entonces ya en el 2013, es reconocido que hubo un aumento en las actividades de promoción de la salud con la comunidad. Anteriormente, las atenciones se centraban en lo asistencial, también determinado por la falta del recurso humano. En el último tiempo se ha logrado inyectar recursos humanos a salud rural.

En la Región de Aysén, cuando se va a ronda rural, en esas horas de traslado, se tiene tiempo para leer, para estudiar, para hacer cosas. Entonces estudiando se comenzó a profundizar en el modelo integral de atención de salud. El año 2013, se inició un proceso de mayor formación al respecto y para ello las cápsulas de la Universidad Virtual sirvieron mucho. Permitieron conocer más del modelo y así poder contar a otras personas que esto era importante y que debía haber formación.

En 2014 hubo modificación de autoridades en las direcciones por cambio de gobierno. Llegó una directora que señala le gustaría implementar

el modelo de atención integral de salud en la Dirección de Salud Rural y ofrece pasantías en el modelo, lo que sin duda fue una oportunidad en lo personal. En su momento se le expresó la inquietud sobre la alianza que debe haber con otros profesionales, que no existían equipos de cabecera; que a varias rondas iba una semana un profesional, a la otra semana iba otro equipo profesional, y así se iban rotando los equipos; que no había continuidad en este sentido. En su momento no hubo respuesta porque, en general, los médicos se resistieron a asistir siempre a la misma localidad.

En julio de 2014 comencé a realizar el Diploma de Gestión en Centros de Salud Familiar en la Universidad de Chile, y fue a partir del trabajo final del Diploma donde se propuso una integración para poder mejorar la implementación del modelo en los establecimientos.

En noviembre del 2014, luego de una ronda, conversando entre tres profesionales; un médico, una trabajadora social y un odontólogo, se decidió hacer una encuesta de salud familiar, enfocada en determinantes sociales, ya que no se disponía de información estadística. Porque los datos de las comunidades rurales no se ven en las encuestas nacionales, ya que está todo centrado en las comunidades más grandes. Posteriormente se fundaron, junto a la comunidad, consejos consultivos, por ejemplo el de Puerto Guadal, al sur de la región, y se desarrollaron otras experiencias. Se intentó fundar, junto con la comunidad, el consejo consultivo en una localidad que se llama Ñirehuao, lo cual no resultó. Analizando la fotografía de la presentación, se observa el profesional con delantal clínico y fonendo, lo cual habla sobre la distancia entre los profesionales y la comunidad.

El año 2015 aparecen las orientaciones técnicas del modelo para el programa de salud rural; anteriormente era sólo urbano. A partir de ahí no era querer o no querer implementar el modelo, sino que venía mandatado por el Ministerio de Salud, así que fue una muy buena iniciativa que motivó especialmente a la dirección y a los equipos a poder implementar y desarrollar este cambio.

El equipo comenzó a desarrollar reuniones clínicas del modelo, para que los funcionarios conocieran de qué se estaba hablando cuando se decía modelo de atención integral de salud. En general, no se contaba con funcionarios formados en el área.

En julio de 2015, la directora buscó reestructurar la organización para que estuviera acorde al desarrollo del modelo de atención. Fue iniciativa de la dirección, eso es lo importante. Y en base a ello se conforma la unidad de salud familiar, a cargo de la implementación del modelo en las 26 postas de salud rural, con lo cual se comienza a generar un trabajo en conjunto con la referente regional del modelo y se definió de estas 26 postas cuántas se iban a evaluar. Porque no se podía evaluar a las 26. Era muy difícil, por el tema de las distancias y la alta dispersión. Se definió que iban a participar 13 postas de las 26 y se fueron sumando otros tópicos, como avanzar en hacer descripciones de cargo e incorporar el autocuidado a los equipos de salud, ya que se trabajaba sin considerar cómo se sentían los funcionarios. Se crea la unidad de salud ocupacional para responder a ese requerimiento y lo más significativo fue la creación de los equipos de cabecera. Se organizaron reuniones y los equipos definieron cuáles iban a ser los funcionarios que formaban parte de estos equipos y que irían a cada ronda.

Se realizó una reestructuración organizacional y se estableció un organigrama matricial, intentando descentralizar la organización. Se crearon así nueve sectores. Lo que se buscaba era que cada sector tuviese un jefe de sector para descentralizar la gestión y el poder, pues desde Coyhaique es muy difícil monitorear todo lo que sucede en las postas de salud rural. Y se logró.

Anteriormente existía el jefe del sector norte, y el 2015 se implementó el jefe del sector sur. De los nueve sectores que se definieron, actualmente se tiene sólo dos jefes de sector, y se crean

estas unidades; unidad de salud ocupacional y la unidad de salud familiar. Existían anteriormente las unidades de gestión de procesos, de programas y de coordinación asistencial. Como se puede apreciar, existían algunos esbozos de gestión centrada en los programas, pero a veces es imposible cambiar todo de un solo plumazo. Y se quiso integrar el área de gestión con el área asistencial para que estuvieran en contacto y en comunicación. En el organigrama anterior eso se no lograba.

Luego se crearon descripciones de cargo, eso fue un proceso largo también. Se comenzó con la planificación estratégica, y colectivamente se definió una visión, una misión y valores, participando aproximadamente 40 funcionarios que se reunieron a conversar y definir cuál iba a ser la visión, misión y valores. Luego, con la Resolución Exenta de fines de septiembre de 2015, esto queda oficializado en el Servicio de Salud. Pero resulta que en febrero del 2016 hubo un cambio de dirección y ahí cambió todo, porque la Dirección de Salud Rural ahora se fusionará con la Dirección de APS. Por lo tanto, ese organigrama matricial referido ya no existe y se está a la espera de la reformulación de la organización y precisión de cuál va a ser el organigrama definitivo. En el fondo ahora está atención primaria y salud rural, pero habiendo logrado instalar en el equipo el tema de la salud familiar.

Las 13 postas se definieron porque tienen equipo residente, médico residente y dentista residente en algunas localidades, y también otros profesionales. Por ejemplo, en Melinka todo el equipo es residente. Hay que decir que estas localidades, en su mayoría, tienen menos de 1.000 habitantes, o sea un médico para menos de 1.000 habitantes y un dentista para menos de 1.000 habitantes. También se pensó en el proceso de capacitación, tema importante, ya que estos equipos dispersos no tenían capacitación, entonces era fundamental generar instancias para que pudieran conocer lo que era el modelo de salud integral.

Se desarrollaron tres instancias de capacitación, todo esto apoyado por el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile; sin ellos habría sido muy difícil capacitar y traer funcionarios desde las distintas localidades extremas a una capacitación conjunta en Coyhaique. Una se efectuó en noviembre del 2015, otra en marzo del 2016 y otra para los administrativos, porque no queríamos dejarlos fuera, en julio de 2016. El Servicio de Salud también se comprometió con el tema, y en septiembre de 2016 se realizó un curso sobre estudios de familia. En la primera capacitación estuvo el Doctor Hevia, una leyenda viviente en lo que la atención primaria se refiere, y estuvo en Coyhaique.

Para mostrar un poco de resultados intermedios, resultados cuantitativos y cualitativos también, es relevante indicar que ahora se cuenta con equipos de cabecera, que antes no existían y eso es un gran avance porque se logró modificar la cultura de los profesionales. De hecho hace un tiempo un equipo señaló que estaba preocupado, porque no había continuidad de atención en algunas rondas, porque los médicos no podían ir todas las veces. O sea, ya se generó la cultura entre los profesionales que es importante tener continuidad en la atención. Al mismo tiempo, se tiene planes de mejora en las 13 postas de salud rural y hasta hoy seis de ellas han sido evaluadas.

Desde 2015 a 2016 ha habido un aumento significativo en el porcentaje de desarrollo que se refleja en la pauta MAIS. Aquí se destaca también lo significativo de los procesos llevados a cabo en las postas que, aunque una de ellas no certificó, aumentó casi tres veces el porcentaje que obtuvo inicialmente. Y la coordinadora del modelo en ese caso es una técnico paramédico, siendo la única no profesional a cargo de este tema. Eso hace sentir mucho orgullo por el trabajo realizado y demuestra que cualquier funcionario se puede hacer cargo de esto; que no es privativo de los profesionales. Estos son equipos que están haciendo patria, que tienen poco acceso a capacitación y han generado este significativo aumento en el desarrollo del modelo. Son equipos potentes instalados en postas de salud rural a las que sólo faltaba darles el empujón para que ellos primero conocieran de lo que se estaba

hablando y después empezaran a trabajar. Esto es un logro de ellos, con algún acompañamiento lógicamente en este caso, pero en la base están sus esfuerzos.

Se hizo una programación anual por ciclo. Comúnmente la programación la hacían los jefes de programa de manera aislada. En este caso se hizo con equipos multidisciplinarios, integrando las capacitaciones, las reuniones de gestión, tiempos necesarios para eso, y siempre con centro en el ciclo vital y no en programas de salud. La experiencia fue bastante buena porque los equipos ahí conocieron cómo se registraba, qué era una REM (antes no sabían), hubo reuniones de equipo. Los equipos constituidos en las postas de salud realizan reuniones de gestión todas las semanas y se les pidió que centren sus reuniones en el desarrollo del modelo.

Se elaboró una encuesta de salud familiar en 2016, luego de un año de trabajo, en formato papel. Luego se elaboró una plataforma digital de registro de la encuesta. Sumado a eso, se dispuso de un test de percepción del funcionamiento familiar que se le aplica generalmente al jefe de hogar. Todo en el domicilio, ya que esta realidad de poblaciones pequeñas permite que los equipos puedan hacer sus encuestas mediante visitas domiciliarias. En zonas urbanas eso es más complicado. También se tiene evaluación de riesgo familiar, con una metodología adaptada de la comuna de Quellón, y luego de eso con una metodología de Isabel Louro, que es cubana, conjugando esta encuesta de percepción de funcionamiento familiar con los factores de riesgo (matriz de salud del grupo familiar), lo que nos dice en qué cuadrante están las familias. Esto sirve como guía a los equipos de salud para posteriores intervenciones que tienen que realizar.

Un obstáculo, en este contexto, es que en la región no se tiene salud municipalizada, en el sentido que, por ejemplo, no se cuenta con plan de salud comunal, no hay diagnósticos epidemiológicos adaptados a las comunas como sí los tiene la salud municipal; eso algo que hay que rescatar de la salud municipal.

Hay una cultura asistencial que se intenta romper paulatinamente, pero cuesta. Las resistencias son muy altas, hay una cultura organizacional también muy medicalizada. Los médicos decían qué había que hacer y el resto del equipo no participaba mucho, ahora se está lentamente democratizando la organización, y hay personas y profesionales que se toman la voz y que son líderes, y se están tomando los espacios también. Hay poca cultura de la supervisión y sistematización, las personas a veces se sienten atacadas porque se va a evaluar, pero en el fondo se está rompiendo la costumbre de trabajar sin ser medidos.

Otro obstaculizador son los registros en el papel, ya que no se tiene nada digital, todo se hace en papel y por lo tanto la encuesta de salud familiar digital permite sistematizar los datos. En papel es muy difícil poder sistematizar la información.

Por último, como facilitadores del trabajo, se cuenta con comunidades muy pequeñas, por ejemplo la Comunidad Puerto Río Tranquilo, que abarca más o menos ocho cuadras a la redonda, para lo que hay un médico residente que está recientemente incorporado, y una enfermera, matrona, dentista, paramédicos y ambulancia. Ahí es muy posible desarrollar el modelo de atención integral, pero los equipos igual resisten y dicen (en comunidades con menos de 1.000 personas o 1.000 beneficiarios) que tienen una alta carga asistencial. Y su población, a veces son de 600 habitantes o 500 habitantes, pero lo dicen igual. Y lo mejor de todo es que tenemos técnicos y profesionales dispuestos a trabajar; y eso es súper potente y es algo que tenemos que aprovechar como organización.

Recientemente se creó la Unidad de Modelo, Territorio y Comunidad, del Sub Departamento de Atención Primaria, de la cual la Directora actual me nombró como encargado, y se tiene ahora un equipo multidisciplinario, antes era un trabajo más solitario de parte mía, y ahora ya hay un equipo que se va a encargar de desarrollar el modelo de atención, ahora no desde lo rural, sino que de toda la atención primaria.

AVANCES DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN COMUNA DE OSORNO

Dra. Ximena Acuña, Directora de Salud de Osorno

Comenzar incorporando en esta presentación las ganas, la pasión por la atención primaria y el trabajo desde el alma y el corazón, y no porque no tenemos más donde trabajar; "doctora deme una pega", "estoy cesante hace harto tiempo", no, pues en la atención primaria se tiene que trabajar con amor, porque si no las cosas no resultan bien. Osorno es una comuna de 170.000 habitantes, de los cuales alrededor de 140.000 están inscritos en los centros de salud , Bárbara Starfield, médico pediatra fallecida el 2014, refiere que "cuando se habla de planificación sanitaria conviene recordar que lo que realmente provoca la rotura de cadera, de pelvis en los ancianos y adultos mayores, no es la osteoporosis, porque uno generalmente dice este anciano está viejo, tiene osteoporosis; sino que son las caídas y con eso estoy haciendo una intensa relación entre la prevención y la promoción".

Con respecto a la Misión del Departamento de Salud Osorno, esta fue construida hace aproximadamente un mes. Teníamos una misión desde el año 1997, donde se hablaba de la Salud Familiar, del enfoque Familiar y Comunitario, de la interculturalidad y de la coordinación inter-niveles, pero era una misión extremadamente larga que fue hecha sin aun tener la cantidad de médicos de salud familiar y especialistas que ahora se tienen en la atención primaria. Hace aproximadamente un mes y medio se realizaron diferentes talleres en toda la red en los cuales participaron alrededor de 400 personas. Fue difícil sacar a los funcionarios de sus puestos de trabajo, pues cuando a uno le dicen que hay un taller y que tienen que ir 20 trabajadores de tu Cesfam, a los directores "se les paran los pelos", pero bueno, se hizo durante un mes entero. La Misión actual es "construyamos juntos el bienestar de tu familia". Al hablar de bienestar tenemos todo lo que significa la salud, la armonía física, social, mente y cuerpo y también la familia que era el sello. En la Visión se dijo, "ser la mejor red de salud familiar de Chile en alianza con la comunidad". Trabajamos hace muchos años con la comunidad y desde hace 22 años se hacen encuentros comunales. Al principio en estos encuentros comunales participaban 150 a 180 personas y hacían muchas críticas; todo era malo, todo, desde la entrada al Cesfam hasta la atención en el box. Hoy día la gente habla de que es necesario tener otra infraestructura, es necesario que veamos qué vamos a hacer con la obesidad de los niños, con la gente de calle, es otro mundo. Hoy en día tener a la comunidad al lado del equipo de salud es maravilloso, entonces hay que estar con ellos, escucharlos, pero no solo oírlos, sino que escucharlos.

Y dentro de los valores que se eligieron como atención primaria y como comuna de Osorno propiamente tal, está la empatía, ponerse en el lugar del otro, el respeto, el compromiso, la excelencia, la participación y la equidad. El detalle es que la gran mayoría de los profesionales piensan que la excelencia está relacionado con lo cognitivo. Pensar, que la excelencia de los profesionales es cuando yo sé mucho, cuando puedo solucionar los problemas de salud propiamente tal, de dolencia biomédicas y está comprobado en todas partes del mundo que las habilidades blandas del individuo son también fundamentales, y son las áreas en que más reclamos tenemos. Por ejemplo, alguien llega 4 minutos más tarde de la hora prevista y no lo atienden, pero tampoco le preguntaron qué es lo que le pasó, no lo atendieron. Recuerdo una vez una señora con un coche con un niñito, según me acuerdo, llorando entró al Departamento de Salud, angustiada, llora y llora y me dice: "fui al

Cesfam y llegué 10 minutos más tarde y no me atendieron". Pero, ¿alguien le preguntó qué es lo que le pasaba?, "no nadie"; entonces ahí están las habilidades blandas, el ser empático, en mirar a los ojos, en ser transparente con la gente, porque de repente se prometen una cantidad de cosas a la gente y no se cumplen. En una oportunidad fui a un curso de planificación estratégica, y el profesor Dr. Miguel Ángel Del Solar nos habla de la comunidad, que hay que tener mucho cuidado con lo que uno le promete a la gente. Y nos hace escuchar una canción de Sandro, y yo me preguntaba, ¿qué tendrá que ver Sandro con lo que está hablando? La canción decía: "yo no te prometo el sol, ni el mar, ni el sol, ni la luna, solo te prometo lo que está conmigo, el amor que te tengo". Y bueno, cuando uno hacía la relación con lo que estábamos hablando de la comunidad, es eso, porque uno hace un compromiso. En el fondo la comunidad viene siendo como la pareja, entonces como uno le va a ir a prometer el sol, la luna, el cielo o las estrellas, imposible, tiene que prometerle cosas reales.

En Osorno tenemos una red amplia de salud y está compuesta por 6 Cesfam, que están estratégicamente ubicados dentro de los distintos sectores de la comuna. El trabajo con otras unidades municipales es fundamental, por ejemplo con la Dirección de Obras Municipales (DOM). Por ejemplo, si hay una población que se va a entregar en un año más, en el sector de Rahue Alto, que son 1.500 casas, y rápidamente tenemos que averiguar ¿de dónde vienen?, ¿van a erradicar algún campamento o vienen de afuera?, o ¿son personas que vivían de allegadas?, todas estas cosas debemos peguntarnos porque si no empiezan a quedar vacíos de cobertura dentro de la provincia. Bueno además de la DOM entonces se debe conversar con Tránsito, con la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), con toda la parte comunitaria e intentar de esa forma coordinarse y prepararse mejor. Hay que estar en los territorios. Por ejemplo, cuando se hizo el último Plan de Desarrollo Comunal (Pladeco), iban todos los directores obligatoriamente, entonces la gente, cuando aparecía el tema salud, hablaba directamente con la encargada de salud, y ahí bueno se van exponiendo los problemas que tenía la comunidad, sus necesidades, y de esa forma se los podía guiar; con ello uno integra también lo que es salud al Pladeco.

En Osorno se tiene un laboratorio comunal desde el año 1990 o 1992, siendo una de las primeras comunas en contar con él y este realiza hoy en día alrededor de 700.000 exámenes al año. Está en un espacio de 90 metros cuadrados y se espera, a fines del próximo año, tener un centro de resolución de salud, como CRS, pero como no se puede disponer de un CRS, se tuvo que inventar otro nombre, y se contará con 250 metros cuadrados en este laboratorio. En él hay 6 tecnólogos, realizándose la mayoría de las muestras de exámenes (son muy pocas las que se van al Hospital de base), y por otro lado también algunas comunas vecinas, por ejemplo, Entre Lagos o San Juan de la Costa, nos compran a veces el servicio de hemoglobina. Se tiene un convenio de cooperación y se venden servicios.

Por otro lado en Osorno se tienen dos Cecof, dos Postas Rurales, dos clínicas dentales móviles y una clínica ginecológica móvil con matrona. De hecho esta profesional fue difícil de conseguir ya que a todos los profesionales les gusta trabajar en box, entonces subirse a esta clínica es diferente. También tenemos una unidad médica de atención domiciliaria que atiende pacientes postrados o pacientes que no pueden ir al centro de salud. Esta Unidad Médica Municipal de Atencion Domiciliaria nace porque cuando llamaban por médico para un paciente de 80 años que estaba postrado, generalmente se llegaba tarde, porque la agenda estaba llena, nadie podía salir a visita y porque de la asistencia pública decían, "oye por favor, no lo trasladen, porque es un paciente que se va a morir", eso es lo que uno escucha. Pero el equipo sentía que no se estaba llegando a tiempo y se tenía un problema serio ahí. Hoy tenemos un médico con 4 horas en esta unidad, también kinesiólogo, enfermera, un técnico y el conductor. Entonces va el familiar al centro de salud, habla con la enfermera encargada

del sector y ella llama a la unidad médica para un paciente de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, un paciente que esta semi postrado y que hoy amaneció con 40 grados de fiebre, y parte el médico a verlo; o sea en pacientes adultos mayores que se reagudizan desde el punto de su patología de base u otra, este equipo ha funcionado muy bien y son muy valorados por la comunidad. Y por otro lado tenemos un call center con 6 o 7 funcionarias, ellas tienen las agendas de todos los Cesfam, y reciben las llamadas telefónicas de la comunidad, todas las mañanas desde las 7.45 AM dando alrededor de 130.000 atenciones al año; médicas, de matronas y del equipo, además responden muchas preguntas de la gente. Al principio fue difícil, hubo muchos reclamos, pero de a poco se fue instalando mejor el sistema y haciéndole ajustes. Ustedes saben que tener un call center no es fácil, porque hay que preparar a la gente psicológicamente, a las operadoras. Ellas tienen cada una hora, 10 minutos de descanso para su desconexión del sistema. Se ha trabajado con una sicóloga durante mucho tiempo y ahora ellas están felices. Lo que más costó fue incorporar en la gente del call center, el que eran funcionarias y lo mismo en los trabajadores de salud que las consideraran también como parte del sistema de salud.

Cuando se inicia la reforma nos llama la atención esta estructura piramidal que cada día va envejeciendo y que hoy tiene a nuestra comuna con una cantidad importante de adultos mayores. Es un problema serio, no sé si vamos a tener la población joven en Osorno que sustente económicamente a esta masa de adultos mayores que vamos a llegar a ser y no sé si en el país pueda pasar lo mismo. Esto sin duda nos obliga a no planificar igual, si bien es cierto la osteoporosis no provoca la fractura de la cadera, sino las caídas, pero tendré que programar y planificar de acuerdo a la población de Quinto Centenario por ejemplo, más joven, porque ahí las mujeres tienen hartos hijos, tendré que tener más horas matronas, tendré que hacer diferente mi programación y planificación, pero eso no tiene que nacer tampoco desde el departamento de salud, tiene que nacer de las direcciones de los Cesfam, porque son ellos los que conocen su realidad. Y otros van a tener que tener muchas enfermeras debido a la cantidad de adultos mayores que tendrán. Entonces cuando uno se pone a pensar en qué es la atención primaria de salud, uno dice, la atención primaria es esencial para el cuidado basado en la práctica científica, métodos sociales aceptables, acceso universal a la tecnología, un sistema de salubridad con mayor adaptabilidad de cada hogar, convertirse en el primer nivel de contacto, entre los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salubridad, manteniendo el cuidado de la salud lo más cerca posible de aquellos lugares donde los individuos vivan y trabajen. ¿Por qué siempre digo esto?, porque la gente de los hospitales, hablo de los profesionales de los hospitales, piensan que como somos atención primaria, nosotros tenemos que estar brincando y saltando, todo el día, para mantener la población activa, y eso es verdad, pero la población a nosotros, nuestra gente, nuestra comunidad nos exige otras cosas y sus exigencias muchas veces son diferentes de las que nosotros planteamos. Al paciente que tiene una amigdalitis pultácea le interesa tener la hora para que le den su antibiótico y mejorarse de su amigdalitis. Si tiene un hijo drogadicto, una hermana adolescente embarazada, depresión en la familia, tendrán que verlo después o tendrá que verlo la asistente social, o lo tendrá que ver la enfermera, o lo tendrá que ver en conjunto con el médico; combinarán, harán una consejería, una intervención en la familia, pero lo primero que quería ese caballero era que le solucionaran el problema de la amigdalitis. A veces los médicos de familia están en la postura de decir “yo no soy médico para atender amigdalitis pultácea”, perdón, los médicos somos médicos, “aquí y en la quebrada del ají”, médicos de familia, médicos especialistas, lo que sea, médico general, somos para estar con la gente y responder a lo que la gente quiere de nosotros.

La medicina familiar en Osorno comienza en el año 1995 cuando el Ministerio inicia la reforma.

Aquí rápidamente tomamos el modelo, no hubo acreditación ni certificación pero se empezó a trabajar. De hecho la primera médico de familia en Osorno soy yo, en el año 1999 y luego viene un grupo grande de médicos de familia y pagados por el municipio, porque en ese tiempo no estaba la cancelación del ministerio. Dos años después el ministerio empieza a conversar con nosotros y empieza a aportarnos recursos para formar médicos de familia, eran diferentes las formas, pasaban los fondos a los servicios de salud y de los servicios de salud a la atención primaria municipal, mediante un convenio, y nosotros teníamos que ir rindiendo esas platas.

Bueno todos los proyectos de base e infraestructura han sido hechos por el departamento de salud, por lo tanto, cuando dicen que la salud es una carga, en realidad en un tremendo plus para los alcaldes. La salud, cuando uno muestra una buena infraestructura, buenos equipos, consolidados, y al lado la plaza, con una bonita escuela, un bonito jardín, es una inversión. Tenemos 15.000 millones de pesos que nosotros hemos ganado con proyectos aprobados en Mideplan: el Cesfam de Ovejería donde el proyecto ganado normaliza y remodela el actual , un nuevo Cesfam Chuyaca que se está trabajando con el Servicio de Salud, un centro de referencia diagnóstica, que comprende de un nuevo laboratorio, imagenología, ecografía, vamos a hacer endoscopía, especialidades médicas, dermatología, neurología, traumatología, algunas especialidades, algunas horas, no es para arreglarles el panorama al hospital base, es para que trabajemos en conjunto, tenemos una sala de capacitación, tenemos cirugía menor y otras diferentes actividades que van a estar en ese edificio de cinco pisos. La Clínica Alemana se molestó mucho porque colocamos este edificio frente a ellos; ¿qué tiene que ver?, nada, no les vamos a robar sus pacientes, haremos lo que hemos hecho toda la vida solo que en un nuevo edificio. Tenemos también la normalización de los Cecof, les vamos a colocar clínicas dentales, yo creo que es un tremendo avance para la gente, y las remodelaciones de algunas farmacias. Está el proyecto de una estación rural en Pelleco, ahí tenemos un vacío de cobertura de 600 familias que les cuesta mucho llegar a Osorno, también tenemos una sala de estimulación neuro sensorial que queremos para niños especiales, con capacidades especiales, dentro de los trastornos del desarrollo del aspecto autista. Por lo tanto, cuando a mí me dicen que esto no tiene nada que ver con la medicina familiar, respondo, ¡todo tiene que ver con la medicina familiar!, todo lo que nosotros como atención primaria realicemos, tiene que ver con la salud familiar. A contar de enero, ya se comunicó a los médicos, todos van a tener el rendimiento de 3 pacientes por hora, porque cuando se atienden niños, cuesta sacarle la ropa, que la mamá, cuando uno habla conversa con ella, cuando son adultos mayores, olvídense sacarse toda la ropa, es tremendo. El Servicio de Salud me dijo “vas a tener más rechazos”, pero es una cosa por otra, no se puede hacer todo.

Lo último, una reflexión que encontré muy atingente, es de Martin Luther King y dice:” de todas las formas de desigualdad, la injusticia en salud es la más estremecedora, y la más inhumana”.

EXPERIENCIA EN SALUD FAMILIAR COMUNA DE PURRANQUE

Soledad Martino, Directora de Salud comuna de Purranque. Directora de Cesfam de Purranque

Purranque

La Comuna de Purranque es relativamente pequeña, tiene una población aproximada de 21.000 habitantes.

El Centro de Salud Familiar cuenta con un número mayor de personas, alcanzando actualmente 21.590 inscritos.

Después de Osorno, Purranque es la comuna más grande de la provincia, con una ruralidad del 35%, aunque respecto del número real de habitantes se mantienen algunas dudas, dada la información poco fidedigna del censo anterior- 2012 - y el número de población migrante del campo a la ciudad y de movilización social en general.

Respecto de la red asistencial, ésta se encuentra conformada por un hospital tipo IV, - que en un futuro próximo se transformará en un hospital de mediana complejidad, - un Cesfam, 9 postas y 3 estaciones médico rurales.

La comuna no cuenta con un Departamento de Salud, por lo que las funciones de la Dirección del CESFAM y de la Dirección de Salud Comunal, recaen en la misma persona.

El Proceso de Instalación del Modelo

A partir del año 1982 se dio inicio al proceso de instalación del Modelo. Se comenzó traspasando las postas a la Municipalidad, cuya administración anteriormente se encontraba bajo la dirección del hospital.

El año 88 se construyó el primer consultorio, que anteriormente funcionaba como policlínico adosado al hospital, transformándose en Centro de Salud Familiar a partir del año 2007.

En el año 2010, se construye el actual CESFAM, que abarca una amplia infraestructura, lo que ha permitido hacer una nueva redistribución de los espacios, implementando la sectorización; lo que ha favorecido una nueva gestión en beneficio de los usuarios / pacientes.

Junto a esta nueva infraestructura, la nueva legislación permitió representar de manera distinta a las jefaturas, de tal manera que más que dar continuidad a la figura de Jefes de programas de niño, mujer, etc., se traspasó el cargo a los jefes de sector, jefes de some y área administrativa, constituyéndose éstas jefaturas en un equipo de gestión que asesora a la Dirección.

Hacia el año 2013, se aplicó por primera vez la pauta de certificación, obteniendo una calificación en el nivel medio, el más bajo de todos, si se considera los tres niveles que en ese momento se objetivaban en la pauta: medio, medio superior y superior; accediendo al nivel superior durante el transcurso del mismo año.

Dadas estas condiciones, el año 2013 y 2014 se postuló como CESFAM al rango de excelencia, obteniéndose durante ambos periodos ésta categoría, lo que favoreció una vez más los procesos administrativos y la gestión en general.
Durante el año pasado, se aplicó por primera vez el MAIS, lo que ha permitido trabajar en el plan de mejoras, previéndose para el año 2017 un cambio importante en el Modelo de Salud

de Purranque, con la inauguración de un nuevo Cecosf, en una localidad donde anteriormente existía una posta rural.

De la misma manera, recientemente la Ministra de Salud ha puesto la primera piedra de un Centro Comunitario de Salud Familiar (Cecosf) urbano, símbolo, que probablemente inaugurará una nueva forma de hacer salud familiar, dada las condiciones facilitadoras materiales y de recursos humanos que optimizan la puesta en marcha del modelo. No obstante el proceso no ha estado exento de dificultades. A modo de ejemplo, la pauta de certificación del año 2009 se conoció en ésta comuna 4 años después, hacia el año 2013 en que fue aplicada.

Esta pauta fue conocida y utilizada en mayo del año 2013 y durante el mes de junio del mismo año se otorgó la certificación, tal como ha sido expresado anteriormente.

Cabe destacar que el equipo en su conjunto se propuso ascender al nivel superior, lo que constituyó un arduo trabajo, alcanzando el objetivo en un periodo de seis meses.

Esta pauta es y ha sido relevante para la gestión – si bien no explicita el modelo como el MAIS - posee indicadores importantes y que en la actualidad tienen vigencia.

De hecho diversos ámbitos y o aspectos de ésta pauta han sido incorporados al MAIS. Indicadores que se utilizan actualmente para la evaluación del Centro, para la planificación estratégica, la inducción a los funcionarios en el autocuidado. Constituye una orientación relevante en cuanto a la gestión de la agenda, entre estos el mantener un banco de proyectos o una gestión de reclamos, indicadores que dan cuenta de ésta pauta y no de la del MAIS.

De las acciones realizadas

No obstante el MAIS facilitó el proceso en tanto hubo que realizar una reflexión que orientó - a modo de ejemplo - en la identificación de facilitadores del trabajo comunitario.

Si bien aún queda mucho por hacer en este ámbito, Purranque posee una comunidad “empoderada” y un consejo de desarrollo participativo. De hecho, en el espacio de diálogo de la Salud Provincial de Osorno reunión recientemente ejecutada con el objeto de establecer una organización para el Congreso de APS, hubo una importante participación de diversos representantes lo que devela la vinculación positiva con las distintas comunidades de la zona, entre éstas con las comunidades indígenas.

En este sentido, desde hace casi 3 años aproximadamente y en forma mensual se hacen en el CESFAM operativos de “salud ancestral”, de “salud inter cultural”, concurriendo las “lamien” a atender a la población en el propio Centro de salud, facilitando éste las condiciones para la apertura de la agenda y la atención de la población.

A la fecha se ha elaborado un conjunto de protocolos de referencia y contra referencia en salud mental y en salud cardiovascular, dirigido a las lamien. Para este año cuentan con una “ruca” - lugar donde el equipo de salud ha ejecutado algunos talleres – aunque los operativos, continúan haciéndose en el CESFAM.

En alusión al trabajo con el intersector, ha costado un poco más, no obstante hay una tarea importante en curso que se está desarrollando con las escuelas, lugar donde se han incorporado programas de control de salud escolar, desde la promoción de la salud. En este sentido, se ha construido un espacio amigable para desarrollar un trabajo con los estudiantes de 7º y 8º año básico, tarea que se articula con el “Programa Habilidades para la Vida” que depende de Educación, pero que en ésta comuna se administra desde Salud, lo que ha facilitado el encuentro con Educación

El equipo gestor y de salud

Para el logro de todos estos objetivos, el equipo de trabajo es fundamental. Al respecto Purranque cuenta con un equipo muy comprometido y empoderado y personal muy calificado. Más del 90% tiene capacitación básica en el Modelo de Salud Familiar, es un requisito para el funcionario que ingresa, pues por lo menos debe desarrollar una capsula de la temática en el plano virtual.

Respecto del equipo gestor, está integrado por 7 personas, todos capacitados en el Diplomado en Salud Familiar. Ello contribuye en la orientación y direccionalidad del trabajo; así cada uno sabe cuál es el camino y hacia donde hay que dirigirse. De esta manera, la gestión ha contribuido al cambio en el modelo, mediante una eficiente organización y a la innovación permanente en acciones de salud. A modo de ejemplo, este año el equipo de salud obtuvo un lugar de reconocimiento en el concurso de buenas prácticas en el trabajo realizado en torno a la lactancia materna, obteniendo una certificación única en Chile como: "Cesfam amigo del niñ@ y de la madre".

A la fecha se ha reconocido al CESFAM desde la excelencia, durante dos años consecutivos en el ámbito clínico.

Consecuentemente con la gestión implementada, durante el presente año se ejecutó un "Proyecto de Comunidades Saludables", siendo el único proyecto en la región, lo que da cuenta del compromiso del equipo de salud y de su capacidad, creatividad y diversidad en lo que realiza.

En el ámbito clínico, a partir del mes de enero del próximo año, se comenzará a trabajar en actividades con ejercicios metabólicos para tratar la obesidad y patologías crónicas. Acciones que se articulan con indicadores que muestran la mortalidad cardiovascular como la primera causa de muerte en Chile, en la provincia y en la región, exceptuando Purranque, donde la primera causa de muerte es el cáncer.

Respecto de esta prevalencia, existía un mito en la comuna; se pensaba que el agua provocaba cáncer producto del uso abundante de pesticidas. Se estudió el agua y como resultado se obtuvo que no contiene contaminantes. Como no se ha podido dar continuidad a ésta línea investigativa, se ha diseñado un proyecto piloto de atención temprana que consiste en realizar diagnóstico precoz de cáncer en población de 50 a 70 años, tomando antígeno carcinoembrionario y colon check (para detectar hemorragias ocultas), antígeno prostático a los hombres y mamografías a las mujeres, con la finalidad de intervenir a tiempo.

De las dificultades identificadas

Básicamente se reconocen algunas áreas de problemas. Por una parte existe una alta demanda asistencial de consultas por morbilidad. Los usuarios solicitan hora preferentemente con médico.

A diferencia de años anteriores, en que se programaba de acuerdo a la oferta, el servicio de salud solicitó para el próximo año una programación basada en la demanda, y de acuerdo a la población real, - no de acuerdo a la población bajo control - a las prevalencias clínicas y a las acciones de salud que en general orientan los programas.

Ello en atención a que se encontró que existe una brecha del 145% en cuanto a recursos humanos. Ello significa que si se tiene una disponibilidad de profesionales con 54.000 horas anuales de programación, la brecha indica que se requeriría cubrir 80.000 horas.

Frente a esta realidad, se constata que no existe ninguna posibilidad para ampliar la dotación en esa magnitud y así poder cumplir con el Modelo de Salud de manera eficiente, dado que no existen los recursos económicos ni la infraestructura que pueda sostener ello.

Respecto de la infraestructura, si bien el Cesfam es un edificio nuevo - tiene aproximadamente 6 años -, no da respuesta a la actual demanda y nuevas necesidades de la población – si bien en comparación con años anteriores, ha mejorado -. Ello, probablemente se explique por la falta de coordinación entre los distintos Ministerios en forma previa al diseño de la infraestructura y de lo que en realidad ésta comuna requería.

Cuando este actual Cesfam se diseñó, ya se funcionaba en el antiguo con la UAPO y CCR, pero como el PMA (programa médico arquitectónico) de la época no lo consideró, no fue posible "convencer" al Ministerio de Desarrollo Social de la necesidad y relevancia de éstos espacios. En la actualidad la UAPO y CCR ocupan dependencias que no debiese utilizar, en la actual infraestructura del Cesfam.

Se ha tenido que convertir salas de reuniones de los sectores, en boxes para podología y asistente social: oficina de some en box de terapeuta ocupacional, vestidores en sala de estimulación. Conjuntamente con la distribución de estos espacios se cuenta con una serie de programas, que han constituido un gran aporte a la salud familiar, a pesar de que no funcionan en box. No obstante, es preciso destacar la necesidad de una infraestructura que acompañe estos procesos, puesto que a las personas hay que "acomodarlas"; hay que completar fichas, hacer informes, dialogar con ellos, merecen ser atendidos bajo condiciones que favorezcan la calidad de la atención.

Algunos de los Programas con que se cuenta hoy son: Vida Sana, Habilidades Para la Vida, Mas Adultos Mayores Autovalentes y un programa piloto de acompañamiento al niñ@.

Suman un total 13 personas en la oficina donde se organiza el trabajo de la dirección, bajo la asistencia de tres secretarias; 13 personas que ocupan 2 escritorios, situación que dificulta de alguna manera la tarea.

Brechas en el MAIS

Cuando se llevó a cabo la evaluación con el MAIS el año pasado, éste arrojó un incumplimiento en el eje de promoción en relación a las guías anticipatorias, particularmente en infancia, dado que no se aplicó totalmente con ésta visión por carecer de ésta. Existieron dificultades por lo demás con los registros. Lo que se ejecutaba no se registraba.

Otra dificultad o incumplimiento se relaciona con no dar respuesta aún a la organización y o ejecución de una mesa de promoción por sector. Sin embargo, si existe una mesa de promoción a nivel comunal que reúne a varias instituciones de la comuna, dado que Purranque no es geográficamente tan extensa.

Por otra parte se considera que la comuna no es tan grande como para sectorizar. Probablemente con el nuevo Cecosf, se va a repensar en la sectorización, pero por el momento es improbable.

Otro aspecto dice relación con el ámbito de la prevención. La guía propone evaluar un 75% de las familias. Se desconoce si existe un estándar que calcule el rendimiento de evaluación por familia, pero mientras el profesional revisa las fichas clínicas de los integrantes, hace la visita domiciliaria, aplica la pauta, intercambia sus apreciaciones con el resto del equipo de salud y diseña un plan de acompañamiento, un plan de intervención, ya dispone mínimo de 4 horas para su tarea.

Si se considera que el CESFAM tiene 21.000 inscritos y cada profesional dispone de 4 horas por familia y se debe evaluar el 75% de las familias, se tendría que destinar un profesional jornada completa por 8 años y medio consecutivos para evaluar a toda la población.

En este escenario, no es posible cumplir con ésta solicitud, sobre todo si se está trabajando en las acciones previamente mencionadas, ámbitos por lo demás, desde donde se ha innovado.

De los desafíos

Existe una estrategia que hemos denominado "Cesfam en tu barrio". Hace dos años, los profesionales de algunos sectores comenzaron a asistir a los diferentes barrios. Empezaron a instalarse en distintos barrios de su sector, desde el auxiliar de servicio, el médico y otros profesionales, realizando atenciones directas, talleres, visitas domiciliarias, con el objeto de acercar la salud a la población, a la comunidad y que se pudiese conocer el trabajo de la APS, difundiendo a su vez acciones más específicas en salud.

Hace poco se reevaluó esta experiencia, apareciendo nuevas propuestas, lo que sin duda va a permitir evaluar a las familias, aunque es imposible alcanzar la meta establecida en un 75%.

Es importante destacar que no se contaba con planes de acompañamiento a las familias, no se tenían protocolos, por ejemplo: para llevar a cabo una consejería familiar.

En este sentido se sabe que la capacitación sigue siendo un tema relevante, pero no se han encontrado oferentes para su desarrollo que den respuesta a lo que se necesita.

Desde hace dos años que se ha estado solicitando a diferentes organismos que se alineen a lo que solicita el Ministerio, considerando las necesidades del contexto; que se capacite a los equipos de salud no sólo en el Modelo de Salud Familiar, sino en herramientas más específicas como la consejería individual y familiar.

Hay errores conceptuales importantes entre consejería y educación y esto constituye un problema en tanto no hay oferentes en el territorio que den respuesta a lo que verdaderamente se necesita.

En consonancia con lo anterior, hay otras áreas que tampoco es posible descuidar en materia de capacitación, como por ejemplo, planes de cuidado destinados al cuidador, salud familiar, crisis normativas y no normativas o temas específicos como el cardiovascular, como intervenir y o acompañar, tarea que se dificulta cuando el adulto llega sólo a recibir atención.

En otros ámbitos como calidad, probablemente no se cumpla con el número de inscritos solicitado, menos de 5 mil. Ello considerando que a la fecha y sólo en dos sectores - incluyendo el sector rural - , el número asciende a 21.000 registros. Bajo estas condiciones es imposible que el número baje de 7000.

Otros desafíos tienen relación con que se está comenzando a trabajar con el hospital para la interconsulta.

Las inter consultas con prioridad Nº 1 deberían atenderse –según la pauta- antes de 10 días; sin embargo no se ha logrado definir que es una interconsulta prioridad 1 y menos que se resuelva antes de los 10 días, ya que las horas son dadas siempre de 1 mes para otro.

En salud mental, cabe destacar que no se está trabajando con la población con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizada y menor de 65 años. Recién se está trabajando y avanzando en la línea base.

Respecto de la intersectorialidad "se falla" porque no se cuenta con un protocolo de articulación de la red, tipo mapa, tampoco no se tiene por escrito; sin embargo se tuvo y actualmente se está trabajando en él, lo que constituye un importante avance.

En plan de cuidado y compensación cardiovascular está bastante lejos de la meta ministerial. Sin embargo existen algunos avances en lo que respecta al plan de mejoras, sobre todo en lo que se refiere a talleres con cuidadores.

En relación a la participación, el equipo de salud realiza hoy diagnósticos participativos, lo

que representa un avance significativo a nivel territorial.

Respecto del recurso humano, perfil actualizado de cargo y rol, todavía se está "en deuda". Se cuenta con el perfil de todos los funcionarios pero falta afinar el perfil de los cargos directivos.

Resumiendo

Los ejes deficientes de la Salud Familiar estuvieron centrados en la atención abierta, ello fue durante la primera evaluación.

Respecto de la autoevaluación, el equipo se evaluó con un 64% en relación a su respuesta, evaluación que mejoró desde la mirada del propio Servicio.

Actualmente la evaluación alcanza un 81,2%, lo que refleja una mejora en el último periodo, de un año y medio.

Finalmente quisiera contarles que una de las oportunidades de mejora con que se cuenta hoy es la construcción de dos Cecosf de los cuales ya uno está terminado. El segundo, se debería haber entregado en enero, pero a la fecha no ha habido resultados, lo que se constituye en un problema puesto que se encuentra en un sector heterogéneo; es una posta con una población de más de 3000 habitantes, localizada a 4 kilómetros de Purranque.

La situación es compleja porque se cuenta con un equipo rural que tiene la posibilidad de concurrir sólo una vez por semana a la localidad.

Ahora bien, como la estrategia en este gobierno fue construir Cecosf urbanos y dado que se había planificado su construcción a sólo 4 kilómetros, el equipo gestor tomo la decisión de convertirlo en un Cecosf urbano. No obstante quedan algunas dudas, como por ejemplo ¿cuáles son las diferencias entre posta y Cecosf? lo que demanda nuevos desafíos en cuanto a su evaluación.

PANEL 2:
COMUNIDAD, INTERSECTORIALIDAD Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

INTERVENCIÓN EN TIEMPO CRÍTICO (ITC); UNA EXPERIENCIA EN ZONA SUR DE SANTIAGO. PROYECTO MECESUP

Claudia Muñoz, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile.
María José, Depto. Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile

Los elementos claves de este modelo, es la intervención psicosocial, el trabajo inserto en la comunidad y con la comunidad.

Esta intervención se realiza preferentemente por un trabajador comunitario que ha sido capacitado por un equipo profesional. En el caso de esta experiencia el equipo de profesionales ha estado conformado por una dupla compuesta por una enfermera y una psicóloga.

Este tipo de intervención está orientada a pacientes con patologías crónicas, como hipertensión arterial y diabetes. La intervención se realiza en los primeros 6 meses de diagnosticada la enfermedad, período que es denominado tiempo crítico. En este período el paciente es invitado a participar de la experiencia con un acompañamiento continuo por un trabajador comunitario

Intervenciones de este tipo han demostrado que los efectos sobre la salud de las personas son duraderos y persisten en el tiempo. Las personas logran mantener cambios en su salud. La apuesta es que esta experiencia sea replicable en el programa de salud cardiovascular, ya que las experiencias que existen son en el ámbito de la salud mental.

La clave en esta intervención, es el acompañamiento, hay un acompañamiento permanente del trabajador comunitario que ayuda a que los usuarios logren cumplir con sus metas, lograr el autocuidado en ellos, potenciando estrategias que le faciliten la autoeficiencia al enfrentar su problema de salud.

Lo anterior es el objetivo que los trabajadores socio comunitarios deben logar con su intervención. Por ello es que éstos reciben un proceso de capacitación que dura de 50 horas.
Se han capacitado alrededor de 15 trabajadores comunitarios con los cuales se continúa el proceso de intervención. El Perfil de este grupo, es heterogéneo. En ellos se reconoce experiencias de trabajo comunitario anteriores muchos de ellos llevaban más de 20 años trabajando como voluntarios y una gran vocación de ayuda al otro. Después del proceso de formación del programa de 50 horas de capacitación donde participó todo el equipo del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se realizó la certificación de éstos y posteriormente ellos iniciaron el trabajo con los usuarios de la comunidad.

Esta experiencia se llevó a cabo en el CESFAM Barros Luco de la comuna de San Miguel. Esta intervención psicosocial tiene 3 fases, que dura 2 meses cada una. Una fase de iniciación, una fase de probar el plan de trabajo que se establece y una fase de transferencias de los cuidados. Todas estas fases las realiza el trabajador comunitario de salud.

La primera fase se centra en lograr el contacto y el vínculo con el usuario, el trabajador va a las casas; una vez a la semana, establece contacto telefónico, puede reunirse en el CESFAM o en el lugar que determine el usuario, como por ejemplo en un centro comunitario, en un gimnasio, donde el usuario considere que quiere estar con este trabajador comunitario. El proceso se inicia con la familiarización y fomento del vínculo. El objetivo es lograr una confianza básica, que una vez lograda, el trabajador comunitario está en condiciones de poder hacer un diagnóstico, de las habilidades y las capacidades que tiene este usuario en relación al cuidado de su salud. Cuando se inicia el segundo mes de la primera fase, el trabajador comunitario presenta al usuario tres planes de intervención a los que puede optar, estos pueden ser:

- Adherencia al tratamiento farmacológico y estilos de vida, que tiene que ver con alimentación, ejercicio

- Algún tipo de intervención con los beneficios sociales, conociendo lo que tiene en la comunidad, tanto formales como informales, la red de apoyo que pudiese tener como usuario,

- Intervención familiar, si es que existe en la familia algún miembro que pueda prestarle apoyo y ayuda en este proceso.

El Equipo de Profesionales que acompaña y apoya técnicamente a los trabajadores socio comunitarios, se reúnen semanalmente, pero es el trabajador comunitario el que está en contacto con los usuarios siempre.

Cuando se pasa de la fase de iniciación a la fase de probar el plan de trabajo, se establecen objetivos, actividades, actividades que muy concretas, se deben ir estableciendo pequeñas metas, para lograr adherencia y tener una conducta de autocuidado eficaz en el usuario que participa de la intervención.

Para apoyar esta actividad, se utilizan técnicas muy sencillas con el usuario, entre las que se pueden mencionar el uso de paleógrafos que permiten graficar el antes y el después de una intervención. Las personas describen como se sentían antes y después de este proceso de acompañamiento, por ejemplo, antes de la intervención se declaran inseguros, con miedo, desconocimiento de su enfermedad.

Durante la segunda fase, se lleva a cabo también el diseño de su propio plan de intervención donde son los propios usuarios quienes planifican de manera muy concreta que quieren lograr: “voy a hacer gimnasia”; bien, ¿y dónde va a hacer gimnasia?, ¿en la casa o en el gimnasio?, ¿cuándo va a ir? O sea es un trabajo de acompañamiento muy detallado que hace el trabajador comunitario, hasta que la persona logra hacer un cambio de conducta, de hábitos y lo empieza a mantener en el tiempo.

En el tercer mes, una vez que el plan está funcionando, se puede observar que el trabajador comunitario va logrando el apoyo de la familia para mantener las conductas. Es en este momento que se genera, lo que se denomina “plan de crisis”, se focaliza al usuario a anticiparse ante la posibilidad de tener una crisis, ya sea, una crisis hipertensiva o una descompensación diabética, considerando que son usuarios de diabetes tipo II. En este plan de crisis las personas detallan paso a paso qué cuidados tendrían que tener, quiénes los van a ayudar, a quién van a llamar, cuál va a ser el transporte que van a utilizar. Pero al mismo tiempo con la elaboración de este plan de crisis, las personas de alguna manera toman mayor responsabilidad por hacer los cambios que tienen planificados. Este plan de crisis es elaborado en conjunto por el usuario y trabajador comunitario

Existen 9 preguntas que se van trabajando con los usuarios en sus casas y que guían el proceso de intervención. Es importante de mencionar que estas preguntas son el resultado de sistematizaciones de intervenciones anteriores

que han servido de base para establecer este modelo. Este proceso educativo, es un proceso de construcción permanente entre el usuario, su familia y el trabajador comunitario, es un proceso de participación vinculante.

Al quinto mes hay una afinación del plan, de los logros que tienen los usuarios, y al sexto mes se realiza un hito de encuentro, momento en que recién los profesionales técnicos que acompañan a los trabajadores socio comunitarios tiene la posibilidad de conocer a los usuarios que han formado parte de la intervención. El conocimiento que ha tenido la dupla profesional, ha sido a través de los registros escritos que semanalmente se han ido presentando en las reuniones de equipo, a través de las presentaciones que ha realizado el trabajador comunitario. Es en este encuentro donde se produce un proceso de retroalimentación entre todos los participantes del proceso, respecto al trabajo que se está realizando y al mismo tiempo la retroalimentación de cómo está funcionando la intervención de la cual sólo se ha tenido conocimiento a través de las reuniones que se han mantenido con los trabajadores comunitarios. El Hito de encuentro da cuenta de la evidencia misma de las acciones, ya que se realiza con los propios usuarios.

Es importante señalar que este proceso de intervención se finaliza con un hito de cierre , un hito final donde se establece contacto con las otras redes de apoyo informal que han existido durante la intervención, la familia, algún grupo de la comunidad, el centro de salud familiar, etc. En la última fase, se espera que el usuario se empodere de su cuidado, mantenga los cambios. Es en esta fase donde comienzan a disminuir las frecuencias de encuentro con los trabajadores socio comunitario, que durante todo el proceso ha sido semanalmente.

Estos son los objetivos que tienen los trabajadores comunitarios, básicamente desarrollar el vínculo. Un vínculo fuerte y estable; favorecer el proceso de recuperación del usuario, siempre identificando los factores de riesgo que tiene para ir realizando pequeños cambios; mejorar el rol del usuario dentro de las familias, muchas veces hay algunos problemas que se desconocen dentro de la familia y el solo hecho de establecer una instancia compartida significa cambios para el usuario.

Respecto a la adherencia, es importante de mencionar, que durante el proceso de intervención se han ido identificado algunas razones que condicionan la adhesión de los usuarios a sus tratamientos y que son importantes de mencionar, como por ejemplo: poco conocimiento de la enfermedad, presencia de síntomas que asocian a la ingesta de medicamentos, poca claridad del rol de los profesionales y cómo funcionan los centros de salud, entre otros.

Los usuarios refieren muchas veces que las consultas con los profesionales del CESFAM son “poco honestos”, ya que no declaraban toda la verdad respecto a la evolución de su enfermedad. Situación que es diferente con las trabajadoras comunitarias, ya que establecen una relación de confianza que apoya una relación franca, honesta y sin temor a plantear sus dudas y resistencias. Es en ese espacio de confianza en que se produce una sinergia permanente entre el usuario y la trabajadora comunitaria, facilitando la intervención a través de la orientación y educación que se realiza, Es necesario que cada trabajador vaya promoviendo y desarrollando estrategias que le permitan hacer frente a las barreras que van surgiendo. Para ello tienen el acompañamiento y la retroalimentación permanente con la dupla de profesionales que forman parte del equipo. Se va modelando en conjunto la intervención.

Con relación a la familia pasa lo mismo, familias que no conocían la enfermedad, estilos que se estaban traspasando como patrón a las generaciones más venidera, situación en la que también se planteaban objetivos de apoyo y acompañamiento. El mismo tipo de intervención se plantea para el área social, específicamente

en lo que respecta a la accesibilidad a beneficios sociales que se encuentran disponibles en la comunidad. Muchos de los usuarios estaban muy encerrados en sus casas, en sus vidas, no tenían mucha red de apoyo. El objetivo de esta área se orienta a poder vincular a los usuarios con estos beneficios y más poner en conocimiento la existencia de éstos. Se puede mencionar que en el caso en que los usuarios no conocían los beneficios que les entregaba su CESFAM, planificaban una visita guiada para mostrarle como era el sector al que pertenecían, para mostrarle donde tenían que presentar sus papeles, como tenían que funcionar con la farmacia. Esta simple intervención facilitó de manera importante la visión que los usuarios tenían con su CESFAM y que muchas veces marcaba el motivo principal de su falta de adherencia al tratamiento.

Respecto a la forma de selección de los participantes de esta intervención, se puede decir que éstos fueron seleccionados de acuerdo a una base de datos facilitada por el CESFAM, previo consentimiento informado, loas trabajadoras tomaban contacto con los usuarios, les explicaban e informaban de la intervención, siendo éstos en forma voluntaria quienes decidían su participación. Para ello se aplicaba una encuesta inicial que era desarrollada por un equipo diferente a las trabajadoras comunitarias guiados por tesistas del Magíster de Salud Pública (esta intervención además constituía un insumo para pregrado, posgrado y la gestión). Había un proceso de selección de casos y de aleatorización de los casos porque hay un grupo de casos y un grupo de controles. Del grupo de casos se seleccionaba a los usuarios y se les asignaba un trabajador comunitario, que en muchos casos fueron duplas y en conjunto realizaban la intervención e iniciaban el proceso de visitas domiciliarias.

Cada caso era revisado semanalmente por la dupla de profesionales , había todo un proceso riguroso de información de la experiencia, de registro de notas de campo, notas de trabajo todas las tareas eran conversadas y consensuadas en conjunto, por lo tanto, siempre hubo seguimiento de este proceso, los contactos podían ser de tipo telefónico, podía ser una visita domiciliaria, podía haber una experiencia en la plaza, por ejemplo, donde a veces el primer contacto el usuario no quería hacerlo en su casa, y cuando ya le daba confianza el establecer el contacto, conocía a la trabajadora comunitaria, los invitaba a su casa y una vez que los invitaba a la casa, la experiencia demostró que era el mejor lugar para realizar la intervención, abriendo los usuarios sus espacios de intimidad.

La supervisión era realizada por la dupla de profesionales. La estructura de supervisión, se fundamentaba en revisar el 100% de los casos, lo que facilitaba la comprensión y el seguimiento de los casos que tenían avances y los que por diferentes motivos no tenían el cambio esperado. Siempre los logros y los fracasos eran responsabilidad del equipo, de todos los trabajadores comunitarios incluyéndonos la dupla de profesionales que acompañaba la intervención. Era un trabajo con responsabilidades compartidas y con estrategias de mejora que eran consensuados por todos el equipo. Ello facilitaba enfrentar los problemas que se iban presentados. Existieron eventos adversos, usuarios que en el proceso tuvieron un diagnóstico adverso, por ejemplo, de cáncer gástrico, Para ello se establecían las redes para que el usuario lograra seguir su intervención en el CESFAM, no se dejaba sin el apoyo pertinente porque dejaba de cumplir los criterios de intervención, Aquí también se producía un proceso emocional con el propio trabajador comunitario.

De esta intervención, también surgió la necesidad de elaborar en conjunto con los trabajadores comunitarios un manual de acompañamiento al trabajador comunitario, pero en base a lo que ellos necesitaban saber y con un lenguaje simple que a ellos les permitiera apoyarse cuando necesitaban conversar con el usuario en relación a la Hipertensión, a la Diabetes, a los factores de riesgo. No obstante de ello, el mensaje fue siempre que el usuario se empoderara de su proceso de

salud y enfermedad, transformándose en parte activa de su proceso. El manual en mención, es un mini rotafolio que da cuenta de los aspectos más importantes de la enfermedad, definición de factores de riesgos y protectores, todo ello con un lenguaje simple y gráfico.

Respecto a la evaluación cuantitativa se puede decir que hubo 9 abandonos y 7 rechazos, quedándose finalmente la intervención con 25 personas de 34, 56% eran del género femenino y 44 del género masculino, con un promedio de edad de 59 años, con una máxima de 83 y una mínima de 50 años. Respecto a la escolaridad había un mezcla entre enseñanza superior completa y Enseñanza media completa, la mayoría tenían el diagnóstico de hipertensión arterial y 24% tenía ambas patologías, solo un 16% tenía Diabetes. Respecto al área de intervención que eligieron los usuarios, 96% optó por el área de adherencia al tratamiento y adherencia a beneficio sociales un 16% y adherencia intervención familiar un 40%.

Respecto al registro que los usuarios realizaron respecto al proceso vivido en la intervención, se pueden destacar, por ejemplo ante la pregunta ¿en qué le aportó la dupla de trabajadores comunitarios?, algunas de las respuestas fueron tomar conciencia de la enfermedad, porque tenían antecedentes de tener la enfermedad, pero desconocían qué significaba ello. Sentían que aprendieron de una manera gráfica, simple y cercana, valorando la metodología utilizada por los trabajadores, sintiendo que ese vínculo de cercanía fue lo que facilitó la toma de conciencia y aprendizaje. Otros hablaban de un ordenamiento de la alimentación, de lograr cambios.

Otra pregunta planteada fue ¿Cómo va a seguir ahora su tratamiento, pensando que las monitoras no seguirán acompañándolo? Todos plantearon que se encontraban en condiciones de lograr un cambio radical en sus vidas, esa era su apuesta. La apuesta del equipo era que una transcurridos seis meses de la intervención, al momento de aplicar exámenes de laboratorio a los usuarios, los marcadores biológicos asociados a la enfermedad hubiesen sido modificados en forma positiva. Se tuvo registros de exámenes de sangre que evidenciaban una mayor compensación después de la intervención. La apuesta es que eso se mantenga en el tiempo.
Otras de las preguntas realizadas fue ¿Recomendaría esta intervención a otros usuarios del programa? La respuesta fue afirmativa en un 90%de los casos, fundamentando la respuesta en que se trataba de una intervención preventiva, cercana y vinculante.

Otro resultado de la intervención fue la sistematización inicial de una tesista, que permitió recoger las impresiones de los propios trabajadores comunitarios respecto al proceso de intervención. Entre las impresiones registradas, se pueden mencionar “que sentían que estaban logrando empoderar a las personas, sentían que estaban integrándose a la casa y a la realidad de las familias”. Para ellos en particular significo un cambio, mejoro su autoestima, se sentían útiles. La sistematización de la experiencia fue lo que más a ellos les hizo sentido, el saber que tenían claro que tenían que hacer, no era en el aire, si no que sabían a que iban, sabían qué esperaban, que metas les estaba exigiendo la intervención. Siempre los trabajadores comunitarios estuvieron conscientes de que su intervención se orientaba al logro de una cobertura efectiva de Hipertensión y diabetes.

Finalmente en la sistematización inicial de la experiencia de los trabajadores comunitarios, se pueden señalar los siguientes conceptos; Sensibilidad, amabilidad, empatía, experiencia, paciencia, ética. Y cuando le preguntaron a los usuarios sobre el perfil de los trabajadores comunitarios ellos aludieron a esto: confianza, paciencia, alegre, cordiales, conocimiento, agradables.

Con esta intervención se está afirmando que el modelo de salud familiar brinda las oportunidades para establecer niveles de relaciones distintas, una intervención psicosocial integral, logra generar cambios en las personas, logra generar un efecto.

DESARROLLO DE LA INFANCIA EN EL MARCO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR. ALGUNAS EXPERIENCIAS

Carolina Gutiérrez, expositora, representante de la Red Infanto Juvenil, de la comuna de Quinta de Tilcoco [13]

El Contexto: Quinta de Tilcoco

La comuna de Quinta de Tilcoco (en lengua aborigen significa "agua entre piedras", "til"=piedra, "coco"=mucha agua), se ubica geográficamente en la zona central de Chile. Pertenece a la región del Libertador General Bernardo O´Higgins. Tiene una superficie de 93 km2, limita al norte con Coinco, al este con Rengo, al sur con Malloa, y al oeste con San Vicente de Tagua Tagua.

Tiene una superficie de 93.21 km2 y una población de 11.380 habitantes. Su densidad poblacional es de 122,4 hab./ km2, información registrada de acuerdo al censo del año 2002. No obstante, durante los últimos años ha habido un incremento poblacional, puesto que de acuerdo al registro del Centro de Salud Familiar (CESFAM), a noviembre de 2014 tiene una población inscrita percapitada que asciende a 12.416 personas, de las cuales 1.517 corresponde a niños y niñas entre 0 y 9 años de edad; 1865 a adolescentes en 10 y 19 años de edad; 7.854 adultos entre 20 y 64 años de edad y 1.180 a adultos mayores entre 65 años y más (Plan de Desarrollo Comunal 2016 – 2019)[14].

Las principales fuentes de empleo lo constituyen el ámbito agrícola y agroindustrial. Un número importante de empleados, lo conforman los trabajadores de temporada, o "temporeros", entre los meses de enero y abril. Si bien, las empresas locales disponen y aportan en la integración de las personas al mundo laboral, ello es insuficiente sobre todo para los más jóvenes que emigran hacia las grandes ciudades con la fantasía de resolver su condición económica.

Respecto de la vivienda, el censo del año 2002 señala que un 74,51% de éstas son de buena calidad con respecto al suelo, piso y paredes. Sin embargo, un número significativo son rurales, razón que podría estar explicando su deterioro, pues un 20,33% presentan problemas fundamentalmente en sus paredes.

No obstante, información adicional del Plan de Desarrollo Comunal (2016 – 2019), refiere que existe un total de 4.275 viviendas, de las cuales 2.131 (49,85%), son urbanas y 2.144 (50,14%) son rurales (precenso 2011); definiendo la calidad de la construcción conceptualmente como regular a bueno, dado que persisten aún en algunos sectores construcciones de adobe por considerarlas parte del patrimonio nacional. Esta situación muestra que solo un 30% de la edificación de viviendas es de material sólido, mientras que el 70% corresponde a material mixto y ligero.

Otro dato relevante lo constituye la tasa de analfabetismo, que alcanza un 6,8% a nivel comunal (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2008)[15].

[13] Trabajo desarrollado por distintas representantes de diversas instituciones de la red de la comuna de Quinta de Tilcoco: Sandra Fabijanovic, María José García, Carolina Gutiérrez, Pamela Moreno y Maria Elena Rodríguez, bajo la asesoría de las Profesoras María Ester González Morales y Clarisa Ahumada Fonseca, Académicos del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile,

[14] Plan de Desarrollo Comunal. Quinta de Tilcoco 2016–2019.

[15] Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reporte Estadístico Comunal. Abril 2008.

En este contexto, se sitúa la conformación de la Red Infanto Juvenil de la Comuna de Quinta de Tilcoco, en un intento de responder al marco regulador del Sistema de Protección Social a la Infancia.

¿Qué es una red? ... ¿quiénes participan?

Con la ley 20.379 se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social a la Infancia, que institucionaliza el Programa "Chile Crece Contigo". En ese escenario hacia el año 2009, la comuna de Quinta de Tilcoco fue nombrada comuna piloto. Las reuniones de la Red del "Chile Crece Contigo" representaron un primer momento de la conformación de ésta red, lo que más tarde derivaría en un trabajo posterior y del que se da cuenta hoy mediante esta presentación.

Desde sus inicios la pregunta que orientaría éste proceso dice relación con lo siguiente: ¿qué es una red? Desde una perspectiva teórica una red es un sistema abierto que permite el intercambio dinámico entre diferentes integrantes, lo que hace posible potenciar los recursos (herramientas) de quienes la conforman y a quienes representa.

Al respecto Maritza Montero, Psicóloga Comunitaria experta en redes, en su libro "Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria" (2003), menciona ciertas características que debe poseer una red y que se detallan a continuación:

1.- Una red debe ser representativa, situación que se traduce en el hecho de que las personas que forman parte de la red tienen sus propios intereses y éstos deben estar simbolizados en la configuración de ésta trama.
2.- Debe ser participativa, lo que está en estrecha conexión con la interacción entre sus interlocutores, hecho fundamental para la definición y alcance de sus propios objetivos, los que a su vez deben ser formulados y conocidos por todos y todas sus integrantes.
3.- Debe ser dinámica, pero a su vez estable, lo que le otorga movimiento y trascendencia a través del tiempo. Movimiento que a su vez permite la flexibilidad y adaptación a situaciones diversas y a los cambios.
4.- Una red debe responder a las necesidades específicas de la comunidad. Ello se traduce en que el trabajo debe estar en sintonía con la "demanda" o "pedido de ayuda" de la comunidad.
5.- Por último, la red, debe darse a sí misma una organización diferente: aquí el poder es concebido desde la horizontalidad, lo que se expresa mediante la participación activa de sus miembros y el trabajo colaborativo e intersectorial, dando así respuesta a las necesidades de la comunidad.

Atendiendo a lo anterior, es importante destacar que en el proceso de desarrollo de la conformación de la red de la comuna de Quinta de Tilcoco, tuvo una importancia fundamental la participación del equipo de profesionales y técnicos de las distintas instituciones de la comuna como: salud, educación, OPD, organizaciones Municipales y el equipo de Académicos del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que en un trabajo colaborativo facilitaron la constitución de ésta red.

Los primeros momentos

A comienzos del año 2013 las diferentes instituciones de los diversos sectores de la comuna a través de sus distintos representantes como Salud, (Centro de Salud Familiar), Educación, (Escuelas, Jardines Infantiles), Justicia, OPD (Oficina de Protección de los Derechos); Programas Municipales y otros, participaron de un curso diseñado por los académicos de la Universidad de Chile, a partir de un diagnóstico

que se ejecutó con el equipo de salud del Centro de Salud Familiar, respecto de temas y competencias profesionales necesarias de instalar para el trabajo con la infancia, en el marco del Sistema de Protección Integral, "Chile Crece Contigo". Se buscaba actualizar conocimientos en ésta materia y potenciar habilidades y técnicas en los profesionales y técnicos para un óptimo desempeño en el trabajo con niños, niñas y sus familias.

A partir de las necesidades detectadas, el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar elaboró una propuesta de capacitación, la que se ejecutó en enero del año 2013.

La relevancia de este y de otros encuentros futuros con los docentes de la Universidad de Chile y los equipos de profesionales de la comuna, estuvieron caracterizados por la reflexión, el análisis y la instalación progresiva de un cambio de paradigma en la detección y abordaje de problemas, que rescatara la necesidad de "mirar" al niño y a la niña, en forma diferente: como "sujeto de derechos".

Esta nueva "mirada" imprimiría un nuevo registro que orientaría las acciones e intervenciones futuras con la niñez y con sus familias, en tanto que concibe al niño y a la niña como una persona activa, con capacidades, aptitudes y ritmos propios y diferentes; persona única situada en un contexto socio político y cultural, en el que "aprenderá" y se "desarrollara" fundamentalmente a partir del "rol facilitador" de un adulto significativo, representante de una sociedad que le pre - existe.

Conjuntamente con estos aprendizajes, estos encuentros estuvieron marcados por la necesidad y urgencia de "mirar "y "fortalecer" un trabajo al interior de cada institución.

Revisar la misión y la visión permitió a cada organización, reposicionarse respecto de su trabajo específico que realiza cada día, siendo acuciosos en la mirada y selección de niños y niñas que verdaderamente requerirían una atención externa, de otras instituciones u organismos del intersector; de la red.

Así, se fue organizando un trabajo en equipo capaz de fortalecer ésta mirada dentro y fuera de las fronteras institucionales, que potenciara el trabajo intersectorial, en red y con la comunidad en función de ese niño, de esa niña y de su familia, lo que ha demandado verdaderamente un gran trabajo y que representa al día de hoy un gran desafío.

Del proceso

Hoy, al momento de sistematizar ésta experiencia y dar cuenta de este recorrido complejo, dinámico, pero a su vez fructífero, se visibilizan al menos cuatro etapas en la conformación de ésta red:

Se logra identificar una primera etapa de "demanda", un "pedido de ayuda" - que se traduce en una capacitación - hacia una institución externa, la Universidad de Chile; una segunda de "conocimiento" y de "reconocimiento" entre los representantes de las distintas instituciones públicas, que participaron de ésta capacitación; una tercera etapa de "organización" y de "formalización" entre las distintas instituciones y representantes y por último una cuarta etapa de "apertura hacia la comunidad" y "trabajo directo" en función de los objetivos propuestos.

De ésta manera la primera etapa, se circunscribe a la "demanda"; hecho que se traduce en la formulación de un "pedido de ayuda": "ayúdenos a construir una red"; solicitud que se lleva a cabo desde la Dirección del CESFAM de Quinta de Tilcoco al Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Sus fundamentos radican en la identificación de un vacío en el trabajo con la niñez vulnerada, toda vez que la articulación con las distintas instituciones especializadas

en distintas áreas, no obedecen a conductos regulares. A modo de ejemplo, se suele realizar una coordinación interinstitucional de manera informal, porque el representante de "x" institución, tiene vínculos cercanos con un representante de otra institución; quedando el niño o la niña y su familia sostenido en el tiempo por compromisos personales y no institucionales; lo que conlleva a veces a una entrega de respuestas aisladas, solo de algunas organizaciones - para "la resolución del problema". Ello, con la consecuente pérdida de una visión integral en el tratamiento de los "casos", situación que obstaculiza la respuesta efectiva a las necesidades y demandas de los niños, niñas y familias en condición de vulnerabilidad de la comuna de Quinta de Tilcoco. Visualizar estos aspectos, promueve entonces, no solo la urgencia de un cambio de paradigma sino que a su vez la importancia de llevar adelante un trabajo intersectorial y en red, puesto que lo que se busca como fin último es mejorar no solo la atención, sino la calidad de vida de las familias y en particular de cada niño y niña.

Una segunda etapa, estuvo claramente marcada y definida por el "conocimiento" y "reconocimiento" de los diferentes interlocutores concurrentes de la comuna de Quinta, quienes desde un comienzo participaron de la capacitación. Este periodo se caracterizó precisamente por un re - descubrimiento entre los diferentes representantes.

Desde los primeros encuentros, parecía que "todos nos conocíamos"; comentaban algunos participantes de la res; no obstante, no siempre se estuvo en el dato preciso, en el conocimiento exacto, de quién era ese "otro"; a quién representaba, cuál era la misión que desempeñaba la institución, y con qué especialidades profesionales se contaba. Hubo que transitar un proceso largo, a fin de que las diferentes instituciones se reconocieran. En este sentido quién favoreció la participación y el recuentro permanente en su calidad de facilitadora de procesos, fue la Prof. María Ester González Morales, Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Universidad de Chile. Su función o rol de "acompañamiento", permitió que las diferentes instituciones mostraran su trabajo con la niñez.
En este sentido, el espacio facilitó la revisión de los objetivos de cada institución, la visión, la misión, lo que contribuyó a identificar el trabajo cotidiano de cada organismo, sus protocolos de ingreso y egreso, el profesional de referencia a contactar ante un problema del niño o de la niña accediendo a un conocimiento mucho más acabado de las tareas que cada uno venía desarrollando.

Al mismo tiempo y en ésta misma línea, éstos intercambios en el grupo, facilitaron la identificación de las propias fortalezas, limitaciones y obstáculos en la tarea cotidiana con la niñez y con las familias; reconociendo ante la complejidad, la urgencia de establecer conexiones futuras más eficientes, más eficaces con otras instituciones de la comuna en favor de la niñez, dadas la complejidad de sus actuales problemáticas.

Adicionalmente, el grupo en su conjunto comenzó a definir algunos de sus objetivos, momento de profundos cuestionamientos respecto de su accionar. Preguntas como: ¿hacia dónde vamos?, ¿cuál es nuestro propósito?, ¿qué hacemos con la comunidad?, o ¿cómo nos organizamos? fueron orientando las acciones, lo que no estuvo libre de angustias y temores.

Una de las discusiones importantes que se mantuvo en este periodo y que de alguna manera redefiniría el propósito último del trabajo en red, fue justamente redelimitar los destinatarios de la tarea. En otras palabras, había que pensar si el trabajo de la red se circunscribiría sólo a la primera infancia (Programa Chile Crece Contigo) o si además comprendería el trabajo con la segunda infancia y adolescencia, puesto que de trabajar sólo con "los más pequeños", inevitablemente y automáticamente dejaría sin atención a un sector importante y vulnerable de la comunidad de Quinta de Tilcoco.

Paso a paso y dado el análisis del contexto socio cultural y el estado de los problemas prevalentes en infancia y adolescencia y la urgencia de pensar y dar respuesta a las necesidades y demandas de niños, niñas y adolescentes de la comuna y a sus familias, se acordó y validó la conformación de una red infanto–juvenil, que velara por los cuidados de niños, niñas y adolescentes, para la constitución de sujetos saludables. Ello implicaría reposicionarse en un trabajo directo con la comunidad en su conjunto y redefinir las acciones con los sujetos de atención y de participación: niños, niñas, adolescentes, familias, comunidad de Quinta de Tilcoco.

Estos avances progresivos fueron dando lugar a lo que se ha denominado como la tercera etapa en este proceso de constitución de la red y que tiene directa relación con la "formalización" y/u "organización interna" y presentación social de la misma.

Múltiples preguntas surgieron durante el transcurso de éstas reuniones, cuestionamientos y discusiones constructivas que arribaron en productos concretos como una ficha de derivación interna de la red, un mail institucional para estar conectados con cada "caso" y realizar la difusión de actividades organizadas por la red; lo que dejó en evidencia la necesidad de reflexionar en forma periódica en torno a aspectos éticos de cada intervención, como por ejemplo ¿qué develar o no en cada ficha, de cada niño o niña y de su familia?, ¿cómo resguardar mediante el uso de las tecnologías la confidencialidad? Cuestión que se discute al día de hoy.

Estas propuestas y su concreción fueron dando lugar a lo que se ha denominado la cuarta etapa. Fase que se caracterizó fundamentalmente por la "apertura hacia la comunidad".

En este momento se dio comienzo a la concreción de aquellas acciones que se habían discutido y definido en la etapa de organización / formalización, por lo tanto de alguna manera se afianzó la interacción de manera más activa, más participativa con la comunidad.

Interesante proceso, considerando que la red se constituyó y oficializó como una red infanto juvenil mediante un solemne acto en la Alcaldía, cuyo principio orientador está directamente relacionado con la "continuidad de los cuidados"; eje rector que orienta las acciones en salud, proceso donde los actores sociales, niños, niñas, adolescentes, familias, profesionales participan en calidad de "protagonistas" de sus propios procesos de cambio, de sus destinos como personas y como comunidad.

De alguna forma el poder constituirse en red, vinculándose con los otros en lo cotidiano ha tenido un impacto en las personas, en la comunidad, en tanto cada uno, cada una tiene la potencialidad de transformar su propia realidad.

Cada institución, cada persona, coloca sus habilidades y sus recursos al servicio de otro o de otros, hecho que fortalece el pensar y actuar de la comunidad.

De la participación en comunidad

Sin duda alguna, la experiencia transitada ha sido y es enriquecedora. El promover e instalar una tarea con estas características potencia no sólo lo que se hace a nivel institucional o intra–institucional, sino que a su vez dinamiza lo inter–institucional, cuando se promueve un propósito en común.

Se fortalecen los lazos de confianza entre las personas, las instituciones y la comunidad; hecho que permite reflexionar continuamente sobre lo que se hace, y como se hace, optimizando de ésta manera la intervención con niños, niñas, adolescentes y sus familias de manera biopsicosocial, integral, favoreciendo el trabajo desde la intersectorialidad y la participación en red.

De la Metodología en los encuentros con la Red

Uno de los aspectos importantes a destacar en el proceso de construcción de la red, tuvo directa relación con la metodología utilizada durante las reuniones por la Prof. María Ester González Morales, quien cumplió un rol de "facilitadora", no directivo, ni impositivo, en tanto abrió un espacio para pensar y para decidir.

Cabe destacar que desde éste paradigma no hay jerarquías, lo que da lugar a la participación desde lo que cada uno puede aportar en una horizontalidad. Así, cada persona integrante y representante de las diferentes instituciones, va tomando responsabilidades y compromisos e involucrándose de manera activa en las decisiones.

Así se llevó a cabo este acompañamiento – que al comienzo "no se entendía", puesto que lo que se esperaba era un rol directivo de la docente, en tanto se nos dijera lo que teníamos que hacer, pero que finalmente pudimos comprender; rol clave que se ejerció durante todo el periodo de edificación de la red y que potenció la participación de cada participante de acuerdo a su propio ritmo y a sus propias singularidades.

Algunos facilitadores del proceso

Hoy y en retrospectiva se podrían mencionar algunos facilitadores que han permitido trabajar en red:
Primero, el hecho de mantener una motivación intrínseca pensando que somos las personas quienes conformamos las Instituciones. Como tal, en cada sujeto existe una "motivación" un pequeño motor, ligado a una emoción que "mueve" a la "acción".

Aquí se habla de personas que participan, hecho que hay que valorar y respetar para que otros pertenecientes a esta comunidad se integren en una tarea en común donde cada quién tiene algo que decir, algo que aportar.

Otros facilitadores tienen relación con un compromiso social por la infancia y adolescencia. Otro, dice relación con la visualización del niño y adolescente como sujeto de derecho, capacidad reflexiva, disposición y responsabilidad; se puede tener el deseo, pero también se debe tener la responsabilidad de lo que se quiere hacer y cómo se quiere hacer. Otro, la valoración humana, pensando que cada persona tiene habilidades y capacidades diferentes y todos en la interacción cotidiana se pueden, enriquecer, colaborar, ayudar. Situación que se observa en el trabajo en equipo que aprecia el respeto por las diferencias.

Otros elementos que han favorecido el proceso, tienen relación con conocimientos, aprendizajes, no solo relativos a las competencias humanas, sino a contenidos, paradigmas que permiten avanzar en la visión de niño, niña, adolescente y en la visión de mundo, de sociedad que esta comuna pretende alcanzar para sus integrantes.

Espacio de construcción y co–construcción, multidisciplinario e interdisciplinario porque se trabaja en Red; diferentes disciplinas permiten ampliar el horizonte y enriquecer la experiencia.

Algunos obstaculizadores del proceso

Ahora bien, respecto de los obstaculizadores podemos destacar la representación poco efectiva de parte de algunos participantes de algunas instituciones; en tanto "falla" la trasmisión de la información desde y hacia la red.

Otro obstaculizador, dice relación con la alta rotación de representantes de una misma

institución, en los espacios de reunión de la red; sobre todo cuando la comunicación entre ellos es inefectiva.

Así mismo los obstáculos, tienen relación con la falta de motivación de algunas instituciones en la participación en encuentros que organiza la red, quienes asisten irregularmente a las actividades; lo que habla de cierta dificultad para implicarse en el proceso de construcción de la misma.

Otras dificultades están dadas por la falta de valoración del proceso histórico que ha dado origen y lugar a la red, lo que promueve un "presentismo", donde lo valorado es lo que se "hará a partir de ahora"; percepción reduccionista de los hechos que privilegia "el pragmatismo" en detrimento de la reflexión constructiva y analítica de los sucesos.

En consonancia con lo anterior, es necesario trabajar en un mayor fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales y difusión de la red hacia la comunidad, así como también en la capacitación continua dirigida a los y a las representantes participantes de la red, en temas que permitan "pensar las prevalencias de las problemáticas desde el paradigma de la complejidad", a fin de pensar, acompañar y dar respuestas pertinentes a la comunidad.

En síntesis

Considerando la experiencia transitada es posible enunciar que la red es una trama, esencialmente vincular; conformada para estos efectos por diversas personas representantes de diversas instituciones, organizaciones de la Comuna de Quinta de Tilcoco que trabajan en beneficio de la niñez, adolescencia y de sus familias que viven y pertenecen a ésta comunidad.

Red infanto juvenil, soporte, capaz de sostener, orientar en situaciones problemas a niños, niñas y a sus familias con la finalidad de acompañar un desarrollo saludable.

Lugar donde cada institución interactúa y apoya a la(s) otra(s) organizaciones, potenciando sus propios recursos y los de la comunidad.

Recapitulando: ¿Cuál es el propósito de ésta red? Visualizar al niño, niña y adolescente como sujeto de derechos, generando protección y acompañando a las familias en la crianza para que estas personas alcancen su máximo desarrollo, mejorando así su calidad de vida; situación que conlleva el rol y aprendizaje permanente de ser facilitadores de procesos, cuidando a las familias en la resolución de sus propios problemas.

PARTICIPACIÓN SOCIAL E INTERSECTORIALIDAD EN LA COMUNA DE ANGOL

Carolina Muñoz, Encargada MSF Cesfam Huequén y Encargada Comunal Promoción, Angol

Angol es la capital provincial de Malleco, posee una población estimada de 51.000 habitantes. Según datos de la última encuesta Casen, el porcentaje de pobreza existente en la comuna asciende al 22% de acuerdo a criterios de ingreso económico, la pobreza regional bordea el 23% y la nacional el 12,7% utilizando los mismos criterios de pobreza. Se estima que la comuna tiene una población mapuche censada de un 4,8%. Es la comuna de la provincia con menos presencia de población mapuche; sin embargo, no por ello es menos relevante el tema. Respecto del porcentaje de ruralidad en la comuna, este alcanza a un 13%.

La ciudad se caracteriza por tener una plaza que se alumbra en las noches y que da seguridad para la comunidad. Además de iluminar el espacio, es un lugar reconocido como una de las plazas más bellas del sur del país. Angol tiene en su geografía la Cordillera de Nahuelbuta, con una piedra del Águila que permite ver el ancho de Chile, desde la Isla Mocha hasta la Cordillera y con el reconocimiento de los pueblos ancestrales.

Con estas características se reconoce que la comuna de Angol tiene un fuerte arraigo a su cultura local, un sentimiento de pertenencia a su comunidad.

Lo que queremos presentar a continuación es una experiencia local en el marco de la promoción de la salud. A través del replanteamiento de las estrategias promocionales, en la cual se invitaba a los equipos de salud y a la comunidad a conversar sobre los problemas que se viven en el territorio, a evidenciar lo que se sucede en la vida diaria y a realizar acciones en conjunto con el intersector.

Es por ello que a través de este replanteamiento cuyo fin era lograr la construcción de un Plan Trienal de Promoción, se constituye en una primera instancia un equipo motor conformado por profesionales de los CESFAM y CECOSF, profesionales del área de la educación municipal y representantes de los Consejos de desarrollo de los Cesfam. Su formación se planteó en base a la necesidad de impulsar con la comunidad un proceso de conocimiento que facilitara el desarrollo de un diagnóstico comunal. Este paradigma es extrapolado desde las premisas de la promoción en salud, puesto que apunta a sacar la salud del ámbito hospitalario y de los Cesfam, de las 4 paredes del box; hacer propia la propuesta de desarrollo con la comunidad, considerando además, que la promoción es una estrategia de empoderamiento de la comuna y de las comunidades. Una estrategia que privilegia la creación de vínculos en base a la generación de un trabajo en red. Esta fue la consigna del equipo del motor y la que permitió movilizar el quehacer del mismo. El equipo se propuso realizar un esfuerzo por llevar la salud a la vida humana, en la participación y en la toma de decisiones, que la comunidad sea participe, ubicando a la salud en conjunto con el intersector.

Cuando hablamos y propiciamos que la salud esté presente en todas las políticas, la pregunta que surge y que nos inquieta, es ¿por qué los equipos de salud siguen permaneciendo en muchas ocasiones aislados de sus comunidades y de ámbitos de toma de decisiones.

El trabajo con el intersector en salud se visualiza principalmente con socios estratégicos como educación, pero ¿hay vinculación con otras áreas relevantes de trabajo?, como por ejemplo

Dideco, con Serviu. ¿Con el área de la juventud?, ¿se trabaja con ellos? ¿Se releva el trabajo con el intersector?, ¿se releva el trabajo de colaboración y de real vinculación de los equipos? ¿Es esto intersectorialidad?

Es por ello que lo primero que nos planteamos la necesidad de crear un equipo, crear alianzas colaborativas, ¿con quiénes?, en el caso de la comuna de Angol, era factible establecer una alianza con los representantes de los Consejos de Desarrollo, con los cuales se tenía y tiene un trabajo colaborativo de larga data. Se sumó a ello la participaciónn de la Universidad de La Frontera a través del Proyecto Únete, que posibilitó la materialización de la ayuda metodológica para llevar a cabo un proceso diagnóstico. Para ello se solicitó a esta casa de estudios superiores, que el apoyo requerido apuntara a la realización de una intervención comunitaria que fuese más allá de la sola elaboración de un diagnóstico, se buscaba la generación de un proceso de vinculación y coordinación con instituciones u organizaciones representativas y que indudablemente requería de una interconexión con el intersector.

La Universidad ofreció desarrollar una propuesta de intervención desde la mirada de la socio praxis. Para entender los postulados de la socio praxis, cuyo representante más destacado es Tomás Villasarte, es necesario posicionarse desde el enfoque social y sobre todo del enfoque de participación/acción ; no se trata de relevar la técnica y las metodologías para el estudio de los movimientos sociales, sino que al revés, más bien como los movimientos sociales o populares están aportando al desarrollo de las técnicas y metodologías para el uso en las Ciencias Sociales, es decir, como desde la Comunidad pueden ayudar a los equipos a generar técnicas o metodologías de intervención.

Esta propuesta, se desarrolló en base a la instalación reflexiva de cuatro momentos en el proceso diagnóstico, estos estadios o momentos iban a relevar los procesos y elementos de vinculación con la comunidad.

Lo primero que se generó fue un equipo comunal de promoción o equipo motor (como se hace mención precedentemente) que respondía a la idea de tener un equipo definido desde la perspectiva de la integración para la participación, vinculado a la concepción que la e Promoción es un proceso eminentemente participativo.

Luego de ello se definieron como se iban a llevar a cabo estos cuatro momentos o etapas del proceso. El primero de ellos fue la constitución del equipo motor antes descrito, luego se dio inicio a la fase de problematización, para luego dar paso a la identificación de los aspectos críticos y finalmente a la priorización y planificación del Plan Trienal.

A continuación se describen estos momentos de la planificación del diagnóstico:

Conformación del equipo motor

Lo primero fue definir quienes integrarían y participar de este equipo. Definiéndose en una primera instancia la necesidad de contar con la participación del encargado del modelo de salud familiar, también del encargado de participación de los CESFAM y del encargado comunal del Programa Mapuche y todas aquellas personas que quisieran pertenecer al equipo y/o participar de esta experiencia. Es así que al trabajo se unieron algunos médicos de familia y becados de esta especialidad. Pero eso no es todo el equipo motor, porque hasta aquí se tiene solo una mirada, la mirada del equipo de salud. Era necesario incorporar a la comunidad y a las organizaciones sociales representativas de esta, puesto que era un recurso o capital social de alta relevancia en el trabajo venidero. Por lo cual invitamos a participar a los representantes de los consejos de desarrollo de los CESFAM y comité de salud del CECOSF de una larga trayectoria de vinculación con los equipo. Se les

invitó a participar, dejando establecido que el objetivo era la realización de un diagnóstico, pero no cualquier diagnóstico, ya que la finalidad era trabajar en fortalecer el vínculo con ellos, mediante la generación de una instancia de conversación. Después de este proceso, se pudo establecer un trabajo mancomunado entre la Universidad, la comunidad y el equipo de promoción. Esta alianza no solo siguió existiendo en forma natural, sino que también se encuentra reconocido por el Municipio a través de un Decreto Alcaldicio.

Se constituyó y se trabajó en base a una mesa, la cual aunaba las distintas temáticas que se quería abordar para la consecución del diagnóstico y elaboración del plan; así mismo esta estrategia permitió la generación de aportes de carácter más integral que planteaba el desarrollo de una mirada global.

Con ello no se está descalificando el que existan distintas mesas de trabajo a fin de respetar las particularidades de la comunidad o de las temáticas, la apuesta es llamar a la vinculación de todas las fuerzas y actores de la comunidad.y organizaciones sociales. Por ello ¿cuál fue la propuesta del equipo motor?, la apuesta estaba dada en la tarea de planificación en base a este concepto, para ello Se contaba con activos o recursos instalados en la propia comunidad. ¿Cómo nos aportó la comunidad en esta primera etapa? Con un gran respaldo, asistieron alrededor de 120 personas a la primera convocatoria para la elaboraciónn del diagnóstico. Lo que fue resultado de la unión de todos los capitales sociales que contábamos a ese entonces y no tan solo de la comunidad (no por ello menos importante) sino también de los “expertos” en el tema, que contábamos en los equipo de salud.

En la comuna de Angol existen 3 CESFAM, cada uno de ellos cuenta con un Encargado de Participación (con una asignación de 22 horas.) Y gracias a la colaboración y esfuerzo de ellos, que generosamente pusieron a disposición su trabajo y vínculo con la comunidad, logramos llegar a dicha convocatoria. Es por ello que gracias a esta experiencia se logra comprender que es necesario establecer un trabajo colaborativo entre los diferentes equipos de los dispositivos de salud primaria en la comuna. Así mismo es necesario destacar, que a esta experiencia participaron representantes del Ejército, de la PDI, de la alcaldía, organizaciones sociales (discapacidad, medioambiental, etc.), organizaciones del adulto mayor, Dideco, comunidades rurales y comunidades mapuches.

Cabe destacar que esta primera jornada se iniciaba con la discusión y reflexión en base a una interrogante que provocara a los asistentes, una pregunta generativa y que llamaba a todos a participar, esta pregunta era: ¿cómo proteger la salud y promover la calidad de vida? Esta interrogante tenía la finalidad de invitar a que todos los asistentes a conversar en torno a ella, que además se traducía en un material lúdico que en la línea de trabajo de la socio praxis se denomina “jardín comunitario”. ¿En qué consiste esto?, simplemente se le solicitó a los participantes que se agruparan y que pudieran conversar y reflexionar en torno a esta pregunta básica y generativa, “como proteger la salud y a calidad de vida”.

Sin más allá nos dimos cuenta que a todos les pasa algo con esta interrogante, se los motiva con una pregunta simple y que en relación a ello todos tienen algo que decir.

El jardín comunitario es una expresión lúdica donde se coloca en un paleógrafo aquellos conceptos e ideas centrales de la conversación. En este caso, aquellas ideas que respondían a la pregunta de cómo proteger la salud, pero también aquellas que no la protegían. Estas ideas se representan a través de imágenes, como por ejemplo las malezas, el cielo oscuro, podían representar una epidemia, que le daba al jardín. Esta técnica, es altamente democrática, no se tiene que saber ni leer ni escribir, se pueden compartir ideas de distintas perspectivas, ya que todos tienen algo que aportar. Esta fue la primera

etapa del diagnóstico, donde se problematizó en base al dialogo sostenido. En definitiva la comunidad en su conjunto se sentó a conversar con el otro.

Un aspecto a destacar en esta etapa, dice relación con el resultado obtenido de esta actividad. Existían diagnósticos sociales anteriores donde las principales necesidades se centraban en la demanda no satisfecha, como por ejemplo: la falta de más especialistas, más horas de dentista. En esta oportunidad, no se evidenciaron estos temas. Y no fue porque en esta ocasión se tuviese un nuevo equipo o el apoyo de la Universidad para aplicar una metodología distinta como era la Socio praxis. La respuesta no estaba dada por ello, sino porque la comunidad, tiene más que decir, hay una valoración por parte de ésta distinta hacia la salud, existe una maduración, una responsabilidad, se ha dado un proceso de entendimiento de la que la salud va más allá que una prestación de especialidad, ¿es importante la prestación de una especialidad?, sí , pero también es importante el conversar sobre otras variables que se encuentran presente en el diario vivir y que aportan a la construcción del concepto de salud. Este encuentro se puede definir que fue el primer paso.

Identificación de nodos críticos

La segunda jornada se realizó el 29 de octubre 2015. En esta segunda etapa se circunscribió a la identificación de los nodos críticos en base a la problematización realizada en la primera etapa. Era necesario reducir los participantes para esta nueva instancia, ahora correspondía sentar a los representantes de la comunidad u organizaciones sociales, en una convocatoria más cerrada no con el ánimo de ser excluyente, sino por el contrario poder focalizar y delimitar la problematización realizada en la primera fase. En base a esta definición se les pidió a la comunidad que pudiesen identificar aquellos nodos críticos existentes. Luego se solicitó, que en base a aquella identificación pudiesen definir si que eran factible de controlar, de intervenir o estaban fuera del ámbito del control y de la intervención, ya sea por las familias, la comunidad o por las autoridades locales, permitiendo de alguna manera la priorización de líneas de intervención. Por lo cual a través de esta jornada fuimos capaces de definir aquellos temas que eran más factibles de ser abordados.

Planificación y priorización

El tercer momento o la tercera jornada diagnóstica se relacionó con la planificación y la priorización basado en la premisa de la participación. Ya estábamos iniciando un trabajo intersectorial y ahora la interrogante era como plasmar o llevar a cabo este trabajo intersectorial, que aspectos del proceso se necesitaban para que el trabajo intersectorial fructificara.

Nuevamente se convocó a la mayor representatividad de la comunidad u organizaciones sociales. En esta ocasión la comunidad sería quien calificaría y elaboraría una propuesta de trabajo intersectorial existente a partir de las brechas identificadas, con el fin de plantear un plan de intervención o un plan de trabajo.

A que nos llevó este proceso diagnóstico, a las siguientes conclusiones o ejes:

Primer eje, conductas saludables, deportes y recreación

Si bien es cierto que en la comuna hay altos índices de sedentarismo y obesidad, había que combatirlo pero con qué, con una conductas saludables, deportes y recreación.

Segundo eje; trabajo intersectorial

Este fue un tirón de orejas a todos los que trabajan en instituciones u organizaciones de carácter público, la comunidad expresó claramente, que en muchas ocasiones eran citados infinitamente por todos los sectores lo que denotaba una falta de coordinación entre estos mismos , ya que los encuentros son similares y con los mismos objetivos, lo que atentaba directamente en la participación, tirón de orejas para que exista la coordinación necesaria , tirón de orejas desde salud o donde se posiciona la convocatoria.

Por lo cual es necesario preguntarnos cómo se ha ido estableciendo esta relación colaborativa y coordinada con los otros sectores, cómo se ha ido trabajando en forma más parcela temas relevantes para la comunidad y como muchas veces estas situaciones pasan desapercibidas. Es necesario darse cuenta que se necesita de instancias de colaboración, se requiere de un trabajo mancomunado entre los distintos sectores y se requiere sobretodo de una política comunal que aborde temas de relevancia para la comunidad y el mejoramiento de la calida de vida.

Tercer eje: medio ambiente

En este tema tanto las comunidades mapuches, y las comunidades rurales, dejaron muy claramente establecido la falta de agua, lo que afecta notoriamente la calidad de vida y en consecuencia carencia de diversos cultivos. Entonces hablar de obesidad y alimentación saludable debe ir unido a hablar y dar solución al manejo de los cultivos y a los espacios donde llevarlos a cabo.

Cuarto eje: infraestructura y entorno

Esta fue otra área que se abordó por la comunidad. En la a comuna de Angol hay muchas plazas, pero estas plazas no estaban siendo usadas adecuadamente, son plazas muy equipadas, pero se desconoce su uso adecuado, más bien la comunidad refiere no saber usarlas, sobre todo si existen en estas máquinas de ejercicio, por lo cual un adulto mayor con una fractura de cadera, ¿podrá usar una maquina? Un niño podrá hacer uso de ellas, si la mayoría de estas están siendo instaladas para una población promedio, la pregunta que cabe hacerse es ¿cuál es el promedio de la población?, son personas que entre 25 y 50 años, que no tienen ningún problema osteomuscular por ejemplo, que no tienen ningún problema de salud y que pueden usar indistintamente todas las maquinas, ¿ese es la definición de una población promedio? Si se considera esta población objetivo, la pregunta inmediata que surge es cuantas personas se están quedando fuera de estos rangos. Por lo tanto, estas máquinas no están teniendo el valor de uso adecuado. Durante el proceso diagnóstico se deslizaron frases como: “me ponen una maquina fuera de mi casa, pero si yo no sé cómo usarla, ni siquiera sé si me puedo lastimar, o si mi hijo se va a lastimar.” frente a estas aseveraciones, surge la interrogante de donde están los espacios para la participación vinculante?, por qué no se contó en la fase de planificación con la participación de la comunidad? Pudiendo concluir que existe, una muy buena intención, pero al final ésta se transforma en una perdida y poco valor de uso.

Quinto eje: salud mental

La intervención de la comunidad se centraba en cómo las personas se relacionan, como efectivamente se puede dejar de relevar las redes sociales y como las familias aportan en mejorar la calidad de vida de la salud de las personas. Siendo este un eje muy comentado.

La promoción de la salud nos puso como gran reto la elaboración de un diagnóstico, el cual ya lo habíamos logrado. La etapa siguiente era la elaboración de un plan, Plan a tres años. Paralelo a ello, durante el proceso de participación efectivo que se estaba dando con la comunidad, desde el ministerio, a través de la Seremi de Salud, se nos instruye que toda la información que se había obtenido a la fecha, través del ejercicio de la Socio praxis, debe ser extrapolada al modelo de marco lógico. Si se consideran ambos modelos, ambos poseen como característica compartida la posibilidad de explorar problemas y caminar hacia la solución participativa de ellos; sin embargo difieren especialmente en su parte operativa.

Esto generó en el equipo motor una fuerte tensión, ya que además que este requerimiento llego casi al final de proceso, nos cuestionaba sobre que se hacía con todo un trabajo comunitario y participativo que se había logrado y que ahora era necesario transformar en una planilla de "marco lógico". Tal vez Se estaba arrojando por la borda un trabajo de meses con la comunidad donde la propia institucionalidad estaba atentando con lo expresado por la comunidad e instituciones representativas de Angol. Esto produjo que el equipo se sintiera atentado contra su trabajo, ante lo cual fue necesario sentarnos a reflexionar sobre lo sucedido.

Ya para ese entonces teníamos conformado el Comité Comunal de promoción, que tenía claro que debía responder a los requerimientos de una planificación normativa impuesta por la SEREMI de Salud, ya que No existía opción de poder presentar algo distinto. Pero surge la interrogante, en cómo no defraudar u obviar y no reconocer, un trabajo colaborativo y participativo con las organizaciones y diferentes instituciones (de educación, fuerzas armadas, justicia, entre otras), la comunidad y con la Universidad. Son dos las opciones que tenía el equipo de promoción que decidir. Mediante un análisis reflexivo el equipo definió que no era ético obviar todo el trabajo que se había realizado en espacios eminentemente participativos y convocatorios a las organizaciones e instituciones de la comunidad. Sin embargo todo este devenir de circunstancias nos encaminó una larga reflexión de equipo, ya que en el sustrato de este conflicto había una comunidad comprometida y esperanzada en la construcción de un Plan de trabajo emanado del proceso diagnóstico, que no podíamos obviar. Es aquí que se relevaron otras preguntas; ¿cómo se representará la voluntad de la comunidad en este plan trienal, si por un lado se tiene la exigencia de cumplir con un modelo de presentación (marco lógico) distante la las metodologías utilizadas? .Además, se nos instruye que las prioridades de intervención deben estar orientadas al fenómeno de la obesidad y el sedentarismo, exclusivamente . Pero la comunidad habla de un concepto integral de salud y de calidad de vida, la comunidad habla de infraestructura, de intersector, entonces el cuestionamiento del equipo fue mayor aún, como se promovía que la participación social y el trabajo intersectorial, no se trasforme solo una mera declaración de buenas intenciones, porque eso era lo que se iba a expresar en un plan con las características que solicitaba la SEREMI, solo en una declaración de intenciones, ya que era un trabajo visto por los ojos de un solo componente. El siguiente cuestionamiento, se relacionaba a como se rescataba y respetaba los procesos de definición en los territorios; se había forjado todo un trabajo participativo y de creación comunitaria, para que ahora fuese borrado institucionalmente.

Finalmente cómo es posible que la promoción en salud modele a las personas, familia y comunidad, en su auto responsabilidad en salud, si ni siquiera la institucionalidad es responsable de ese empoderamiento.

Durante este trabajo colaborativo con la comunidad, el equipo rescató algunas inquietudes y soluciones mediadas por un proceso de negociación con la autoridad: Optamos por la vía de exponer el trabajo logrado y dialogar

con la SEREMI, con el objetivo de analizar la elaboración del futuro el plan. Que se logró: fue posible instalar los resultados obtenidos a través de la metodología utilizada Sin bien es cierto este proceso obedeció a "ajustar" lo que se tenía con el propósito de obtener un plan; no obstante hay algo que no se tranzó y fue la apuesta comunal de constituir un Plan con las inquietudes y propuestas emanadas del proceso diagnóstico, pudimos constituirnos como un comité comunal de Promoción permanente con respaldo institucional. Respaldo importante y fundamental para las acciones propuestas y más aún para posicionarse ante la institucionalidad a nivel provincial. Teníamos un respaldo decretado, había un alcalde, un Concejo Comunal, una dirección de departamento de salud que expresaba su voluntad de que siguiéramos adelante, ya que el trabajo se estaba realizando y consolidado en conjunto con la comunidad y el inter sector. Se sabe que muchas veces este respaldo es insuficiente o simplemente no se cuenta con él, por lo cual el desafíoo está en que los equipos validen su trabajo y se muestren consolidados ante la autoridad.

Es importante no dejar de mencionar que la comuna de Angol, desde hace más de diez años a la fecha fue declarada como una comuna saludable. Esta declaración fue intencionada, realizada y trabajada por el equipo de promoción y el Alcalde de ese entonces, por lo tanto toda iniciativa que se fomente se fundamenta en esa base. Es importante recordar además, que es necesario rescatar la memoria histórica del trabajo comunitario y ponerla a disposición todos los saberes existentes.

Durante el desarrollo de arduo trabajo realizado, es necesario rescatar las siguientes premisas que nos impulsaron el seguir adelante y han constituido los pilares de nuestro actuar:

Trabajo integrado con la comunidad, el trabajo debe en sus inicio y continuidad responde a una lógica de intervención, no se emprende algo sin sentido, no se termina por terminar, no se puede seguir haciendo el activismo por activismo, eso no fructifica si no se tiene continuidad ni se trabaja en la integración con la comunidad, tarde o temprano esto lo evidencian los actores sociales e impide el reconocimiento de una vinculación a la cual tanto se aspira. El equipo de salud puede ir modelando su relación con la comunidad y las organizaciones, para lo cual es necesario privilegiar una relación cara a cara que es mucho más valioso que el tenerlo un día y después perderlo.

Generación de alianzas colaborativas con la comunidad, el intersector y el municipio. Lo cual se ha iniciado en forma incipiente, ya que falta camino por recorrer. Existe una Integración con otros programas de salud en las actividades de promoción, con programas como por ejemplo, Mas vida sana, más adulto mayor, que se vinculan en el propio territorio, realizando actividades en conjunto. No obstante, se están generado alianzas colaborativas con educación, Dideco y senda previene, con el fin de lograr una mayor integración con el intersector.

Respecto a las alianzas colaborativas y la participación social vinculante, dentro de los cinco resultados programados y esperados que contiene el Plan Trienal de Promoción, a continuación se exponen los más relevantes:

Uso adecuado y eficiente de la infraestructura. Esta línea respondía a uno de los ejes que identificó la comunidad, el eje de la infraestructura, la cual era reconocida como suficiente, pero se carecía del buen uso de ella a raíz del desconocimiento de la comunidad. Este eje fue incluido en el Plan trienal de Promoción, aunque la planificación normativa desde la autoridad no lo contemplaba, se negoció su inclusión lo que concluyo por ser un eje de desarrollo y trabajo en promoción, para lo cual se afianzaron la alianza con Serplac. Se incluyó en el trabajo a un arquitecto, un ingeniero ambos de Secpla, nuestro profesor de educación física y la encargado comunal de promoción.

En una primera instancia se realizó la evaluación a 108 plazas, plazoletas, parques y áreas verdes de la comuna, para el levantamiento de un informe que estableciera las bases para cualquier inversión que se realice en el área. Este informe traspasa a quienes sean las autoridades de turno, puesto que pretende ser la base del desarrollo del área deportiva y recreativa en la comuna. Este informe fue realizado por nuestro profesor de educación física, que durante 2 meses trabajó y evaluó cada plaza, realizando las sugerencias respecto a la necesidad de implementación y uso de las máquinas. Esto último respondiendo a las exigencias del plan, el cual intenciona recursos para la instalación de máquinas de ejercicios en los espacios comunitarios. Recordar que esta actividad evacuativa obedece a lo que los propios vecinos de Angol nos solicitaron, ya que en una segunda fase de este eje, corresponde el pasar de una mera participación consultante a una de carácter más vinculante. Considerando que la instalación, mejoramiento y mantención de las plazas saludables debe orientarse en base a los requerimientos y participación de la comunidad en conjunción con la visión técnica de los organismos respectivos.

También se realizó una identificación de los sectores para la instalación de nuevas plazas interactivas, en base a lo solicitado por la comunidad, para ello se intencionaron la realización de encuentros comunitarios para educar y comprometer a la comunidad en la elección de las nuevas máquinas e instalaciones recreativas. Pero también se requería de otro elemento de suma importancia, en el poder inducir y enseñarles a un correcto uso de ellas, y es así que este proceso de inducción de uso de las máquinas, fue liderado por profesores de educación física de la oficina municipal de deportes, constituyéndose en una de las primeras alianzas colaborativas que implementamos.

Es así que las primeras plazas que habilitamos a partir del año 2015, lo realizamos de acuerdo a los requerimientos planteados desde la comunidad.

Lo que se quiere reflejar con estas experiencias es la necesidad de vinculación permanente con los otros. El conflicto que provocó la autoridad sanitaria al equipo de promoción con la exigencia de realizar un plan de acuerdo a los lineamientos y características que ellos nos proponían, obligó al equipo a repensar lo que se estaba haciendo y lo que significó una amenaza finalmente se transformó en una oportunidad de crear y enfrentar el trabajo de promoción de una manera distinta.

Un segundo eje o resultado esperado en el Plan Trienal de Promoción, y que fue una de las temáticas más enfatizadas por la seremi, era el combate al aumento de la obesidad infantil, para lo cual se planificó el trabajar con la comunidad educativa, incorporando la alimentación saludable en la vida diaria de los pre escolares beneficiados.; sin embargo, como equipo nos planteamos que nuestro plan no tan solo abarcaría solo a dicho grupo etéreo, sino que había que ampliar el grupo beneficiario. Así mismo, era necesario intervenir no tan solo en la inclusión de una alimentación saludable, sino en cómo se podía educar y obtener una mejor alimentación. Una de las estrategias implementadas, fue el llevar a cabo una socialización y capacitación en Huertos orgánicos y soberanía alimentaria en alianza colaborativa con el proyecto Únete de la UFRO. Fue dirigida a los dirigentes que trabajaron con el equipo durante todo el proceso diagnóstico; sin embargo, en la práctica esto no es realizable si no se cuenta con un huerto en la casa unido al desconocimientos de la implementación de éste. Nuevamente surge la necesidad de establecer una alianza colaborativa, esta vez con la oficina comunal del medio ambiente. Este trabajo atiborra un resultado que no se encuentra de manifiesto en nuestro plan y que se puede definir más que como externalidad positiva, sino como una actividad que avizora un trabajo a largo plazo con intersector.

A través de esta alianza colaborativa pudimos trabajar con Cristina Neucocheo, profesional

bióloga en gestión de recursos naturales, que se desempeñaba en la Asociación de Municipalidades de Malleco Norte, y que nos planteó la idea de trabajar con los residuos domiciliarios en la construcción e instalación de composteras, para luego dar paso a la instalación de huertos comunitarios. Entre el 50% y el 60% de la basura domiciliaria es de carácter orgánica y puede ser aprovechada mediante la construcción o instalación de composteras que pueden proveer de tierra a los huertos comunitarios y así, disminuir de manera significativa la basura que nuestros vecinos y en definitiva la producida por la comuna . Por lo cual podemos establecer círculos virtuosos, que nos permita contribuir a disminuir los desechos domiciliarios y facilitar el acceso a una alimentación más saludable a menor precio y costo para la comunidad. Más si consideramos que la comuna de Angol posee un vertedero colapsado. Entonces la propuesta apunta a generar **círculos virtuosos**, mediante la disminución de la basura domiciliaria, construcción de huertos orgánicos comunitarios, capacitación a las personas y empoderamiento en temáticas de relevancia como la soberanía alimentaria.

En este momento se está en una fase de capacitación en el manejo de la compostera, en el manejo y cultivo de semillas, en el manejo del regadío, etc. Cuáles son los desafíos actuales, el poder instalar dos nuevas composteras en los sectores de Huequén y Alemania y el poder ser capaces de continuar generando estos círculos virtuosos, con el intersector. Esperamos para el próximo año, se nos una dos sectores más y así tener instalados cuatro composteras y cuatro huertos comunitarios.

Y por último, en esta misma línea de trabajo en nuestro Plan Trienal, se incluyó como un tema de gran relevancia la abogacía y compromiso de la autoridad local en la elaboración de una Política Comunal de Promoción. Si bien este es un escenario complicado ya que queda supeditado a condicionantes externas, como por ejemplo la elección de nuevos alcaldes y Concejo Municipal; no obstante, debe relacionarse con los compromisos de las autoridades salientes y de las autoridades entrantes, en asumir que no se trata de descalificar lo realizado a la fecha, sino apoyar las acciones que faciliten el desarrollo de una comunidad que transite a una vida de mejor calidad y que por cierto va más allá de las autoridades de turno. Se debe promover y enfatizar a las autoridades locales que significa la promoción y como esta estrategia puede ser un aporte a su gestión

Lo relevante de destacar en esta experiencia es que la comunidad tiene mucho que decir al respecto, a cómo vive su salud para poder hacerlas presentes en los planes de Promoción u otras acciones que se lleven a cabo, es necesario que los equipos de salud a través de su consolidación y validación estimulen el desarrollo de iniciativas vinculantes y que la comunidad y las organizaciones sociales que continuamente trabajan con nosotros no se transforme en un mero receptor de acciones.

El llamado está en que la institucionalidad valide el trabajo de los equipos, existiendo la flexibilidad para el desarrollo de iniciativas territoriales, mediante la generación de espacios de confianza y reconocimiento mutuo.

PANEL 3:
DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN LOS ESTUDIANTES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL TRABAJO COMUNITARIO

INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE COMUNIDAD EN MALLAS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD, U CHILE

Verónica Aliaga. Escuela de Pre Grado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

A partir del año 2006, la Facultad de Medicina inició un proceso de renovación curricular denominado Modelo de Formación Basado en Competencias. Ello implica cambiar la forma en que se imparte la enseñanza, proceso llevado a cabo en las 8 carreras de la salud que ofrece ésta Facultad.

Se ha transitado desde un modelo centrado históricamente en "contenidos" hacia la elaboración de un modelo más complejo centrado en "competencias".

Pero, ¿qué significa un modelo basado en contenidos? Este modelo tiene relación con la educación o formación tradicional formal ofrecida en Chile en diversas instituciones educativas; escuelas, liceos y universidades.

El modelo basado en contenidos, enseña una serie de conceptos, temas, definiciones que se evalúan mediante una prueba donde el estudiante responde específicamente y concretamente en relación al contenido entregado. Si lo que se enseñó fue "a", el estudiante debe estudiar "a", porque lo que se le preguntará será "a"; por lo tanto debe responder "a". Ello significa que el resultado final debe dar cuenta de ese concepto, de ese contenido aprendido.

Ahora bien, pasar de un modelo basado en contenidos a uno basado en competencias conlleva una complejidad mayor, tanto para aquellos que diseñan y elaboran los planes y programas, como para quienes ejercen la docencia, ya sea en el aula como en los campus clínicos - atención primaria u hospitales – así como para los estudiantes.

Aquí el proceso de enseñanza – aprendizaje se torna complejo; ya no se enseña "a" y se pregunta por "a"; se enseña "a" situado en un contexto, por lo tanto, lo que se exige al estudiante no es el conocimiento del concepto por el concepto, sino la aplicabilidad de ese concepto "a" a un contexto determinado, o a distintos contextos. He aquí lo que sustancialmente marca la diferencia entre un modelo basado en contenidos y un modelo basado en competencias.

Este es el desafío que asumió la Facultad de Medicina hace 10 años, lo que ha implicado llevar adelante un proceso de cambio; transitar de un modelo basado en contenidos a la instalación de competencias.

El proceso de cambio

A la implementación del modelo se dio inicio con el impulso de un Plan de Desarrollo generado para la institución en su conjunto, a partir del año 2006. Este plan permitió el proceso de

modernización del pregrado en el mismo año. Un par de años después, se promulgó el reglamento correspondiente, que daba cuenta de ésta transición, convirtiendo la universidad todos estos principios en un modelo educativo hacia el año 2010.

Este proceso de modernización del pregrado, puso especial énfasis en la educación formativa de los profesionales de la salud, que integran el equipo de salud.

No obstante el programa está dirigido no solo a formar profesionales de la salud o especialistas de excelencia desde el punto de vista técnico, sino que fundamentalmente está encaminado a la formación de personas autónomas, con sentido de servicio público; personas con aptitudes pero a su vez con capacidad crítica, capaces de anticipar, impulsar procesos de cambio en diversos órdenes de la vida social, lo que constituye un desafío no menor en tanto el modelo se amplía hacia la formación de sujetos líderes, ciudadanos responsables y participativos.

En coherencia con lo anterior, los valores que orientan este cambio, tienen relación con el resguardo de la calidad de la formación de los profesionales de la salud que egresan de la Facultad de Medicina de ésta Universidad. Junto con ello ocupa un lugar relevante el compromiso con las necesidades del país, la participación responsable e informada, la autonomía, la gestión del conocimiento, la equidad, inclusión y diversidad, principios ordenadores de éste proceso y de este modelo.

Las características del modelo basado en competencias

Ahora bien, respecto de este punto en primer lugar cabe destacar que el aprendizaje está centrado en el estudiante. El desafío de innovar o de modernizar la formación de los profesionales es un reto no sólo para académicos, autoridades, sino también para estudiantes, quienes deberán enfrentar nuevos contextos.

La formación orientada a las competencias, contempla capacidades genéricas. Estas, dicen relación con aquellas habilidades requeridas para desenvolverse en distintos contextos. A modo de ejemplo en el ámbito de trabajo en APS se torna de vital importancia potenciar habilidades como liderazgo, comunicación efectiva, capacidad de anticiparse a los cambios, destrezas que el país está exigiendo.

A su vez contempla nuevas estrategias metodológicas para el ejercicio de la docencia y la evaluación, puesto que implica desarrollar en el estudiante un saber actuar de manera pertinente en distintas situaciones.

Se suele pensar que la más alta competencia del profesional de la salud, debe estar en el ámbito hospitalario o de la súper especialidad; sin embargo las necesidades de salud se encuentran en todo contexto. En razón de ello, durante los últimos años se ha puesto mayor énfasis en el ámbito de la promoción y de la prevención de la salud, lo que había sido postergado en todas las carreras, privilegiando la atención hospitalaria y de alta complejidad en desmedro de la promoción y prevención de la salud. El tomar conciencia de ello ha permitido identificar una necesidad país, y orientar la formación de profesionales enfocándose en éstas áreas, situación que ha dado origen al proceso de innovación curricular, utilizando distintas situaciones y contextos y enfrentando los problemas propios de la profesión y de la ciudadanía.

Ello ha implicado dar un paso más allá, salir hacia la comunidad, para lo cual el estudiante ha debido movilizar y seleccionar una serie de recursos o herramientas, como los conocimientos adquiridos antes y durante la universidad.

En este sentido se valora el conocimiento previo que trae cada uno desde la educación formal en el colegio o liceo, así como sus experiencias actuales de vida al interior de la universidad, puesto que tienen relación con sus contextos, redes o equipos que integran y que incluye por lo demás el aspecto ético, componente inseparable de cualquier formación profesional. Terreno fértil a partir del cual la universidad pretende imprimir un nuevo sujeto que se encuentre en condiciones de fundamentar la toma de decisiones y acciones propias, haciéndose cargo de éstas y

de su impacto en los usuarios, equipos de salud, comunidad y país.

Es pues en este sentido, donde la innovación curricular impulsa el uso de conceptos nuevos, diferenciando hoy "malla curricular" de "plan de formación". Plan de formación que obedece a un conjunto de actividades curriculares organizadas sistemáticamente y que conducen a la obtención de un grado académico y/o de un título profesional que incluye las actividades finales de titulación o graduación.

Es en este plan de formación donde se ordenan las actividades curriculares y es ahí donde la Facultad asume el desafío de corregir una deficiencia respecto de las acciones de promoción y de prevención en salud, instalando de manera progresiva y secuenciada las actividades curriculares a través de toda la formación profesional.

Por su parte el concepto de "malla curricular" obedece simplemente a una representación gráfica del plan de formación, casi como una fotografía que permite visibilizar de manera global una estructura. En contraposición a ésta, es el plan de formación el que le da la secuencia, el orden, la progresividad que tiene la adquisición de las competencias, teniendo como meta final el perfil de egreso, el que se define para cada profesión.

Plan de formación vinculada a la adquisición de competencias de salud comunitaria en tres carreras de la salud de la Facultad de Medicina

A continuación se explica el tiempo de dedicación otorgado a las actividades curriculares en el plan de formación.

Este levantamiento de información fue realizado en el contexto del proyecto Mecesup 1410. Análisis cuantitativo que destaca el tiempo asignado a la adquisición de competencias de los estudiantes. No incluye un análisis cualitativo, éste constituye un desafío posterior.

Las actividades curriculares que se estudiaron fueron tres. La primera tiene relación con aquellas que se desarrollan en el contexto de la atención primaria y salud familiar. Se realizó una revisión de los programas entre primero y quinto año de las carreras de enfermería y obstetricia y entre primero y séptimo año de la carrera de medicina. Se examinó cada uno de los programas del plan de formación exceptuando los cursos individuales como salud comunitaria, salud familiar o equivalentes.

En medicina por ejemplo, se exploró cada programa, no importando si éste fuese de Biología, Anatomía o de Introducción a la Profesión Médica, ello porque se entiende que existen competencias genéricas, tales como liderazgo, comunicación efectiva, trabajo en equipo que pueden ser adquiridos de manera secuencial en los cursos.

De ésta manera el estudio buscó en primer lugar situaciones de aprendizaje que pudiesen haber facilitado un efectivo encuentro entre el estudiante y paciente, en el contexto de un centro de salud familiar de atención primaria. Ello incluyó actividades tales como atención en box, consejería, estudios de familia u otras.

En segundo lugar, buscó actividades que tuviesen relación directa con la salud comunitaria; situaciones o intervenciones planificadas en base a problemas y a necesidades de la comunidad, con la participación real de sus miembros. Entre éstas figuran diagnósticos participativos, propuestas e implementación de actividades comunitarias.

Finalmente se exploraron habilidades facilitadoras para el trabajo en el ámbito de la salud comunitaria, mediante situaciones que permitiesen desarrollar ciertas destrezas, claves para el trabajo en equipo y habilidades para la comunicación efectiva.

Los resultados

Estos tres grandes grupos se revisaron en cada uno de los programas. Como resultados, se encontró que el plan de formación de la carrera de obstetricia y puericultura, durante el primer y segundo año, vigente al periodo 2015, no desarrolla ninguna actividad en el contexto de la atención primaria.

Solo a partir del tercer año del plan de formación se comienzan a incorporar de manera progresiva y con un 10% del tiempo de dedicación actividades en la atención primaria, que en cuarto año aumentan a un 14% y en quinto a través de la práctica profesional a un 28%.

Por su parte la salud comunitaria está intencionada a lo largo de todo el plan de formación desde primero a quinto año, en porcentajes distintos, un 8% en primer año, un 6% en segundo año, un 10% en el tercer año y un 14% en cuarto nivel.

Finalmente, cabe destacar que en quinto año, en la práctica profesional, los estudiantes dedican un 57% del tiempo a su formación en habilidades tales como trabajo en equipo, comunicación efectiva y liderazgo.

En lo que se refiere a la carrera de enfermería el escenario es similar; existen actividades desde primero a quinto año en el contexto de la atención primaria, de acuerdo a distintos porcentajes de participación y también con una representación importante de dedicación en la práctica profesional.

Respecto de la salud comunitaria, en algunos niveles hay actividades en otros no. Sin embargo en general está instalada en todo el plan de formación, lo mismo que las habilidades generales, actividades que propenden al logro de éstas competencias en los estudiantes de enfermería.

En lo concerniente a medicina, específicamente en el ámbito de las prácticas en APS, en primer año no hay nada, aparece alguna dedicación horaria tímidamente en el segundo nivel. Aumentan en el tercer nivel ya no tan tímidamente y en el cuarto desaparecen. Posteriormente se siguen instalando de manera progresiva hasta el séptimo año, momento en que los estudiantes finalizan su formación.

Los últimos niveles, sexto y séptimo también corresponden a la práctica profesional o internado, con un nivel global de instalación de un 13%, a un 14% a lo largo de la formación de la carrera.

En lo que respecta a salud comunitaria, representa una preocupación puesto que no existe dedicación horaria. Situación que constituye un desafío para quienes elaboran planes y programas y la comunidad universitaria en su conjunto.

En habilidades para la salud comunitaria, hay una instalación de habilidades a través de distintos cursos. A modo de ejemplo lo que es liderazgo o trabajo en equipo se imparte en cursos de formación general, en módulos interdisciplinarios de forma progresiva durante la carrera.

Finalmente, es importante compartir este tipo de resultados y que se conozca el proceso de innovación curricular que ha desarrollado ésta facultad; como se está formando a los profesionales de la salud en el ámbito de la atención primaria y la salud comunitaria y que constituye el núcleo del proyecto MECESUP que se ha dado a conocer en el transcurso de esta jornada.

PROFESIONALES QUE REQUIERE LA APS EN LA ACTUALIDAD

Carmen Donoso, Pdta. Consejos de Desarrollo Local de Salud, comuna de San Bernardo

Soy Carmen Donoso, presidenta de la Unión Comunal de Consejos de Desarrollo Local de la comuna de San Bernardo, tengo 30 años de experiencia como dirigente social, lo que me hace tener una mirada bastante amplia en temas comunitarios. Y que represento a una comuna pobre con una población aproximada de 350.000 habitantes.

Fui invitada a esta jornada para exponer acerca de ¿qué profesional queremos nosotros, los que ustedes los profesionales de la salud llaman "usuarios"? Les debo decir que a nosotros "Los usuarios", nos carga que nos llamen así, suena mercantil, usuario es alguien que no tiene nombre, es una ficha o un número de registro cualquiera, es un número de cuenta de cualquier compañía que presta servicios es alguien sin rostro, sin facciones, una carpeta o un archivo en un computador.

Nos gustaría que nos vieran como personas, para que se nos tratara de esa forma, como personas, que sentimos, que sufrimos, que tenemos necesidades y necesitamos contención.

¿Qué modelo de salud queremos?

Un modelo que llene nuestras expectativas, que dé respuesta a nuestros requerimientos, que sea resolutivo, rápido sin tanta burocracia. Sé que muchas veces estas necesidades no son tenor de ustedes los profesionales, que son las autoridades quienes deben velar por el cumplimiento de las políticas de salud para quienes se atienden en el sistema público en sus diferentes grados.

¿Qué clase de profesional queremos?

¿Qué clase de profesional queremos?
Uno empático, que tenga buen trato, acogedor, cariñoso, amable, que por lo menos salude, mire a quien tiene enfrente, que entienda que la mayoría de las personas que llegan al sistema público de salud, es porque no tiene otra opción, porque sus recursos económicos no le permiten atenderse en el sistema privado.

Es ahí que cuando se escucha la palabra "usuario", los que estamos del otro lado, los que no usamos un delantal blanco ni un estetoscopio al cuello, entendemos el por qué del trato tan frío, tan impersonal. Usuario es el de la compañía de teléfono, la compañía generadora de electricidad, a la que solo le importa dar un servicio bueno, regular o malo y después cobrar la factura, la que uno paga en cualquier centro de pago y ya está. Ninguna de estas grandes empresas sabe, ni conoce el rostro ni las necesidades de sus usuarios, no saben si tienen hambre, frío, si su salud es compatible con el trabajo que desempeñan para reunir el dinero para pagar sus cuentas.

Es por eso que en el sistema de salud, nos carga que nos llamen de esta manera tan despectiva.

¿Qué profesional queremos?

Queremos un profesional que tenga las competencias biomédicas que adquirió en sus años de preparación universitaria, pero también que tenga el conocimiento biopsicosocial, para que cuando alguien llegue a verlo a la consulta,

perdón al box (se me olvida que la salud es sectaria y segregadora, que todo depende de la cantidad de recursos que se tenga al momento de solicitar atención), que al llegar al box, sea saludado por el profesional, escuchado, contenido, que le hablen y expliquen en palabras simples, sin tantos tecnicismos, que entienda que no todas las personas tienen la educación ni la comprensión para entender y seguir las instrucciones de su tratamiento.

Un profesional que se preocupe preguntar si la persona tiene los recursos necesarios para comprar un medicamento que no está en la canasta que ofrece el sistema público. Que se preocupe de saber si la persona sabe leer, para poder seguir las instrucciones dadas por el profesional, o si tiene a alguien que le lea la receta, porque no todas las personas han tenido la oportunidad como ustedes o yo de acceder a la educación.

¿Qué solicitaríamos los "usuarios"?

Solicitamos que como parte de la malla curricular en las universidades se enseñara la ley de "Derechos y Deberes" a los futuros profesionales, a todos sin excepción, del paciente o usuario hacia el profesional y viceversa.

Que también se lleve a los estudiantes de medicina a conocer la verdadera realidad que se vive en los diferentes centros de salud del país, donde se aprecian las malas condiciones en el que trabajan muchos profesionales, que hay centros que se construyeron para atender 30.000 personas y en la actualidad atienden a 42.000 debido al incremento de la población tanto nacional como de inmigrantes, que hay falta de insumos, de medicamentos, pero que también hay muchos profesionales que día a día se levantan a entregar lo mejor de sí, porque entienden que atienden a personas que no tienen ninguna otra opción de atención.

También que haya trabajo comunitario, que los profesionales trabajen en conjunto con la comunidad, porque es ésta quién sabe en detalle donde está la necesidad de la gente, conoce las determinantes sociales que rodean al territorio, conoce la necesidad y la pobreza encubierta de los vecinos. Ej: Es la comunidad quien conoce donde vive La Señora Juanita, que vive sola, que tiene más de 70 años, que tiene problemas de desplazamiento, que no sabe leer, que vive en una casa habitación de material ligero y con una pensión estatal, que no le alcanza ni para las necesidades más mínimas y que por lo tanto si le recetan un medicamento que no está en la canasta de prestaciones de la APS. Tendrá que optar por comprar la receta o los víveres para su alimentación o la calefacción de su precario hogar.

Queremos que ustedes sepan que el trabajo comunitario es más que una meta sanitaria por el cual los funcionarios reciben un incentivo o que es solo es una estadística que se debe cumplir, el trabajo comunitario es sentir el clamor de la gente, escucharla y en conjunto buscar las soluciones a las necesidades.

Que es muy importante terminar con las tremendas brechas que hay entre la comunidad y los denominados "Diostores", quienes en muchas oportunidades suelen ver al usuario de manera vertical, como alguien sin ninguna pertinencia social, ni empoderamiento alguno. Y por favor que se entienda que no estoy hablando de las competencias que les ha dado a ustedes tantos años de estudio en la universidad, está claro que nosotros nos las tenemos y que ustedes los futuros profesionales sí.

¿Qué debe primar en la atención?

DDebe primar el compromiso político social, el que sé que en esta etapa no es tenor de ustedes los futuros profesionales, pero sí de quienes tienen el poder de generar cambios contundentes y decisivos en las políticas de salud y que porque no puede ser que uno de ustedes el día de mañana tenga este poder de decisión. Basta ya de políticas cortoplacistas que solo favorecen al gobierno de turno y a un grupo definido de personas, que no siempre son las más vulnerables y las más necesitadas de nuestro país.

En la jornada nacional de salud que hubo en octubre del año 2016, donde nos reunimos personas desde Parinacota a Punta Arenas, en la cual habían muchos funcionarios de salud, médicos, matronas, Seremis, La Ministra de Salud, autoridades varias y nosotros los dirigentes sociales, la otra cara de la medalla, algo que me quedó dando vueltas y que se mencionó ahí, que lo que dificulta la participación social es que "Faltan profesionales, asistentes sociales, médicos con calle", y que ellos debieran ser los encargados de hacer el nexo entre la comunidad, las autoridades y todos los funcionarios de salud, pero que para eso debe existir la voluntad de querer hacerlo, que no se entiende la resistencia que hay en generar las instancias para realizar un trabajo mancomunado donde la única misión sea el propender entre todos el mejorar la salud que está bastante enferma, que es necesario derribar las barreras existentes hoy en día para esta labor comunitaria.

Que hace tiempo habían funcionarios de salud quienes "visitaban" a la gente en sus hogares, los que sabían dónde y cuál era la necesidad de las personas, ahora es al revés el "usuario" debe ir al box a contar sus problemas al profesional, siempre y cuando se pueda agendar una hora de atención. Así como esto, son muchos los cambios que ha sufrido el sistema público de salud que lo único que ha hecho es agrandar más la inequidad y la brecha en la atención del sistema público.

También en dicha jornada, se habló de los egos personales "Yo tengo el mando, yo hago y deshago, yo tengo el poder, mi palabra es ley". Y no siempre es así. Es así cuando no se escucha la voz de la comunidad, cuando son unos pocos los que deciden sin prestar oídos a la verdadera necesidad de la gente. Entonces, si me vuelvo a formular la pregunta de ¿Cuál es el profesional que necesitamos? La respuesta seria: un profesional que tenga bien guardado su ego personal bajo su blanco delantal, un profesional que entienda que el trato hacia el paciente no se aprende en la universidad, un profesional que mire al paciente a los ojos y le hable sin tantos tecnicismos, un profesional que humanice la atención, un profesional que sepa cuál es la diferencia entre "cliente y paciente", un profesional que sepa que tantos años de estudio no son para torturar y asustar al paciente. En fin el profesional que necesitamos es aquel que cada uno de ustedes está llamado a ser, una persona enamorada de su profesión.

PANEL 4:
EXPERIENCIAS DE INNOVACIÓN EN DOCENCIA EN APS.

EXPERIENCIA MÓDULO INTEGRADO INTERDISCIPLINARIO MULTIPROFESIONAL (MIIM)

Mónica Espinoza. Académico Escuela de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

A continuación se presenta la experiencia MIIM, - Módulo Integrado Interdisciplinario Multiprofesional - desarrollada en la Facultad de Medicina, en el marco del proceso de innovación curricular que se implementara a partir del año 2009 a la fecha.

Desde hace un tiempo se esperaba que ésta experiencia se implementara en todas las carreras de la salud, sin embargo sólo se implementó en dos: Obstetricia y Kinesiología.

Hacia el año 2013, el proyecto se ejecutó en otras seis carreras de la salud, cuyo propósito central como lo describe el objetivo general del curso, se dirigía a que los estudiantes se vincularan entre sí, para favorecer el desarrollo del trabajo en equipo y colaborativo entre las distintas disciplinas.

De esta manera se potenciaría el trabajo en equipo, la integración multidisciplinar, adquiriendo un concepto de salud integral.
Cabe destacar que la ejecución de cursos con estudiantes de la salud multidisciplinar es altamente relevante porque responde a un déficit que presentaba el perfil de egreso de las carreras de la salud.

Se visibilizaba ésta necesidad o déficit que presentaban los estudiantes al egresar. Frente a ello permanentemente sobrevenía la pregunta: ¿cómo lograr que los estudiantes se insertarán en un equipo de salud que pudiese responder efectivamente a las demandas de salud que presentaban las personas?

En este escenario se pensó en una propuesta, lo que no ha sido un proceso fácil, dada la propia complejidad en avanzar en un proyecto con éstas características. Sin embargo, se propuso a través de este Módulo – MIIM - desarrollar habilidades para el trabajo colaborativo e interdisciplinar.

A continuación, se describirá la experiencia actual. Más tarde se podrán formular las preguntas necesarias para la clarificación de este proceso.

El primer “gran curso MIIM” se ha denominado “mega curso”, porque tiene 500 estudiantes en un mismo y único programa; es el segundo en integración curricular. El primero se constituye un año antes con 700 estudiantes. Primer MIIM donde finalmente los estudiantes de 7 carreras se encontraron en este espacio.

Cabe destacar que la carrera de Medicina por un tema curricular decidió implementar el MIIM en el 10° semestre, por lo tanto ese año solo se integraron las 7 carreras exceptuando Medicina. Sin embargo al año subsiguiente se integraron las 8 carreras, experiencia actual y de la cual se dará cuenta en ésta presentación.

Lo que los estudiantes deben realizar, una vez convocados es llevar a cabo un diagnóstico de necesidades educativas de salud, en una comunidad determinada.

Se entiende por comunidad como: “cualquier espacio donde las personas se tienen que vincular y establecer relaciones con otros, al mismo tiempo que satisfacer necesidades educativas en salud”. En ese espacio, que puede ser por ejemplo un CESFAM en Atención Primaria o una Facultad, Colegio, u otros, se potencia el desarrollo de competencias y el trabajo en equipo colaborativo. Se adquiere un compromiso social tendiente a la inclusión y se ponen en marcha habilidades como el respeto por la diversidad, potenciando competencias para el trabajo en equipo multiprofesional, lo que constituye el núcleo central del proceso. Aprender a trabajar en equipo es el “foco” del curso, puesto que es lo que les permitirá vincularse con otros.

Es fundamental instalar estas competencias hoy, antes de que ingresen al mundo laboral, para que en un futuro puedan trabajar en equipo de manera efectiva y así brindar una atención de calidad a los pacientes.

Curricularmente se imparte un MIIM 1 en el tercer año de las carreras, hacia el 5to semestre. Es un curso aula que tiene el propósito de desarrollar un trabajo en equipo; ahí se generan una serie de dinámicas “que obliga” a interactuar con otras disciplinas, como por ejemplo: resolver una situación de salud. El desafío consiste en cómo cada estudiante desde su mirada, desde su especificidad, se implica en la tarea para resolver esa situación de salud.

En forma posterior se imparte un segundo curso MIIM en cuarto año, hacia el 8vo semestre de todas las carreras. Tiene una complejidad mayor puesto que lo que se espera en términos de objetivos, es que los estudiantes aprendan además del trabajo en equipo a relacionarse con la comunidad, insertándose directamente en la población con la cual van a trabajar.

Curricularmente, MIIM 1 tiene 5 créditos, un crédito en facultad equivale a 27 horas. La suma total de estos créditos arroja como resultado 135 horas de trabajo. MIIM 1 no tiene requisitos, no se les exige a los estudiantes otros cursos disciplinarios en calidad de pre – requisito. Sin embargo, para cursar MIIM 2 el estudiante debe haber aprobado MIIM 1.

Al respecto se mantuvieron varias discusiones curriculares, puesto que la inquietud que motivaba éstos cuestionamientos tenía relación con una preocupación: ¿cómo dar cuenta de que el estudiante continuara avanzando? En relación a este aspecto cabe señalar, que al cambiar los perfiles de egreso con la innovación curricular, se abre la posibilidad de que el estudiante pueda progresar aun habiendo reprobado en un área particular, situación que se extiende al MIIM, facilitando de ésta manera el proceso de aprendizaje para cada estudiante.

Resumiendo

En síntesis y para una mayor comprensión, se hace necesario destacar algunas ideas centrales del MIIM.

Se define el MIIM como un sistema de alta complejidad en tanto se compone de dos módulos MIIM 1 y MIIM 2, con un número importante de estudiantes, 700 en el MIIM 1 y 500 en el MIIM 2.

Respecto de la metodología de trabajo, cabe destacar que existe un equipo coordinador que lidera la propuesta y construye el programa. Este equipo coordinador está conformado por un académico representante de cada una de las 8 carreras, más un representante del Instituto de ciencias biomédicas. A su vez se cuenta en forma periódica con la retroalimentación de la unidad de docencia que evalúa el programa en términos curriculares y una psicóloga que apoya todo el proceso, retroalimentando a los profesores.

Actualmente se cuenta con un proyecto inter – facultades del que participan todas las facultades de la Universidad de Chile. Departamentos como el departamento de Atención Primaria y Salud

Familiar y otras organizaciones como el programa MAS de Recoleta que trabaja con adultos mayores.

Esto significa que tenemos 48 equipos de estudiantes, cada uno constituido por las 8 profesiones; equipos conformados aproximadamente por 8 a 10 estudiantes. 48 equipos simultáneos que están trabajando en las Facultades, en la Atención Primaria, y en otros grupos como el programa MAS.

Ello implica que existen 33 profesores encargados, un equipo coordinador, y una secretaria de MIIM.

Actualmente estos cursos son elaborados con los estudiantes, lo que da cuenta una vez más de la complejidad para dar respuesta.

Las primeras versiones del MIIM, no fueron bien evaluadas, dado que a los estudiantes no les hacía sentido. Ha sido un gran desafío tratar de reconstruir una propuesta que sea efectiva para los estudiantes, que sientan que es significativa la experiencia y que contribuya a sus procesos de aprendizaje en tanto aprendan a desarrollar competencias para el trabajo con personas.

Es la primera vez que los estudiantes se encuentran y se interiorizan respecto de lo que hacen otras disciplinas, profesiones, cuál es el perfil, a qué responde, como se tienen que vincular.

A partir de ésta experiencia se han implementado una serie de experiencias metodológicas, como por ejemplo que los estudiantes asuman el rol de otra profesión, con el objeto de que puedan entender, empatizar con la profesión del otro.

Se ha tenido que revisar evidencias de otras experiencias innovadoras y desplegar la capacidad creativa a fin de propiciar un aprendizaje significativo. En otras palabras desarrollar aquello que se espera que se instale en los propios estudiantes.

A modo de ejemplo que los estudiantes de la Facultad de Medicina, se vinculen con otras facultades, en los centros de estudiantes, realicen un trabajo colaborativo, en equipo, hagan levantamiento de demandas, de necesidades de salud con el objeto de implementar “ferias de salud” en distintos espacios, acordes a las necesidades educativas de la población.

De esta manera los estudiantes van a la Facultad de Agronomía, de Ingeniería, de Arquitectura; a todas las Facultades que tiene la Universidad de Chile, se integran a los centros de estudiantes, con los administrativos y hacen un levantamiento de necesidades. Para el logro de este objetivo deben diseñar algún instrumento que les sea útil para levantar esas demandas; lo que conlleva a su vez un monitoreo de todo el proceso. Luego implementan las “ferias de salud” en relación a los resultados obtenidos.

Como se observa, de alguna forma se está en la búsqueda constante de diversas metodologías que puedan responder a aquello que se pretende instalar: que se realice una intervención en una comunidad y que se reflexione acerca del proceso de trabajo en un equipo multiprofesional.

Finalmente los estudiantes deberán dar cuenta a través de una presentación de un informe final, del proceso transitado en las distintas Facultades o centro de salud de la atención primaria u otros espacios recorridos.

Recientemente se ha accedido a las evaluaciones del MIIM 1, curso que ha contado con un número de 700 estudiantes, lo que equivale a 70 secciones o cursos pequeños, para las cuales cada sección cuenta con un profesor distinto a cargo del curso.

El desafío conlleva la estandarización y unificación de criterios a través del ejercicio docente.

En este sentido, se espera que los profesores cuenten con habilidades para el trabajo en equipo, además de otras competencias para el ejercicio de la docencia, puesto que los profesores

son modelos para los estudiantes; debe existir coherencia entre lo que se enseña y lo que se hace, lo que deriva en otra responsabilidad para ésta coordinación: la habilitación de docentes para ésta actividad.

Hoy en día, se requiere seleccionar a un número importante de profesores que efectivamente se encuentren en condiciones de responder a las demandas requeridas, con especial énfasis en la atención primaria de salud. Ello en el entendido que los desafíos actuales conllevan distintos niveles de complejidad, toda vez que los estudiantes deben aprender a trabajar entre ellos, a vincularse con el equipo de salud a fin de responder a las necesidades en salud de cada persona.

En atención a estos procesos descritos, se finaliza el MIIM 1 con buenos resultados. Evaluación ejecutada por los estudiantes de las distintas carreras.

La evaluación que se administra en la Facultad es de 1 a 4 y en varias dimensiones. La evaluación final de MIIM 1 obtuvo un promedio de 3,1; lo que confirma una muy buena evaluación. No obstante, existe el reto de mejorar en innumerables aspectos. Uno de éstos tiene relación con el ejercicio de la docencia. Mejorar, conlleva el desafío – entre otros aspectos - de formar profesores con competencias.

Se ha observado que cuando los estudiantes han tenido tutores o profesores que les han acompañado, enseñado, retroalimentado, el proceso ha sido significativo para los jóvenes. Pero cuando no se cuenta con éstas competencias, los estudiantes han sentido que su proceso no ha sido significativo.

Este hecho explica – al mismo tiempo - la evaluación simultánea de distintos proyectos MIIM cuyo objetivo apunta a revisar la experiencia desarrollada por los estudiantes en los distintos lugares donde se ejecutó. El objeto final es lograr trasmitir de mejor manera la experiencia, para alcanzar finalmente los objetivos del programa: que los estudiantes aprendan a trabajar en equipo y en y con la comunidad, lo que imprime una manera distinta de vincularse con el medio y con cada paciente.

Paralelamente se está trabajando en un proyecto colaborativo con la Universidad de Emol en Estados Unidos, precisamente para evaluar la experiencia MIIM. Ya se ejecutó la primera obtención de información de parte de los estudiantes, previo al inicio del curso. En forma posterior se ejecutará una segunda obtención de datos.

Al mismo tiempo, se ha realizado la presentación de este programa con la finalidad de postular a un proyecto. Se busca con ello sistematizar la experiencia para mejorar los procesos a través de la evidencia.
En este sentido un aspecto a destacar tiene relación con el alto grado de motivación de los estudiantes, quienes descubren que este espacio de encuentro con otras carreras de la salud, les ha permitido acceder a una mirada más amplia en relación al ejercicio de cada una de las profesiones, lo que adquiere un nuevo sentido para su propia especialidad.

Finalmente para los docentes participantes del programa, el reto es lograr las mejores estrategias metodológicas, los mejores sistemas de evaluación y los mejores escenarios para que los estudiantes aprendan a brindar una atención desde ésta otra mirada, más cálida, más integral y más humana.

EXPERIENCIAS DE INNOVACIÓN CURRICULAR EN DOCENCIA: 4to AÑO MEDICINA CON LA ASIGNATURA MEDICINA FAMILIAR I

Jhonny Acevedo, Académico Depto. Atención Primaria y Salud Familiar

A continuación se expone el diseño de la asignatura de Medicina General Familiar I (MGF I), innovación curricular que se implementa a partir del primer semestre del año 2016 para 220 alumnos de la carrera de Medicina de 4to año. Esta innovación viene a reemplazar la asignatura Integrados II de 5to año de Medicina, diseñada y ejecutada por el Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina, en forma previa a esta innovación curricular.

El equipo académico de ésta asignatura, está compuesto en general por profesionales del área de la salud pública. Dentro de este grupo existe un número de docentes salubristas y especialistas en gestión; profesionales de diversas disciplinas como la matronería, enfermería, trabajo social, psicología, medicina generalista y medicina familiar; es decir se cuenta con un equipo multidisciplinario dedicado al ejercicio de la docencia para esta materia.

Medicina General Familiar I, es un ramo de carácter obligatorio dentro de la malla curricular. Cuenta con 4 créditos y se ejecuta durante el primer semestre de cada año, constituyéndose como pre – requisito de Medicina General Familiar II (MGF II).

Cabe destacar que la co – construcción o diseño de esta asignatura y en general de la malla curricular actual de la carrera de Medicina, ha sido producto de un proceso de trabajo intenso en la Facultad, donde han participado distintos profesionales, académicos y estudiantes de la carrera de medicina.

La reflexión en este espacio curricular ha circulado en torno al contexto actual de la salud país y en particular en torno a la salud pública, en tanto tiene orientaciones políticas claras desde la OMS; donde la Atención Primaria en Salud (APS) y la configuración de redes integradas juega un rol fundamental como elemento base, articulador y central dentro de la salud pública del Estado, de las regiones y comunas en particular. En consonancia con ello, la Facultad ha hecho propias estas orientaciones, lo que constituye un acontecimiento significativo para la APS.

Si bien, el país lleva en promedio entre 30 a 40 años promoviendo la instalación del Modelo en Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario, queda claro que éstas transformaciones son graduales y lentas, donde las universidades han jugado un rol particular en el proceso formativo. En este sentido, se presenta esta innovación curricular que asume ésta orientación, lo que constituye un hecho relevante puesto que está en consonancia con el contexto y acontecimientos del país.

En la construcción de los programas de ambas asignaturas (MGF I y II), el equipo de académicos y profesionales del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, fue guiado y acompañado por los asesores curriculares de la Facultad de Medicina. El equipo en general, se inspiró en todo momento por un principio inclusivo que ha permitido la participación de todos aquellos que han querido estar y aportar en este constructo de innovación académica, donde los estudiantes no estuvieron ajenos.

No obstante ello, éste recorrido ha sido largo, lo que ha durado en promedio un año de trabajo, manteniendo reuniones con una frecuencia de una vez por semana, lo que da cuenta de la dificultad que conlleva “abrirse a los cambios”, a un experiencia distinta, a una innovación curricular, y que es parte de lo que hace la Facultad

de Medicina hoy en todas sus carreras. Este es el derrotero que va siguiendo la construcción de una malla renovada para conseguir un fin determinado, proyectándose en todo momento hacia el futuro.

Generalidades del desarrollo del curso

La asignatura es obligatoria, presenta un currículum basado en competencias, guiado por el perfil de egreso de nuestros estudiantes, por lo tanto está centrado en competencias y sub - competencias, diseñado en dos grandes unidades: 1) Atención Primaria en Salud y 2) Salud Familiar. Ambas unidades contemplan pasantías en Centros de Salud familiar de la APS y por lo tanto evaluaciones de lo realizado en estos.

El propósito formativo del curso, tiene relación con que el estudiante aplique el modelo biopsicosocial para abordar de manera integral, el desarrollo de una enfermedad/problema, en sus distintos niveles de intervención, tanto a nivel individual, familiar y colectivo en la APS.

Se conecta con Medicina General Familiar II y también con Diagnósticos de Situación de Salud, ramo innovado de la Escuela de Salud Pública y con todas aquellas asignaturas que tienen dominio clínico.

Aporta a la formación de los estudiantes en el enfoque clínico integral, donde la familia y la comunidad ocupan un lugar preponderante; mirada que se profundiza en el desarrollo de la asignatura de Medicina General Familiar II.

Respecto de los indicadores de logro, la unidad I de APS contempla 8, los que tienen relación con la instalación de competencias que les permita reconocer las características de un Centro de Salud Familiar, como se organiza, cuál es su misión, quienes lo componen y como se trabaja en equipo. Estos indicadores también deben permitirle al estudiante canalizar los problemas de salud prevalentes en la APS, problemas que existen hoy en el territorio donde se emplaza el Centro de Salud Familiar (CESFAM), análisis que se debe realizar a la luz de los determinantes sociales de la salud a nivel local. Además, se espera que aprendan a reconocer la red asistencial y el rol que juega la Atención Primaria en Salud en ésta, las características de los sistemas de salud basados en la APS, la estrategia de APS y los programas que emanan de ella, como una práctica útil y necesaria para el abordaje e intervención en salud con enfoque integral, familiar y comunitario.

La unidad 2 contempla 11 indicadores de logro, los que están fundamentalmente centrados en el análisis de la familia desde la perspectiva sistémica como unidad de atención en la APS. Por lo tanto se espera que analicen la problemática familiar, mediante la identificación de factores protectores, factores de riesgo, tanto a nivel individual, como familiar y a través de la revisión de casos clínicos. Que estudien la estructura y dinámica familiar, así como las posibles modalidades de intervención.

Cabe destacar que el proceso de ejecución de la unidad 1 contempló algunas actividades importantes que inspiraron el desarrollo posterior de las sesiones de trabajo. Al comienzo se realizó un taller donde se analizaron las expectativas de los estudiantes respecto de la asignatura. Recogidas en cada sesión, se sincronizaron en forma posterior con los objetivos y contenidos de la asignatura. Esta actividad permitió a su vez analizar el ideario médico que los estudiantes de 4º año presentaban, a fin de contrastarlo con la realidad; experiencia que en forma posterior fue acompañada de un panel de expertos compuesto por dirigentes sociales como Carmen Donoso y Cecilia Cuevas, de las comunas de San Bernardo y Pedro Aguirre Cerda, quienes presentaron su propio ideario respecto del rol del Médico y de su ejercicio en la Atención Primaria, en el Chile de hoy.

Otra instancia relevante se organizó en torno a las exposiciones del Dr. Patricio Hevia y del Dr. José Luis Contreras, ambos salubristas, gestores, con una sobresaliente trayectoria profesional, quienes trasmitieron su experiencia e invitaron a un diálogo reflexivo en torno a la realidad histórica y futura de la APS en Chile. El Dr. Hevia participante activo de la historia de la Atención Primaria en Chile, destacó entre otros aspectos, la organización de las farmacias populares antes del año 1973, señalando que la estructuración actual y de connotación pública, obedece a procesos históricos ya vividos, resignificando este hito desde la historia país.

Es preciso mencionar que la asignatura contempla el desarrollo de talleres de trabajo de modo simultáneo, donde participan en promedio 16 docentes, cada uno a cargo de un grupo de 12 estudiantes fijos por taller. Estos talleres planificados, revisados y sancionados por el equipo docente, se constituyen en un lugar predilecto para el análisis de diversas temáticas y aplicación práctica de contenidos. A modo de ejemplo, en este espacio se analizó la importancia de la Atención Primaria en Chile, sus fortalezas y debilidades. Otro taller interesante fue el de trabajo en redes, donde se analizó la resolutividad en la atención de salud.

Se hace necesario subrayar que cada taller ha sido creado por los académicos, tanto la estructura de la sesión en base a situaciones inspiradas desde la realidad cómo la presentación de casos clínicos y la redacción de documentos teóricos.

El taller de redes por su parte, dejó en evidencia que a los estudiantes de 4° año de Medicina les fue complejo comprender el concepto de resolutividad de la atención, desde cómo opera, cómo se ejecuta, cómo se gestiona y cuáles son los impactos sanitarios en la población.

Otras actividades giraron en torno a seminarios de casos clínicos a través de distintas rotaciones en los CESFAM, fundamentalmente para que conocieran la estructura organizacional, el funcionamiento del centro de salud, de los sectores y otras unidades.

La unidad 2 centrada en la Familia, desarrolló los temas basados en casos clínicos reales, previa autorización, a través de talleres. En estos casos se trabajó el abordaje clínico del paciente y de la familia desde un enfoque biopicosocial. De ésta manera se dio comienzo a la unidad 2, desde lo más simple a lo más complejo, hasta desarrollar estudios de familia. La innovación en este ámbito tuvo relación directa con la instalación de competencias para la interacción y abordaje con familias. Para el logro de este objetivo, la mitad del grupo curso se trasladó al Centro de Habilidades Clínicas de la Facultad de Medicina, mientras que el resto de los estudiantes rotó en forma simultánea por los CESFAM en Atención Primaria.

En el Centro de Habilidades Clínicas se ejecutó un taller para la adquisición de competencias en entrevista clínica, mediante la observación de un video grabado por la Dra. Ruth Depaux, Médica de Familia de ésta Universidad, con una vasta experiencia en Atención Primaria. Se entregó un modelaje que sirvió como una pauta estructurada para el desarrollo de la entrevista clínica. En forma simultánea otros tutores clínicos supervisaron el desarrollo de una entrevista clínica con paciente simulado. Actividad importante para la instalación de éstas competencias; como ejemplo, actores profesionales representaron el caso de una madre con un lactante con síndrome bronquial obstructivo; otro de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 y un tercero de un paciente adulto mayor con hipertensión arterial; casos que se diseñaron en base a viñetas que deben representar éstos profesionales.

Esta puesta en escena requiere de un trabajo de coordinación exhaustiva en el Centro de Habilidades Clínicas, lo que comprende la organización de la actividad con estudiantes, pacientes simulados y docentes.

Aquí, los estudiantes trabajan en tríos, mientras

uno de ellos se encuentra en una sala con un tutor observando y analizando digitalmente y en vivo la entrevista clínica, otro estudiante analiza la entrevista que está desarrollando su compañero al paciente simulado, al lado del tutor clínico y donde ambos observan en sala espejo. El tutor, recibe a este estudiante, le explica en que va a consistir la experiencia y que debe observar dado que en forma posterior retroalimentará a su compañero, finalizando ésta intervención con la retroalimentación del tutor.

En consonancia con lo anterior es preciso subrayar que cada estudiante transitó en distintos momentos por el circuito descrito, rotando entre observación de entrevistas en sala de debriefing contrastando con pauta de entrevista, observación de entrevista en salsa en espejo y entrevistando.

Para este proceso, se diseñaron y efectuaron 3 entrevistas clínicas, una con enfoque biopsicosocial, que desarrolló uno de los tres estudiantes. La segunda se ejecutó para recoger información que permitiría evaluar el momento presente de la salud familiar y que direccionó un segundo estudiante. Finalmente se ejecutó una tercera entrevista que le permitiera al estudiante diseñar un plan de intervención, de manera que ese caso que los tres estudiantes observaron, siempre sería el mismo. En el diseño original, también se planificó una obra de teatro sobre visita domiciliaria integral, la que no se pudo presentar producto del paro posterior de los estudiantes, lo que obliga a flexibilizar nuestro plan de estudio.

Las pautas de entrevista clínica que se utilizaron fueron las pautas donde el paciente simulado o actor, evaluó las competencias y habilidades blandas de la entrevista y donde los docentes, tutores clínicos pudieron evaluar al estudiante de acuerdo al tipo de entrevista que ejecutó, retroalimentándolo de manera inmediata inmediata una vez terminada la entrevista.

Durante todo el proceso en que se ejecutó la asignatura, se cumplieron los 8 indicadores de logro de la unidad 1 y los 11 indicadores de logro de la unidad 2.

En relación a las estrategias metodológicas se realizaron dos paneles de expertos, se desarrollaron tres casos clínicos, se indicaron cuarenta lecturas obligatorias en promedio, todas ingresadas a la plataforma “aula digital” de nuestra Facultad, espacio virtual que coordina el Profesor Encargado de Curso (PEC).

Uno de los aspectos a mejorar tiene relación con la actualización de papers y lecturas bibliográficas, lo que a su vez constituye un desafío para el año 2017.

Se realizaron todos los talleres, se hicieron tres visitas guiadas al Cesfam y he aquí otro desafío, los estudiantes han sugerido realizar más actividades en los Centros de Salud Familiar de la Atención Primaria.

Se realizaron 2 videos los cuales estuvieron orientados hacia la entrevista clínica; uno como ya se comentó para el Centro de Habilidades Clínicas y otro que se trabajó al comienzo de la unidad 2, recursos pedagógicos que facilitaron la comprensión de las familias desde la perspectiva sistémica, y la forma de realizar una entrevista clínica.

De los resultados

Sin embargo a pesar del trabajo intenso se identificaron algunas deficiencias.

En la evaluación que realizó la Universidad a mitad del proceso referida a métodos de enseñanza, se obtuvo una aprobación general de la asignatura en torno al 70%, lo cual es muy bueno si se considera que es el 1º año que se imparte, considerando que existen en promedio 5 a 7 años para superar brechas de mejora.

Por su parte la gestión del ramo se aprobó en más de un 70%, lo que se circunscribió a la evaluación

de las salas de clases, al tiempo presencial y no presencial destinado a la asignatura, al sistema de comunicación con profesores; todo ello se valoró como adecuado.

Respecto al ámbito de la enseñanza, que tiene relación con que los contenidos se adecuen a su futuro quehacer médico y a la metodología utilizada, estuvo – en un momento - siendo relativamente apropiada, para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La forma de evaluación fue lo más crítico, puesto que se cuestionó las evaluaciones escritas al inicio de talleres de casos clínicos. A la vez, sólo un 50% refiere haber recibido retroalimentación de sus tutores respecto de los test que se les aplicaron. Las evaluaciones tienen relación directa con el nivel de enseñanza aprendizaje, sin embargo la opinión de los estudiantes estuvo referida al hecho de que las calificaciones – según su experiencia - no fueron objetivas y sólo medían memorización de temas. En este sentido, la propuesta de los académicos fue utilizar el método que se había utilizado en la malla curricular anterior en Integrados II, que consistía en realizar un test muy corto, el que debía ser resuelto por el estudiante en un tiempo breve, entre 15 a 20 minutos y que respondía al objetivo de "resguardar" el estudio por parte de los estudiantes. Sin embargo se argumentó que ésta modalidad no fue objetiva y que lo que se buscó en aquel momento, fue "memoria" y no "aplicación" de conceptos. Atendiendo a esta observación, se mantuvieron algunas evaluaciones y otras fueron innovadas de inmediato por evaluaciones de aplicación práctica con casos clínicos.

Lo más mal evaluado, fue el hecho de que en la biblioteca – según su experiencia - no se encuentra bibliografía "motivadora" y actualizada para la temática propuesta.

Otro aspecto poco valorado por los estudiantes, dice relación con la coordinación establecida con los Centros de Salud Familiar de la APS, donde sólo un 50% lo evaluó como eficiente, cuestionando la gestión y apoyo de algunos Centros de Salud Familiar.

Por último cabe subrayar que el costo estimativo directo e indirecto por el método de absorción de ésta nueva asignatura, alcanza a alrededor de los $11.030.000 en promedio, considerando mano de obra directa, materia prima directa, mano de obra y materia prima indirecta.

Propuestas de mejora

Tomando en consideración los elementos presentados, es necesario realizar una jornada con Directores y encargados de docencia de los Centros de Atención Primaria, dado que en cinco Centros de Salud seleccionados para este propósito hubo deficiencias, situación que influyó en la apreciación y motivación de algunos estudiantes para el desarrollo de la tarea en APS. Otro aspecto relevante, tiene relación con poder mejorar aspectos vinculados a la coordinación, fundamentalmente a la redistribución de tareas. Otros, se vinculan con el desarrollo de jornadas académicas a fin de optimizar el plan general de la asignatura, entre éstas mejorar la bibliografía, la coordinación con los Centros de Salud Familiar, la incorporación de casos para los respectivos análisis clínicos y sin lugar a dudas, la evaluación.

Se debe reflexionar como cuerpo académico respecto de algunas innovaciones en función de una óptima docencia que permita el logro de los objetivos propuestos en la formación de estudiantes de ésta asignatura, potenciando todo aquello que dio buenos resultados y mejorando las observaciones planteadas por los estudiantes.

SISTEMATIZACIÓN DE PORTAFOLIOS DEL INTERNADO URBANO DE MEDICINA

Constanza Bartolucci, Académico Depto. Atención Primaria y Salud Familiar

La presente exposición tiene relación con la experiencia que transitan estudiantes de Medicina de 6to año que se encuentran realizando el Internado de Atención Primaria Urbano.
Para contextualizar, es necesario señalar que los estudiantes que realizan este Internado en 6° año, transitan por una rotación de 4 semanas por distintos Centros de Salud Familiar (CESFAM). En éstos Cesfam, hacen atención clínica, trabajan con la comunidad, realizan turnos en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), observan el funcionamiento del Centro de Salud, su gestión y en forma paralela asisten a sesiones de tutorías con los académicos del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Al finalizar la experiencia, los alumnos deben entregar un portafolio que registra las actividades realizadas, instancia que se constituye en una evaluación formativa.

A través del ejercicio de la docencia, tanto de quienes han tenido la posibilidad de coordinar el curso, como de aquellos docentes que han participado exclusivamente de la docencia, se percibe que el Internado se vivencia de una forma muy positiva, en tanto durante algunos encuentros, se recepcionan comentarios de parte de los estudiantes alusivos a una buena experiencia.

De esta manera surgió en el equipo docente la idea de visibilizar éste aprendizaje, considerando los prejuicios iniciales o ideas preconcebidas que traían los estudiantes con respecto a la Atención Primaria al momento de su ingreso al curso; hecho que se constataba a través de la lectura de sus portafolios.

A partir de ahí, el cuerpo docente tomó la decisión de llevar a cabo un análisis de sus portafolios.

Un aspecto importante a mencionar dice relación con que ésta rotación tiene distintas metodologías evaluativas, no obstante se hacen por escrito, ya sea a través de talleres o revisión de casos clínicos. La atención clínica de las cuatro semanas, tanto en la atención cotidiana dentro del Cesfam como en los turnos de SAPU, es evaluada utilizando una pauta estructurada común para cada una de éstas actividades. Al finalizar la rotación deben realizar un examen final con pacientes simulados tipo OSCE (examen clínico objetivo estructurado), obteniéndose una evaluación sumativa pero formativa en tanto se les retroalimenta, de tal manera que puedan aprender de la experiencia evaluativa.

Por último, se les valora a través del portafolio, experiencia a partir de la cual se ha tenido la posibilidad de observar un material enriquecedor, que entrega importante información, útil para un análisis cualitativo; en razón de ello surge la pregunta a cerca de la posibilidad de sistematizar ésta pasantía.

¿Cómo se puede sistematizar?

Hay que pensar que en ésta etapa de la carrera, la formación en Medicina es mucho más clínica. Lo teórico ya ha sido entregado y es aquí, en ésta etapa donde se obtiene un aprendizaje mucho más desde la práctica. Por ello se necesita adquirir herramientas que permitan evaluar más “el qué se hace” y el “cómo se hace”, mucho más que “el conocimiento puro”. Para el logro de este propósito, se requiere saber “cómo se está relacionando cada uno con el equipo de salud”.

En síntesis, como está viviendo ésta experiencia, más allá de lo teórico que también es muy importante.

Ahora bien, del análisis y sistematización de los datos que se recabaron en los portafolios, se rescataron frases importantes de lo que ha significado la práctica para cada pasante. La experiencia sorprendió al equipo docente.
No se esperaba que el trabajo hubiese sido tan formativo y enriquecedor, más aún que finalizará siendo una de las "experiencias" favoritas dentro de la Medicina.

Al respecto señala un estudiante: "el ser consciente del tipo de personas con que se trabaja, del funcionamiento del sistema familiar, donde todos se apoyan, se preocupan por el otro... me inspira como médico... para estar en condiciones de atender a la población".

"El ver la actitud de la gente, las ganas de hacer mucho, de ayudar, de sentir ese ambiente familiar en los consultorios donde me destinaron, es parte de lo que me enamora de ésta profesión".
Son pocas líneas, pero que muestran una potencia única, en tanto sus palabras develan desde la introducción de su portafolio su sentir respecto del trabajo que desarrolla junto al equipo de salud en el Centro de Salud. Tal cual una familia, sintiéndose apoyado y comunicado por otros profesionales y con la población.

Situaciones que para el equipo docente podrían parecer muy cotidianas, sorprenden, hecho que no pasó inadvertido y que a su vez permitió hacer una lectura centrada en dos objetivos previamente definidos: en primer lugar atender al desarrollo del programa formativo y a la valoración que los estudiantes hacen de ésta rotación y en segundo lugar, conocer el impacto de este instrumento portafolio como medio de evaluación.

¿Cómo se sistematizó la experiencia?

Se analizaron 223 portafolios de estudiantes que habían rotado por este internado entre los años 2013 y 2014 con diferentes tutores.

Seis docentes realizaron la lectura y el análisis de los datos que en forma posterior se fue clasificando de acuerdo a categorías que se exponen a continuación.

Las respuestas que se encontraron tanto en la valoración del estudiante como en la del docente respecto de lo que había leído, determinaron distintas dimensiones. Las dimensiones que se evaluaron fueron: como valoraba el estudiante y el docente la atención primaria de salud; como evaluaba el centro de salud donde había sido destinado; como evaluaba a sus tutores; como evaluaba el trabajo en equipo; como evaluaba la integración al equipo con el que estaba trabajando y el tiempo dedicado al programa.

Por otro parte si existía cierta autonomía clínica, [muchos estudiantes cuando comenzaron el internado se les preguntó por sus expectativas. Una de éstas fue tener más autonomía, trabajar en forma más independiente]; eficiencia en la atención primaria, el trabajo con la comunidad, la satisfacción de los estudiantes respecto a ésta rotación y la relación médico - paciente.

Todas éstas variables surgieron de la lectura que se hizo de los portafolios.

Respecto de cuál fue la valoración que hicieron los estudiantes, atendiendo a todos los ítems, excepto el tiempo dedicado a la rotación, se observa una valoración de un 60%.

Si se atiende específicamente al ítem satisfacción de estos estudiantes la valoración es de un 96%. Por otra parte, si se observa los aprendizajes significativos, es de un 88%.

Específicamente las áreas mejor evaluadas son: el Centro de Salud Familiar, el trabajo con sus tutores y el trabajo en equipo.

En cuanto a la dimensión tiempo dedicado al programa, tiene una valoración baja, de un 69%. Ciertamente, algunas frases textuales sostienen ésta dimensión: "yo no entiendo porque ésta rotación es de 4 semanas, si efectivamente haremos más horas cuando egresemos" o "me hubiera gustado mayor tiempo", o "habría podido aprovechar mucho más tiempo en ésta esta rotación".

Incluso algunos estudiantes expresaron el deseo de haber hecho ésta rotación en un momento posterior cuando hubiesen obtenido mayor desarrollo en áreas clínicas, no al comienzo de sus rotaciones por distintos internados.

Ahora bien, la valoración que hacen los docentes de este análisis de portafolios, coincide con la valorización de los estudiantes. Efectivamente se observa una satisfacción con respecto a los estudiantes de un 84%. En relación a los aprendizajes significativos un 94%, lo que contempla una valoración de las variables de los tutores respecto del trabajo en equipo, del Cesfam.

Hay una valoración baja respecto de los tiempos de rotación de este internado.

Los resultados se sostienen y fundamentan en múltiples frases escritas por los estudiantes. A modo de ejemplo un estudiante señala lo siguiente:

"Aprendí mucho de los médicos, enfermeras y auxiliares y sobretodo de los pacientes, desprendí varios prejuicios sobre la Atención Primaria, ahora me voy con la sensación de que en los consultorios se hace un trabajo mucho más cercano a la gente que en los otros niveles de atención; definitivamente la prevención y la promoción en salud son instancias muy importantes en el desarrollo integral de los pacientes, es impresionante el trabajo que se realiza con tan pocos recursos disponibles, el compromiso del equipo de salud con la comunidad es envidiable".

De lo anterior se desprende que lo que se trasmite a partir de ésta sistematización de portafolios, es que éste es un instrumento que refleja en forma vivencial lo que hace el estudiante y como experimenta, vive la experiencia docente; de una manera muy fidedigna.

Efectivamente el equipo de académicos que realizó ésta experiencia pensó ésta sincronización, lo que refleja que el portafolio es una buena herramienta de evaluación.

Por otra parte hay una valoración muy positiva respecto de la Atención Primaria de Salud y del Modelo de Salud Familiar.

No obstante hay un pequeño cuestionamiento, respecto de la evaluación de ésta rotación, en relación a si es suficiente o no para los estudiantes. Para finalizar les dejo esta frase, porque las frases de estos portafolios reflejan lo que ha sido el Internado Urbano en APS, para cada uno:
"Fue un aterrizaje forzoso desde la Medicina inter especializada que se vive en los hospitales y con la cual nos formamos".

Es como decir al tutor... nosotros estamos siempre en esto y de pronto me muestras esto otro, que yo desconocía y me gustó y a veces se trasforma en el ámbito favorito que antes desconocía.
"Me lleve la grata sorpresa de que en los consultorios se puede trabajar mucho con la comunidad y crear salud y que además es agradable".

Por lo tanto el desafío para los equipos docentes es promover la innovación para poder acercar y entusiasmar a los estudiantes, desde los primeros años de la carrera a la Atención Primaria en Salud, que es efectivamente lo que actualmente se está haciendo.

ALGUNOS DESAFÍOS

Nunca está de más insistir en la importancia de la reflexión y para ello la generación de espacios o instancias de encuentro es fundamental. Actores diversos con sus experiencias y experticias pueden hacer aportes significativos en la mejor comprensión y aprendizaje, a partir del análisis constructivo de su hacer y pensar, con la intención de generar conocimiento y aportar elementos para la toma de decisiones en esta importante área de la atención primaria y salud familiar.

Reconocer las debilidades que se tiene para la sistematización del quehacer es también un punto de partida que nos abre a la posibilidad de generar nuevas interpretaciones que nos brinden distinciones claras y útiles para las acciones que realizamos, tanto en los establecimientos de salud como en el mundo académico. Es relevante fortalecer competencias para el buen registro de las experiencias, su evaluación y divulgación, de manera de generar virtuosidad en el ciclo metodológico. La mejora continua debe dejar de ser una frase sin sentido y transformarse en una herramienta que permita a los equipos dar saltos significativos en sus procesos de aprender.

Por otra parte el modelaje sigue siendo un elemento central en la implementación de iniciativas y proyectos, por lo que espacios de conversación reflexiva son importantes de replicar, con mayor responsabilidad aun cuando la academia se hace parte de ellos.

Es sabido por todos que en la salud de las personas influyen factores o determinantes que son múltiples y de diversos niveles. Esta gran complejidad exige actuación en redes colaborativas que sean capaces de recoger las necesidades de los contextos cambiantes y responder a sus necesidades con flexibilidad y adaptación.

El quehacer en los equipos de salud devela un desarrollo histórico. Hay que reconocerlo, valorarlo y proyectarlo en las diversas acciones que realizan los equipos que se comprometen en este ámbito. Imposible desconocer en este punto la relevancia de la gestión político-técnica que sin duda orienta y guía los procesos del que forman parte las comunidades en nuestro país. Expresiones hay muchas a lo largo de nuestro largo territorio.

Y para la academia los desafíos son demasiados; pensar en el tipo de profesional que estamos formando y sus competencias ya es un tema de alta prioridad y responsabilidad. Tenemos ideales académicos, pero también necesidades de nuestras comunidades, además de los propios objetivos de cada estudiante. Sin duda un espacio que también debe abrirse a la creación e innovación de modo de responder a quienes necesitan de una salud digna, oportuna y equitativa.

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

PROYECTO MECESUP 1410 **2015 -2017**