



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

NUEVO ENFOQUE INTEGRAL DE SALUD EN LA ATENCION PRIMARIA

**Percepción de Trabajadores Sociales del Centro de Salud Familiar
Los Volcanes, Chillán**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE TRABAJADOR SOCIAL

AUTORA : TAPIA VALENCIA, PATRICIA DEL PILAR
PROFESORA GUÍA : Rivadeneira Valenzuela, Jucelyn de Lourdes

CHILLÁN, 2014

Dedicatoria

Primero que todo, doy gracias a Dios por permitirme llegar a esta instancia que en algún momento me pareció inalcanzable. Gracias por bendecir mi vida, permitiendo que en el transcurso de mi carrera llegaran a mi vida personas que serían fundamentales para la finalización de este proceso.

Gracias a mi familia que de una u otra forma me impulsaron a comenzar este desafío, muchas gracias por creer en mí.

Agradezco a mi amado, que su amor y paciencia contribuyeron a que no desistiera y a que hoy esté donde estoy.

Gracias a mi sol, Tinita, que desde que naciste has sido una inyección para mí de querer ser algo más para un día poder contribuir al logro de tus sueños.

Doy gracias a mi pequeña Jo, que entre sus llantos y risas me ha animado a terminar lo que un día comencé.

Ha sido un largo camino, más dificultoso de lo que jamás pude imaginar, pero agradezco a Dios porque todo lo que hace es bueno.

Gracias querida profesora Jou, sin usted esto no lo habría logrado.

Patricia

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer la percepción de Trabajadores Sociales respecto de la implementación del nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria. Se trata de una investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico en el Centro de Salud Familiar Los Volcanes en Chillán. La muestra estuvo compuesta por tres Trabajadores Sociales quienes accedieron voluntariamente a colaborar en este estudio. Se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada como principal técnica de recolección de datos.

Los principales resultados que arrojó la investigación fueron que: 1) No existe una apreciación negativa por ninguno de los entrevistados respecto al nuevo enfoque integral de salud. 2) La expectativa de los entrevistados tiene relación principalmente con la experiencia previa que los Trabajadores Sociales poseían en el área de salud. 3) Los entrevistados reconocen aportes que ha realizado la profesión al nuevo enfoque integral de salud, ya sea directa o indirectamente, así también se reconocen desafíos que la profesión debe enfrentar, señalando la sistematización como uno de ellos, además de la valoración y comprensión del quehacer profesional del Trabajador Social en el área de salud.

Esta investigación busca aportar al campo empírico del Trabajo Social, relevando la importancia del Trabajador Social en el contexto de salud primaria en Chile. Se trata de un estudio en un área del desempeño profesional en el cual no ha habido mayor profundización, por lo que de sus resultados se pueden desprender algunos avances que guíen el desarrollo de posteriores investigaciones que complementen los hallazgos aquí presentados.

ÍNDICE

A. ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCION.....	1
II	PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	2
	II.1. Planteamiento del problema	3
	II.2. Fundamentación	6
	II.3. Preguntas de investigación, primarias y secundarias	7
	II.4. Objetivos, general y específicos	7
	II.4.1. General	7
	II.4.2. Específicos	7
	II.5. Supuestos Teóricos.....	7
III	MARCO REFERENCIAL	9
	III.1. Marco Conceptual	10
	III. 2. Marco Teórico	14
	III. 3. Marco empírico	21
IV	DISEÑO METODOLOGICO	26
	IV.1. Enfoque epistemológico	27
	IV.2. Método	27
	IV.3. Población y criterios de selección	28
	IV.4 Técnicas de producción de datos.....	29
	IV.5 Plan de Análisis de datos.....	29
	IV.6. Criterios de calidad	31
	IV.7. Aspectos éticos	31
V	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	32
	V.1. CATEGORÍA: PERCEPCIÓN	33
	V.2. CATEGORÍA: EXPECTATIVAS.....	35
	V.3. CATEGORÍA: EXPERIENCIA	40
VI	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS.....	46
	VI.1. Conclusiones	47
	VI.1.1. Principales conclusiones para la categoría Percepción	47

VI.1.2. Principales conclusiones para la categoría Expectativas	48
VI.1.3. Principales conclusiones para la categoría Experiencia	48
VI.2. Sugerencias	49
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	50
VIII. ANEXOS	52
VIII.1. GUÍA DE ENTREVISTAS	52

B. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Malla Temática	30
-------------------------------	----

I. INTRODUCCION

La presente investigación dará a conocer cómo perciben los profesionales de salud del área social, específicamente los Trabajadores Sociales, la implementación del modelo de salud con enfoque familiar en su Centro de Salud.

En el desarrollo de la investigación se abordarán algunos de los modelos de salud que han guiado por años el proceso de intervención de los profesionales, así también a través de la revisión de la teoría general de sistemas y el modelo ecológico se dará a conocer cómo el nuevo modelo de atención primaria en salud adquirió relevancia, dando cuenta de la importancia de considerar no solo al usuario que solicita atención, sino además reconocer los factores que le rodean, especialmente sus redes de apoyo, entre ellas, la familia, la cual se distingue como una fuente indiscutible en cuanto a salud o enfermedad del usuario.

Además, por medio de la búsqueda bibliográfica se darán a conocer percepciones de algunos autores respecto a la implementación del modelo en Chile y los alcances que este ha tenido.

II

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

II.1. Planteamiento del problema

Según Castañeda y Salamé (2010), el Trabajo Social desde sus inicios se ha visto fuertemente ligado al área de Salud, siendo fundada la primera Escuela de Servicio Social en Chile el 4 de Mayo de 1925 denominada “Dr. Alejandro del Río”, en honor al médico que propició su creación. Esta Escuela dependía de la Junta Nacional de Beneficencia y en la Dirección de ésta encontraba la Visitadora Social belga Jenny Bernier. Su objetivo era formar profesionales colaboradores en la salud o Ciencias Jurídicas.

A partir de la creación de la anteriormente mencionada Escuela de Servicio Social, la profesión ha experimentado diversos cambios que han permitido que el quehacer profesional, que en un comienzo fuera de connotación caritativa y de beneficencia, se profesionalizase y se adecuara a las necesidades de la época.

En el período de 1960 a 1973 la profesión se vuelca en una profunda autocrítica, en un proceso denominado “Reconceptualización”, en el que se cuestiona fuertemente el rol asistencialista de la profesión y, en consecuencia, las metodologías y niveles de intervención, el carácter asistencialista de las prácticas sociales junto a las teorías, conceptos y marcos valóricos que sustentan el quehacer profesional. (Castañeda y Salamé, 2010)

Asimismo, durante este período se realiza un cambio de nombre de la profesión: de Visitadoras Sociales a Asistentes Sociales y eso implicaba un papel menos pasivo, que lleva a los profesionales a ocupar importantes puestos políticos en el gobierno y también a la ampliación del campo ocupacional, incluyendo metodologías orientadas al desarrollo comunitario.

El movimiento reconceptualizador hace que el ser de la profesión salga del aletargamiento de décadas y expresa esa necesidad latente de accionar en función de cambios sociales significativos, de comenzar (o recomenzar) a jugar un papel en la construcción de la realidad. (Di Carlo, 1983).

Todos estos cambios que ha experimentado la profesión han contribuido a ampliar las áreas de intervención y, de la misma manera, han otorgado relevancia al quehacer profesional del Trabajador Social, ya no visto sólo como un agente asistencialista, sino como agente de cambio.

Asimismo, múltiples cambios también son los que se han vivenciado en el área de la salud en Chile, encontrando en ella distintos modelos que han orientado la intervención de los distintos profesionales que en ella se desempeñan y han ido adecuándose a las necesidades y demandas de quienes requieren el servicio, ampliando la perspectiva con la que se interviene.

Es así que, a lo largo de su historia, el país sostuvo predominantemente un modelo de atención en salud con un enfoque biomédico, el cual se basa en una concepción patologista que hace una división entre mente y cuerpo, intentando siempre otorgar una respuesta lógica, coherente y objetiva respecto de la enfermedad, excluyendo las variables humanas y sociales.

Este enfoque de salud, durante décadas, dejó fuera de foco el contexto inmediato de los usuarios, centrándose exclusivamente en quien solicitaba la consulta y ajustándose sólo a lo que éste le informaba sin mayor indagación; esto, para enfermedades netamente físicas era un enfoque que permitía avances en el conocimiento y el desarrollo tecnológico, pero en relación a lo psicosocial limitaba a los profesionales de esta área, pues se enfocaba solo en términos individuales, excluyendo de esta manera una parte fundamental de la intervención como es el entorno social y familiar.

Posteriormente se adquiere un nuevo enfoque denominado Biopsicosocial, el cual se contrapone sustancialmente al Biomédico. El enfoque Biopsicosocial ve al sujeto como parte de un sistema y considera el valor terapéutico en la relación profesional/usuario, entre otras características. Aún con este nuevo enfoque hay deficiencias importantes que afectan la atención primaria en salud, tales como poco énfasis en la actividad preventiva, escaso trabajo con la comunidad y falta de coordinación en niveles de atención.

Este nuevo modelo de atención en salud primaria se plasma un renovado sistema que pasa a denominarse Centro de Salud Familiar (CESFAM), el cual adquiere un compromiso y forja un vínculo con los individuos y familias a cargo, presta una atención a toda la familia y hay continuidad en esta, además de realizar un trabajo intersectorial, con la comunidad y en equipo, dirigiéndose, no sólo al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, sino a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres pertenecientes a diferentes familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Asimismo, todos los cambios que acarrea este nuevo modelo traen consigo un cambio en el modo de intervenir de los profesionales, los cuales adquieren mayor oportunidad de acercamiento con las personas, aspira a comprender el entorno de la enfermedad y cada atención se transforma en una oportunidad de prevención y fomento. Al interior de los CESFAM se han implementado una serie de programas y talleres con el fin de acercar a la comunidad, y entregar un trabajo de intervención y prevención integral.

En este sentido, resulta de vital importancia profundizar en aspectos relativos a la percepción los profesionales de salud respecto de la puesta en marcha del nuevo modelo de atención en salud, de manera de conocer cómo se han vivenciado los cambios, los desafíos, fortalezas y/o debilidades del nuevo modelo que pueden desprenderse desde las propias experiencias del trabajador social.

A través de esta investigación se busca abordar una temática de alto interés y sensibilidad para el Trabajo Social como lo es el ámbito de la salud primaria. A través de las preguntas de investigación se busca ahondar en los procesos de adaptación a los cambios que se deben vivenciar desde el Trabajador Social, así como recoger sugerencias en torno a la atención psicosocial dirigida a las familias que ayuden a contribuir a un mejoramiento de la calidad de atención en salud.

II.2. Fundamentación

Para continuar con las mejoras en la calidad de la atención de la salud primaria es importante que se adopten de manera integral cada una de las medidas que trae consigo el modelo de salud Familiar, y que los consultorios que mantenían un enfoque biomédico o biopsicosocial puedan ir paulatinamente adecuándose a este nuevo modelo de atención de salud primaria, implementando no sólo las medidas a nivel estructural, sino también a nivel de profesionales, otorgándoles todas las herramientas que éstos requieran para ofrecer un servicio integral y de calidad.

De esta manera es que se hace necesario conocer la percepción de los Trabajadores Sociales respecto del nuevo enfoque integral en salud, ya que son estos quienes implementan directamente el modelo y quienes se ven enfrentados a las ventajas y desventajas del mismo.

Cuando se habla de salud integral y participativa, es una invitación a los usuarios, de manera tanto individual como colectiva, a que hagan uso del servicio de salud con todo lo que este ofrece, pero también es un llamado a que los profesionales puedan realizar un trabajo en equipo, reconociendo las necesidades de la comunidad y adaptándose a los cambios que ésta va sufriendo, además de tener que adecuarse a las diferentes recepciones que puedan enfrentar por parte de los usuarios con este nuevo modelo.

Por esta razón, es importante conocer también el significado que tiene para los profesionales de salud en atención primaria, y en esta investigación, específicamente para los Trabajadores Sociales, el nuevo modelo de atención con enfoque Familiar Integral, que dentro de sus objetivos está el ofrecer a los usuarios y comunidad un mejor servicio de atención en la salud primaria, otorgando calidad en el servicio, siendo los profesionales protagonistas en el cumplimiento de estos objetivos, por lo que se hace de suma importancia conocer cómo experimentan éstos la implementación de este nuevo enfoque, las ventajas y desventajas que el modelo les produce en su quehacer diario y cómo perciben su intervención.

II.3. Preguntas de investigación, primarias y secundarias

II.3.1. Primaria

1. ¿Cuál es la percepción que tienen los Trabajadores Sociales de los cambios que ha producido el nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria en su intervención?

II.3.2. Secundarias

1. ¿Cómo ha sido la experiencia de Trabajadores Sociales en su intervención con el nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria ?

2. ¿Cuáles son las expectativas que tienen los Trabajadores Sociales respecto del nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria?

II.4. Objetivos, general y específicos

II.4.1. General

Conocer la percepción que tienen los Trabajadores Sociales de los cambios que el nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria produce en su intervención.

II.4.2. Específicos

Conocer cómo ha sido la experiencia que han tenido Trabajadores Sociales en su intervención con el nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria .

Conocer las expectativas que tienen los Trabajadores Sociales respecto a la implementación del nuevo enfoque integral de salud en la atención primaria .

II.5. Supuestos Teóricos

El nuevo enfoque de atención en salud primaria, *Modelo con Enfoque Familiar Integral*, es un modelo que permite a los Trabajadores Sociales realizar una mejor intervención en cuanto respalda el trabajo integral con la familia, además de acercarlos a la comunidad.

Los profesionales de atención en salud primaria que forman parte de un CESFAM se enfrentan a una nueva forma de abordar las problemáticas psicosociales que presentan los usuarios, por lo que requieren de nuevas competencias para adecuarse al nuevo modelo.

III

MARCO REFERENCIAL

III.1. Marco Conceptual

En el siguiente apartado se desarrollarán conceptos que son identificados como relevantes para la presente investigación, entre ellos: CESFAM, familia, Salud Familiar, Interprofesionalidad, entre otros.

III.1.1. Interprofesionalidad

Se establece cuando se llega a la conclusión y al convencimiento de que la valoración de los problemas en el marco social es demasiado compleja para que un profesional tenga la responsabilidad única y total. También nace de la necesidad de asociarse para la conquista de un objetivo. (Ramírez de Mingo, 1992).

Exigencias del equipo interprofesional

El enfoque interprofesional bien estructurado y con buen nivel de funcionamiento es la garantía absoluta eficacia. Para ello se requiere un tipo de disciplina personal y control de sí mismo, que exige una mentalidad que pueda fijarse una meta, pero que simultáneamente sea capaz de apreciar todo lo que gira a su alrededor.

La persona que funciona en un modelo interprofesional debe no sólo ser altruista en su visión de la vida y de las personas, sino que debe ser capaz de ocuparse de muchas facetas en el espectro del esfuerzo humano.

III.1.2. CESFAM

Es el espacio físico que reúne en sí los principios de la salud familiar. Estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial. La característica principal es que introduce a la familia como una unidad de atención (Lopetegui Adams, 2008).

Siguiendo las ideas de Parra (2005), los Centros de salud familiar recogen los planteamientos de la salud familiar y su paradigma Biopsicosocial, organizándose en torno a los usuarios y sus familias.

Los principales componentes que se identifican en los centros de salud se detallan a continuación:

- a) **La Sectorización.** Es la subdivisión de un área geográfica de la población de acuerdo a ciertos criterios, que presentan características semejantes lo que facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.
- b) **Equipo de Salud Multidisciplinario.** Corresponde a todo el equipo de salud que en su conjunto asume la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende.
- c) **Población a Cargo.** El equipo de salud asumirá la responsabilidad por el cuidado de la salud de un número definido de personas que le son asignadas, beneficiarias del sector público Información al Usuario y Participación social.

III.1.3. Familia

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. Constituye la estructura basal de la sociedad, siendo de diversos tipos. La conformación clásica es la pareja con sus hijos, sin embargo es difícil establecer una definición exclusiva o excluyente de otras alternativas.

En el caso chileno, la familia es una institución que va cambiando con la evolución social, pero que sin embargo no ha perdido su importancia dentro de la sociedad, no se pone en duda su vigencia. Su relación con la salud, da cuenta de las suficientes evidencias que relacionan hábitos, creencias o capacidades que se encuentran en el nivel familiar que niveles de riesgo o protección de la salud. Se puede sugerir que los sistemas de salud tienen visualizar a la familia como un sujeto activo dentro de los procesos de salud-enfermedad.

III.1.4. Consejería en salud

Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

La Consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y una familia y como tal debe tender a desarrollar en el usuario habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

III.1.5. Equipo de cabecera

Es el subconjunto de miembros del equipo de salud organizado para hacerse cargo del cuidado continuo de una población específica y encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios. Un equipo de cabecera básico estará constituido de acuerdo a la realidad de cada establecimiento en cuanto a dotación, demanda asistencial y organización interna. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2008).

Según León A (2002), Entre las funciones de los equipos de cabecera se puede mencionar:

- Realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.

- Diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- Identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
 - Evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
 - Realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
 - Mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
 - Trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

III.1.6. Calidad de vida

Es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

III.1.7. Población a cargo

Entendida como las personas beneficiarias con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud.

III.1.8. Salud familiar

La idea central es el reconocimiento de la familia y la comunidad como un agente promotor y protector de la salud, que integra a los individuos que la componen, pero sobre todo que permite reponer la unidad de lo humano perdida en los enfoques biomédicos reduccionistas.

La salud familiar es un modelo integral de salud, que no se orienta exclusivamente hacia la morbilidad de la población, sino que incorpora labores de promoción y prevención con la participación activa de los sujetos sanos (Hidalgo y Carrasco, 2002).

III. 2. Marco Teórico

III.2.1. Teoría ecológica

Comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. (Bronfenbrenner, 1987).

La estructura ecológica está representada a través de niveles concebidos como sistemas anidados, estos niveles se caracterizan por la interacción e influencia recíproca, así como la mayor o menor proximidad que puede haber en relación con el individuo. De esta forma, a través de esta teoría se entiende que existen cuatro niveles que determinan la estructura ecológica: El *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* y *macrosistema*.

- a) **Microsistema:** corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
- b) **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).

- c) Exosistema: se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).
- d) Macrosistema: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

Siguiendo las ideas de Bronfenbrenner (1987), el desarrollo de la familia podrá entenderse si se considera contextualmente su participación activa en las interacciones con los demás sistemas que conforman el medio social. Y si bien es cierto que la interacción con todos los entornos que rodean a una criatura provee aprendizajes a través de la interacción, es la familia la unidad central, el contexto de desarrollo principal en el cual se desarrollará un ser humano. Lo afirma también Bronfenbrenner (1987) *“la familia es el sistema más humano, el más poderoso [...] para crear y mantener seres humanos”*. (p.262)

III.2.2. La Teoría General de Sistemas

Fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, el modelo de los sistemas descubrió una forma

holística de observación que desveló fenómenos nuevos y estructuras de inimaginable complejidad.

La Teoría General de Sistemas distingue varios niveles de complejidad:

- a) Sistema: totalidad coherente, por ejemplo una familia
- b) Suprasistema: medio que rodea al sistema; amigos, vecindad, familia extensa.
- c) Subsistemas: los componentes del sistema; individuos.

Además se distinguen 2 Tipos de Sistemas

- a) Sistemas abiertos: Mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.
- b) Sistemas cerrados: Hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven.

III.2.3. El modelo biomédico

Este modelo se basa en un enfoque patologista apoyado en la dicotomía mente-cuerpo, no contempla otras causas más que las biológicas para enfocar el diagnóstico. Promueve una división anatómico-patológica de la medicina donde la persona enferma queda seccionada según cada especialidad. El tratamiento es el resultado de una objetivación bajo un supuesto curativo, y, en virtud de este rasgo de objetividad, se vuelve externo e independiente de la persona afectada y del médico interviniente. Bajo este modelo encontramos una concepción negativa de salud, a la que se entenderá como ausencia de enfermedad. A su vez, la enfermedad se explica a partir de las alteraciones fisiológicas de la persona, desconociendo los procesos psicológicos y los aspectos socio-ambientales del proceso salud-enfermedad.

Esta posición se reforzó, indudablemente, a partir de los muchos descubrimientos tanto sobre las causas de las enfermedades como de mejores tratamientos y el auge de las vacunas que permitieron un mejor control preventivo de muchas enfermedades.

En el siglo XIX el descubrimiento de los microorganismos causantes de muchas enfermedades revolucionó la medicina y la apuntaló aún más en este dualismo.

Los factores psicológicos de la enfermedad quedaron reducidos a cuestiones del “espíritu”. El esfuerzo médico se centró en las infecciones, no sólo en su curación, sino muy básicamente en su prevención. Se erradicaron enfermedades históricamente graves. Sin embargo, una serie no poco importante de “desórdenes” quedaban sin explicación y escapaban a las clasificaciones médicas de la época.

La teoría de Freud contribuyó a su vez para que la medicina retomara, lentamente, una mirada sobre la interacción de los factores psicológicos y físicos en algunas dolencias que permanecían sin explicación y sin tratamientos eficaces. Pero, por muchas décadas siguió predominando el enfoque sobre el cuerpo, los microorganismos y los determinantes biológicos de las enfermedades. (Laham S/F).

III.2.4. El modelo biopsicosocial

Frente al paradigma tradicional, Engel en 1977 propone un modelo que se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados. Tanto en lo que respecta a un estadio de salud como en los diferentes niveles de enfermedad. Este modelo ya no piensa a la persona dividida, como una mente que gobierna una máquina, el cuerpo; sino que la comprende de un modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico y transaccional.

Según Laham (s/f), en el enfoque biopsicosocial la enfermedad está determinada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan de modo complejo y único en cada persona. La ausencia de enfermedad es una condición necesaria pero no suficiente de la salud. La salud involucra también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológicos y

sociales, es multifactorial en la complejidad e interacción de factores de riesgo, tiene una concepción integrada de lo psíquico y lo biológico, una orientación tanto hacia la salud como hacia la enfermedad, existe una mayor comprensión del desorden patológico, con mayor poder explicativo, además hay un desarrollo más amplio en Prevención Primaria de la enfermedad, rehabilitación integral de la persona coronaria, enfocada en mejorar su calidad de vida, exige un mayor intercambio interdisciplinario y produce la conformación de equipos de salud multidisciplinarios, para la prevención y rehabilitación de la enfermedad.

III.2.5. Nuevo modelo de Salud en Chile: Centro de Salud Familiar (CESFAM).

El nuevo modelo de atención, centrado en el usuario, responde a los principios de equidad, calidad, accesibilidad, heterogeneidad, integralidad, participación social y humanización.

A continuación se exponen las características más relevantes del modelo. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

a) Población a cargo: Serán los propios usuarios los que decidirán el equipo de salud familiar a quien confiarán el cuidado de su salud y el de su familia, mediante su descripción voluntaria.

b) Plan de Salud Familiar: es el conjunto de prestaciones que el equipo de salud familiar se compromete entregar a su población inscrita. Surgen de las prioridades definidas en los programas nacionales y de la particular situación del nivel local, y buscan dar respuesta a las necesidades de salud más frecuentes.

c) Equipo de Salud Familiar: La concepción del nuevo modelo de atención supone la existencia de equipos de salud conformados por los profesionales y técnicos preparados para enfrentar los nuevos desafíos y para asumir el cuidado de salud de la población de manera integral utilizando el Enfoque Familiar en Salud; manejando un conjunto amplio de recursos tecnológicos que le permitan responder de manera

eficaz y oportuna a las demandas y necesidades de las personas que le hayan confiado el cuidado de su salud.

d) Sectorización: Se reconoce y respeta la libertad de las personas para elegir el equipo responsable de su cuidado. Sin perjuicio de lo anterior, será recomendable no perder de vista la utilización del criterio geográfico, pues facilita la relación del equipo de salud con la comunidad o el barrio donde viven sus familias a cargo.

e) Capacidad resolutive: Se espera aumentar los niveles de oportunidad en las respuestas a las necesidades de las personas con eficiencia y eficacia.

f) Articulación de recursos: Será responsabilidad del Centro preocuparse que los problemas de salud se resuelvan lo más cerca de donde viven las personas, favoreciendo la integralidad del cuidado y la disminución de los tiempos de espera. Esto significa que, además de dar atención directa, estará en condiciones de movilizar recursos de otros puntos de la red asistencial y social mejorando sustancialmente la capacidad resolutive local.

g) Orientación a resultados: Orientará su labor principalmente hacia la obtención de resultados en materia de salud de las personas bajo su cuidado, incorporando la calidad de la atención y la satisfacción del usuario como elementos centrales de su quehacer. En este punto la participación activa de la comunidad es vital.

h) Apropiación social: La aplicación gradual del nuevo modelo de atención permitirá, por una parte, ir recogiendo la reacción de las personas acerca de esta nueva manera de atender sus necesidades, y por otra, que la comunidad la sienta como propia asegurando de ese modo su desarrollo auto sostenido.

i) Monitoreo, evaluación y sistematización del proceso: Un cambio como el que se propone requiere de un acompañamiento continuo tanto de los procesos como de los resultados, que permitirá dirigir las decisiones futuras y facilitar el intercambio de experiencias entre todos los interesados en esta modalidad de atención, como asimismo difundir sus resultados a la comunidad nacional.

Dentro de las prestaciones incorporadas en el plan de salud familiar, se encuentran dos puntos en los cuales las competencias del trabajador social permiten una intervención eficaz al momento de la intervención: las destinadas a la familia y las destinadas a la pareja.

a) Las destinadas a la Familia:

a.1.) Consejería Familiar: Esta es una actividad orientada a las familias que presentan uno o más factores de riesgo bio-psico-social y que requieren de la intervención del equipo de salud dirigida a cada uno de sus miembros. Sus contenidos están determinados por el o los factores de riesgo presentes.

a.2) Visita domiciliaria: Al igual que la anterior, está orientada a las familias que presentan uno o más factores de riesgo bio-psico-social. Esta intervención es programada por el equipo de salud y se realiza en el hogar donde el grupo familiar se desenvuelve. Sus contenidos y objetivos están determinados por las características del grupo familiar y con una visión integral.

a.3) Educación grupal sobre aspectos ambientales: Esta actividad está orientada, más que a la familia, a la comunidad. Se plantea como una intervención de carácter grupal donde el equipo de salud orienta sobre aspectos relacionados con el ambiente.

b) Destinadas a la pareja:

b.1) Consejería en salud sexual y reproductiva y control de regulación de fecundidad: Actividad orientada a las parejas, desde la etapa adolescente, con el objetivo de apoyar sus decisiones en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

b.2) Control prenatal: Actividad orientada a la mujer embarazada y su pareja con enfoque integral y en forma periódica y sistemática.

b.3) Control de puerperio: Actividad orientada a la puérpera y su pareja hasta los 42 días después del parto, como una atención integral de orientación y apoyo en este periodo.

III. 3. Marco empírico

El nuevo Modelo de Atención en salud primaria en Chile nace de la necesidad de responder a los requerimientos actuales de la población en materia de salud pública, producto de los cambios demográficos y sanitarios experimentados en los últimos años.

El enfoque antes utilizado, denominado Enfoque Biomédico dio, durante largos años, respuesta a las necesidades de la salud, otorgando valiosos resultados. Aun así, dados los cambios constantes en nuestra sociedad, y el tipo de demanda por parte de los usuarios, se produjo la necesidad de elaborar un nuevo modelo, que además de recoger todo lo que ya ofrecía el enfoque biomédico, pudiese también integrar las nuevas demandas que se estaban presentando.

García (2010), en la Revista médica Chile, señala que actualmente nos encontramos viviendo las consecuencias de una sociedad moderna: una población envejecida, una pandemia de enfermedades crónicas y una importante prevalencia de trastornos depresivos. Sin embargo, a pesar de los avances para lograr diagnósticos tempranos y tratamientos altamente efectivos, aún no se ha logrado contener el avance de las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El abordaje actual de las patologías crónicas en la Atención Primaria está centrado en la prevención de los factores de riesgo, que en su mayoría se relacionan con los hábitos de salud y son modificables por medidas preventivas específicas.

Chile, al igual que muchos países emergentes, ha experimentado un cambio radical en su perfil epidemiológico en los últimos 30 años. El país ha pasado de un

escenario de predominio de enfermedades agudas y problemas de salud materno-infantiles a uno de claro predominio de enfermedades crónicas y de salud mental. Según datos gubernamentales de nuestro país, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias, los trastornos depresivos y problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, representan hoy alrededor de dos tercios de la carga de morbi-mortalidad de la población (Ministerio de Salud, 2007).

En una línea similar, Parra (2005) señala que en el contexto epidemiológico en Chile han disminuido las enfermedades infectocontagiosas inmuno-prevenibles y nuestro país presenta por tanto un perfil de morbilidad semejante al de países con mayor grado de desarrollo. Es por esta razón que cambian las principales causas de muerte, y otras enfermedades adquieren mayor importancia para la salud pública, adquiriendo mayor relevancia las enfermedades de tipo crónico y degenerativas, las enfermedades mentales y las enfermedades asociadas a patrones culturales como la nutrición, el alcoholismo y el tabaquismo.

Todos estos cambios epidemiológicos anteriormente mencionados en la demanda de salud de la población, hicieron necesaria una reforma en el sistema de salud nacional, que respondiera a las necesidades y demandas acorde al perfil de los usuarios.

En este sentido, y siguiendo las ideas de Vásquez y otros (2002), a nivel internacional los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina comparten una serie de elementos comunes. Entre ellos cabe destacar aquellos más relevantes: a) Por una parte las políticas de **descentralización** y promoción de la participación social, y b) la introducción de **reformas** basadas en la aplicación de mecanismos de mercado y orientación al cliente.

- a) La **descentralización** de los sistemas de salud ha sido promovida desde hace décadas y fue enfatizada especialmente durante la década de los ochenta como uno de los principios de la atención primaria de salud. Por medio de la descentralización se buscaba aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los

servicios de salud a la población, que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad.

- b) En la década de los noventa, se produce un cambio fundamental en la orientación de las **reformas** de los sistemas de salud, que aparece dominada por preocupaciones económicas y en las que, sin embargo, la descentralización sigue siendo una política ampliamente difundida.

Estos mismos autores mencionan que tanto la preocupación por la búsqueda de la eficiencia, como las tendencias políticas y económicas predominantes han influido fuertemente en aquellas reformas de los sistemas de salud que promueven estrategias de mercado para mejorar los servicios. En este contexto, se fomenta la participación del usuario como «cliente o consumidor», para que, expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de estos servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias.

Este modelo de atención primaria que centra el foco de atención en la participación comunitaria, el trabajo intersectorial o de redes y el uso de tecnologías ha pasado a ser denominado como **estrategia de atención primaria** y ha sido ampliamente alabado a nivel internacional en instancias como por ejemplo en la Conferencia Internacional de Alta Ata (Alarcón y otros, 2012)

En cuanto a la implementación del modelo en nuestro país a partir del proceso de Reforma de Salud vigente en Chile desde la promulgación de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Red (Ley N° 19.937, 2004), se define que el modelo integral de salud con enfoque familiar constituye la base del sistema de salud del país.

En este mismo sentido, el Ministerio de Salud (MINSAL) ha asumido la iniciativa de reformar la Atención Primaria, adoptando como eje central el desarrollo de un modelo de salud familiar que se enmarca dentro del enfoque biopsicosocial antes descrito. Esto ha dado paso a procesos de adaptación del equipamiento de salud existente, vale decir, a la transformación del Consultorio General en Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Todos estos avances en el Modelo de Atención Integral de Salud han quedado reflejados en diversos documentos orientadores del proceso de cambio a Centro de Salud Familiar. Es así como desde el Ministerio de Salud en el año 1993 se publica la primera edición de “Consultorio a Centro de Salud”, que entrega un marco conceptual sobre la Atención Primaria a fin de que los equipos de salud reflexionen sobre la meta a alcanzar, estudien su situación y diseñen localmente las estrategias más eficientes para alcanzar sus objetivos.

El año 2005 en el marco de la Reforma de Salud se publica el documento, “Modelo de Atención Integral en Salud”, que establece consenso por académicos, directivos y profesionales del sector de los aspectos conceptuales del Modelo. El año 2008, se publica el documento “En el camino a Centro de salud familiar”, que desafía a los equipos de salud a profundizar este cambio, a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en eje de desarrollo social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

De esta forma, el desarrollo de los CESFAM se vincula con los propósitos globales de mejorar la accesibilidad a la salud, con la realidad latinoamericana en cuanto a sus restricciones económicas y condicionantes culturales y al desarrollo de las comunidades locales y las familias destinatarias del sistema.

Sin embargo, pese a que la reforma de salud trae consigo una serie de estrategias vinculadas al mejoramiento de la salud, existe una brecha considerable entre lo que plantea el Modelo de Salud Integral y lo que efectivamente logran aplicar los equipos de Salud, además de la falta de preparación de profesionales especialista en Salud Familiar.

Como plantea Montero y otros (2010), falta una política de recursos humanos para formar, atraer y retener profesionales competentes, particularmente médicos en la atención primaria de salud –APS-, sin la cual no es posible desarrollar liderazgos.

Es necesario establecer políticas y procurar mecanismos para contar con médicos familiares, es decir, especialistas en atención primaria, para enfrentar los desafíos y los cambios que se requieren en la atención primaria en el sistema de salud chileno.

Chile requiere fortalecer la APS para restablecer su importancia y centralidad en su sistema de salud, resituándola como el motor y pilar esencial del mejoramiento de la salud de las personas y sus familias en las comunidades, integrando de mejor manera las intervenciones de salud pública a este nivel. Esto requiere liderazgo y voluntad política gubernamental, parlamentaria, gremial, de los municipios y de las universidades para sacar adelante los cambios necesarios. Estas transformaciones deben apuntar a fortalecer la base estructural horizontal de la APS, abordando sus principales áreas. Fortalecer la gestión local de salud y su coordinación e integración efectiva en la red sanitaria pública, lo que permita desarrollar y afianzar el nuevo modelo de atención. Asimismo, es imperioso adecuar el financiamiento a través del per cápita y los recursos humanos apropiados para la tarea propuesta.

Existe un déficit en la integración de las intervenciones de salud pública con el desarrollo de la APS. El modelo de atención primaria propuesto por la Reforma se ha deformado por la exigencia de privilegiar programas orientados por patologías, los que son exigidos verticalmente por el sistema sanitario. No se ha equilibrado esta exigencia con un mayor desarrollo del modelo propiamente tal, por falta de financiamiento, de recursos humanos, y de gestión. (Montero y otros 2010)

IV

DISEÑO METODOLOGICO

IV.1. Enfoque epistemológico

Esta investigación está basada en el paradigma interpretativo-fenomenológico, puesto que el énfasis está puesto en como los sujetos perciben su realidad y el significado particular que le dan a esta.

Según Taylor y Bogdan (1996) el fenomenólogo busca: *...”entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante”*.

Es así que para esta investigación se utilizó el enfoque fenomenológico, el cual busca una interpretación de los fenómenos desde la propia perspectiva de los sujetos, es decir, partiendo de los significados que las personas implicadas tienen de los fenómenos sociales que les rodean y de los cuales forman parte.

De esta manera lo que se persigue es ver las situaciones, circunstancias, acciones, etc., desde el punto de vista de las otras personas, y en este sentido se abstiene de realizar juicios de cualquier índole. El énfasis está puesto en la interpretación, y significado que los sujetos le otorgan a las diferentes situaciones y acontecimientos que se ven enfrentados.

Pérez, G. (2003), señala que la conducta social no puede explicarse sino a través de la interpretación que los sujetos hacen de la situación. Por lo tanto, el sujeto que investiga se convierte en un instrumento más del estudio, y es quien busca acceder a los fenómenos desde el interior, buscando comprender la visión de los sujetos.

IV.2. Método

En la presente investigación se utilizará el paradigma cualitativo, ya que como lo plantea Taylor y Bodgan (1987) la investigación de tipo cualitativa pretende

describir una situación, mediante el estudio de la misma, en una circunstancia particular.

Tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, lo que se busca es dar a conocer la percepción que los sujetos tienen respecto de un fenómeno social, no intentando encontrar relaciones o verdades objetivas, sino el significado que los sujetos le otorgan a estos hechos sociales.

Por lo que dicho paradigma se ajusta a las pretensiones de esta investigación, ya que como se mencionara en los objetivos, lo que se busca es conocer la percepción de los Trabajadores Sociales, respecto de la implementación del nuevo modelo de Salud.

IV.3. Población y criterios de selección

La población con la cual se trabajará en la investigación la conforman tres Trabajadores Sociales, pertenecientes al Centro de Salud Familiar, Los Volcanes, Chillán, estos fueron seleccionados mediante un proceso intencionado, con el fin de que la información recabada sea proporcionada por los profesionales correspondientes.

Según Ruiz (1996) el muestro intencional “es aquel en que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional. En él no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido en la muestra, el investigador selecciona las unidades de muestreo, no al azar, ni siguiendo un cálculo, sino por otros métodos”.

IV.4 Técnicas de producción de datos

La técnica de producción de datos que se utilizará en esta investigación será la entrevista semi-estructurada.

Según Baeza (2002) ésta se caracteriza por ser aquella en la cual “el margen de libertad del entrevistado no es restringido sino lo estrictamente necesario por parte del entrevistador; este último se encuentra premunido de una pauta o guía de entrevista y sus intervenciones tendrán lugar en la medida en que deba ceñirse a lo establecido en ella”.

En términos generales, las entrevistas no presentan una estructura estándar, sino que se manejan en forma flexible, posibilitando que ésta se asemeje en lo posible a una situación cotidiana.

En cuanto a la pauta o guía de entrevista, es un conjunto organizado de temas y sub-temas que no se traduce obligatoriamente en preguntas formalizadas, estandarizadas, a la manera de un cuestionario (Baeza 2002).

IV.5 Plan de Análisis de datos

El análisis de los datos se realizará a través de un análisis temático de entrevista. Esta estrategia tiene el objetivo de capturar toda la variabilidad de posicionamientos posibles a propósito del tema indagado en una serie de entrevistas, así como la coherencia de acuerdo al posicionamiento similar de los individuos frente al tema presentado por el investigador.

La manipulación temática consiste en extraer y clasificar fragmentos del discurso según lo previamente establecido en la malla temática. De alguna forma se rompe con el sujeto real, solo con fines analíticos, y se da lugar a un sujeto, a una meta sujeto donde se incorporan los elementos subjetivos compartidos, para analizarse en función de los temas y sub-temas extraídos del discurso “colectivizado”.

La malla temática presentada más adelante está dividida en tres *categorías*: **Percepción, Expectativas y Experiencia**. Estas categorías dan cuenta de los objetivos planteados en la investigación, y cada una contiene una *dimensión* específica que ha sido evaluada también acorde a los objetivos del estudio. Para efectos de clarificación de la información, la primera categoría posee tres sub-dimensiones -las cuales son excluyentes entre sí-, y las dos siguientes categorías cuentan cada una con dos sub-dimensiones.

A través de las tres categorías antes mencionadas se pretende dar a conocer, por medio de la experiencia, del conocimiento previo, y/o del adquirido durante el ejercicio de la profesión en el área de salud de los entrevistados, cómo perciben el modelo de Salud Familiar en relación al desempeño y manejo de habilidades de ellos mismos, como Trabajadores Sociales.

A continuación, en la tabla N° 1 se presenta la malla temática con las categorías, dimensiones y sub-dimensiones que guían el análisis de las entrevistas.

Tabla 1. Malla Temática

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	SUB-DIMENSIÓN
1.- Percepción	1.1.- Intervención	a) Positiva b) Negativa c) Neutro
2.- Expectativas	2.1.-Enfoque De Salud Familiar	2.1.1.- Iniciales
		2.1.2.- Futuras
3.- Experiencia	3.1.-Trabajador Social	3.1.1.- Aportes
		3.1.2.- Desafíos

Fuente: Elaboración propia (2014)

IV.6. Criterios de calidad

Desde la perspectiva de la validez como autenticidad en la indagación cualitativa existen los siguientes elementos:

- Justicia e imparcialidad: busca que todos los puntos de vista de los participantes en el problema que se estudia, sus perspectivas, argumentos, y voces, aparezcan en el texto cualitativo. La omisión de algún participante en el estudio o de alguna voz, es una forma de sesgo.
- Inteligencia Crítica: busca desarrollar la capacidad para fomentar y potenciar una crítica moral del fenómeno que se analiza.
- Acción y Práctica: busca desarrollar la capacidad para fomentar la acción, la habilidad para implicar a los que han participado en la investigación en alguna acción dirigida al cambio y la mejora.
- Apertura y publicidad: Clarificar y detallar el proceso que se ha seguido, la construcción de las categorías, la elaboración de las conclusiones. Hacer todas las fases de la investigación, abiertas y públicas a cualquier inspección.

IV.7. Aspectos éticos

Durante el proceso de la investigación se mantuvo una conversación abierta con los entrevistados, dejando claro los objetivos que persigue la investigación, esclareciendo que no existen beneficios económicos por participar de esta, además de solicitar el consentimiento de cada uno para que la entrevista pueda ser grabada.

Así también se les informó que toda la información recabada durante las entrevistas mantendrá un carácter anónimo en los sujetos entrevistados, resguardando la identidad de cada uno.

V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

V.1. CATEGORIA: PERCEPCIÓN

V.1.1. PERCEPCION EN RELACION A LA INTERVENCION

Esta categoría lo que busca es dar a conocer, como lo indica el nombre de la categoría, la percepción que tienen los Trabajadores Sociales del Enfoque de Salud Familiar Integral en relación a la intervención que ellos realizan, entendiendo que es un nuevo enfoque que contiene nuevas estrategias de intervención para ser aplicadas en atención primaria.

A través de las entrevistas se observa que los trabajadores sociales –T.S en adelante- perciben de manera diferenciada el impacto del Enfoque de Salud Familiar en la intervención profesional. En concreto, es posible evidenciar que el T.S 2 y T.S 3 perciben el Enfoque de Salud Familiar como un modelo que no debería y/o no ha producido cambios en el quehacer profesional debido principalmente a que reconocen competencias propias de la profesión que, independiente al modelo que rija a la institución en la que se desempeñen, el Trabajador Social, según la percepción de éstos, desarrolla su intervención de manera adecuada y acorde a las necesidades y demandas de los usuarios.

En la línea de clasificación efectuada a través de la malla temática propuesta, estas respuestas se ubicarían dentro de la sub-dimensión **Percepción Neutra**. A continuación se exponen fragmentos de ambas entrevistas a modo de clarificar dicha sub-dimensión.

“Mira yo no tengo parámetros, por lo menos a nivel experiencia como para establecer la diferenciación, a nivel experiencia, en lo operativo no podría decirte esto es lo que yo hacía antes y esto es lo que hago ahora, porque antes yo no viví la experiencia de un consultorio, porque las etapas del modelo son Consultorio, Centro de Salud y Centro de Salud Familiar, yo llegué directo a CESFAM, ni siquiera Centro de salud, entonces no tengo ese parámetro experiencial por lo menos, lo que si me he dado cuenta a partir de la interacción con colegas, de lo que he leído, de los cursos, de las distintas cosas... que efectivamente no debería haber mucha diferencia entre el ejercicio profesional mismo, en el antes y en el ejercicio actual... en el enfoque que profesionalmente le daba cada uno, ahora que institucionalmente te exigían unas cosas, indudablemente hay diferencias en lo que te exigían como consultorio a lo que te exigen ahora,

pero... si tú eres Trabajador Social deberías haber hecho la pega igual al final creo yo, siendo constructores, la promoción de la salud,.. el tema la promoción de capacidades o el trabajo sociocomunitario, la articulación en terreno, todo eso también se tiene que hacer como consultorio, desde todo enfoque profesional, pero desde el institucional te exigían otras cosas más asistenciales, indudable, pero desde lo profesional si tú querías hacer cosas indudablemente tú, tu clima, tu enfoque, es algo individual” (TS2).

“Yo creo que un cambio... mmm... porque siempre nosotros, estamos, estamos formados y nos forma la universidad para trabajar con la familia, para trabajar en forma integral; entonces yo creo que la “posición de nosotros no es una cosa nueva, porque nosotros desde el inicio, cierto, si bien es cierto en el modelo biomédico tú atiendes a la persona igual uno tiene que recabar información de todo el entorno, de todas las redes de apoyo, de toda la familia, entonces yo creo que para nosotros no es algo nuevo, porque nosotros siempre hemos trabajado con el enfoque [...] integral de las personas” (TS3).

En una línea diferente de respuesta, el T.S.1, reconoce en el Enfoque de Salud Familiar una ayuda a la intervención del Trabajo Social, dando señales que se trata de un avance importante, ya que las estrategias que trae consigo el enfoque permite que el T.S realice ciertas acciones de intervención y participe activamente de la implementación de estrategias, de las cuales antes no era parte. Se trata por tanto de una respuesta que puede ser clasificada como **Percepción Positiva** respecto a la malla temática formulada.

“Yo veo que el enfoque de Salud Familiar es el único que ha llegado con estrategias en intervención familiar ... que son las que vivieron a ayudar, las consejerías familiares [...] que se hacen en dupla... ... o con parte del equipo que trata al usuario, generalmente nosotros las hacemos en dupla acá [...] o también puede ser desde un solo profesional pero con una perspectiva amplia [...] y con los integrantes de la familia, antes eso no se veía, se intervenía al paciente solo y el que venía acompañaba no era para intervenir ni para considerarlo [...] las visitas domiciliarias integrales, [...] las intervenciones en crisis, todo lo que eran estrategias que se fueron implementando en el modelo de salud familiar antes no estaban implementadas por lo menos en términos de salud”. (TS.1)

Conclusiones

En términos generales es posible advertir que las percepciones de los TS entrevistados se mueven entre sub-dimensiones positivas y neutras. En las positivas se visualiza la importancia que tiene para el quehacer profesional el cambio desde un modelo centrado en la patología del usuario, asociando la enfermedad a factores propios del cuerpo, a otro centrado además de la persona, en su entorno. En las percepciones neutras en cambio, no es evidenciable que dicho cambio entre modelos haya sido un factor determinante en el ejercicio profesional, relevando estos TS el proceso formativo de pre-grado como un elemento fundamental en el proceso de fortalecimiento de las capacidades y la preparación previa que les facilita el trabajo integral con el sujeto, su familia y su entorno.

Parece importante destacar que no se advierten respuestas que puedan ser categorizadas como “negativas” en relación a la percepción de los TS en torno al nuevo modelo de salud.

V.2. CATEGORÍA: EXPECTATIVAS

V.2.1. ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR

El objetivo de ésta categoría es dar a conocer las expectativas iniciales y futuras que tuvieron y tienen los Trabajadores Sociales respecto a la implementación del nuevo enfoque de salud familiar.

En relación a las expectativas iniciales se busca indagar si al conocer el nuevo modelo de intervención y comenzar a trabajar con la implementación de éste, se generaron en los TS algún tipo de expectativas, y cómo pueden ser entendidas éstas en el contexto del quehacer profesional.

En cuanto a las expectativas futuras lo que se busca es indagar en las experiencias posteriores a la implementación del modelo de Salud Familiar En lo particular se analizan las expectativas respecto de lo que puede seguir realizándose

con este enfoque y el impacto que puede tener en ellos tanto a nivel personal, profesional como en la comunidad.

V.2.1.1. EXPECTATIVAS INICIALES

Las expectativas iniciales de los entrevistados se basan principalmente en la experiencia que han tenido en el área de salud. La TS.1 comienza su trabajo de salud en el sector rural con enfoque biomédico, por lo cual al insertarse en un CESFAM a trabajar con un modelo desconocido, señala que no tiene mayores expectativas al iniciar el proceso de trabajo. Al respecto, es posible denotar que la profesional pese a no tener expectativas previas frente al modelo, posee una actitud abierta y de flexibilidad que le facilita su inserción laboral. Además, como se presenta en el apartado anterior la T.S.1 manifiesta sentirse muy cómoda trabajando con el Enfoque de Salud familiar.

“Lo que pasa es que yo me vine de un modelo rural, y bastante biomédico, [...] y llegué acá a conocer un modelo de después de salud familiar por ser éste un CESFAM ya, porque no estaba en toda la comuna tampoco implementado el modelo, por ser éste un CESFAM, entonces fue como llegar a conocer algo nuevo, no me generé ninguna expectativa porque no lo conocía, no, pa’ na’; y aquí lo fui viendo y fui viendo todas las ventajas en la medida en que nos fueron haciendo las formaciones de salud familiar, nos fueron capacitando en la aplicación de las distintas estrategias que el modelo tenía para implementar, y... entonces fue todo nuevo, todo positivo, sumar, sumar, sumar po”. (TS.1)

Por otra parte, en el caso del TS.2 las expectativas son positivas, y además se ven reforzadas desde la experiencia a medida que recibe la formación específica del modelo. Se trata de un profesional que recién se incorpora al modelo nuevo y las expectativas en este caso se generan a medida que siente que se inserta en el funcionamiento del mismo. Además, expresa expectativas no sólo en el ámbito profesional, sino también en el personal, las cuales señala han sido cumplidas.

“A mí me ofrecieron matronas del San Ramón, me ofrecieron pega allá y... me ofrecieron pega acá, casi paralelo, entonces tuve la suerte de casi elegir porque en el San Ramón seguía siendo Centro de Salud todavía, parece que incluso era consultorio ni siquiera era Centro de Salud ya acá ya estaban como CESFAM y empecé a interiorizarme un poco, empecé como a ver la óptica y bueno la mística de la Leyla [...] y me gusto más esto acá, y de hecho surgen una series de expectativas que tienen que ver con el desarrollo no sólo personal sino también profesional, en lo personal mis expectativas han sido todas cumplidas porque creo que trabajamos independiente de lo que tú tienes que sortear de repente, optar, los detalles, los problemas como cualquier equipo, los roces... y a nivel profesional, creo que van en la misma línea pero más en término de como de... de... más como de capacitación de perfeccionamiento de adquirir conocimiento de adquisición de habilidades, de todas esas cosas, que con el tiempo se dieron, yo creo ser un afortunado hasta ahora en términos como de desarrollo profesional desde lo que yo que dije, desde la capacitación, desde el ejercicio profesional [...] individual, desde el ejercicio profesional... más bien desde el ejercicio de mi accionar profesional.” (TS2).

Asimismo, en el discurso del TS.3 la experiencia en torno al modelo parece ser más cercana e incluso ansiada. Sus referencias aluden a vivencias positivas en torno a cómo sus expectativas se fueron construyendo a medida que los procesos de capacitación y formación previa se fueron dando. Se trata en todo caso -al igual que el TS.2- de expectativas que pueden ser visualizadas como positivas.

“Bueno yo partí con un tremendo desafío porque cuando se instauró, [...] cuando se creó éste Centro de Salud familiar se creó [...] nace como Centro de Salud Familiar y antes de que esto se... que se iniciara este modelo acá a nosotros nos prepararon con diplomados, con cursos, con todo eso y... lo que nosotros siempre queríamos era lograr era tener, que si nosotros estábamos con el sector con 20.000 usuarios lograr empoderar a nuestros vecinos, a nuestros pacientes, a nuestros usuarios, empoderarlos en el autocuidado, yo creo que una de las cosas que uno quería más que nada era eso, que, que la gente aprenda a cuidarse, cuidar al vecino, cuidarse y yo creo que eso ha sido una ventaja hoy día en eso se ha podido lograr”. (TS3)

V.2.1.2. EXPECTATIVAS FUTURAS

En cuando a las expectativas futuras se observa que cada uno de los entrevistados tiene expectativas diferentes. El T.S.1 centra sus expectativas en que

en algún momento el modelo pueda implementarse sin estar condicionado por metas, señala que el quehacer profesional está condicionado por los números, y a pesar que se intenta cumplir con la implementación del modelo de Salud Familiar, no es la calidad de la implementación lo que se evalúa, sino los números, que en definitiva le dan el valor a lo que se realiza, por lo cual ésta, considera que hasta hoy no ha sido posible implementar el modelo de Salud Familiar a cabalidad.

“Yo siento que nunca se ha logrado implementar como debiera porque la salud familiar viene como en un carro distinto al del ministerio que sólo exige metas sanitarias, resultados, números, números, números, números pero no ve calidad... tipo de intervención, entonces evalúan, el ministerio las mismas dos cosas pero pareciera que fueran como por carros distintos porque no se ajusta un poco el, el, como el discurso de cada uno como que cuesta, cuesta, tratamos de salvaguardar esos espacios de salud familiar dejando espacio para consejerías, de visitas domiciliarias integrales, de hacer análisis de caso a través de los equipos, o sea tratamos en realidad de, de cumplir con todo eso, pero en el fondo al momento de exigir son las metas las que valen porque si no cumplí las metas da lo mismo que tú tengas una buena salud familiar igual no vas a ser bien valorado, igual no vas a ser bien evaluado, entonces es difícil, es difícil”. (T.S.1)

En tanto el TS.2 enfoca sus expectativas en la valorización del quehacer profesional del Trabajador Social, en un sentido similar al T.S.1 refiere que el quehacer del Trabajador Social no es valorado en sí mismo porque lo que se evalúa es cantidad de atenciones y no la calidad de éstas, además señala sentir que los profesionales de Trabajo Social, a lo menos en el área de Salud, están invisibilizados, ya que no existe comprensión del rol del Trabajador social y apunta sus expectativas a que en algún momento éste rol sea comprendido y valorado.

“Que se cumpla ojalá y que gradualmente o sistemáticamente se vaya valorizando, en el fondo, mira volviendo un poco atrás, en el fondo yo creo que estamos entre comillas invisibilizados, sabe, sabe todo el mundo sabe que estamos acá, pero todavía no se tiene claridad y más claridad comprensión porque nosotros a lo mejor les podemos entregar un listado, pero no, la comprensión, desde la valorización cualitativas, más que cuantitativa, cualitativa de los que hacemos, quizás ahí, ahí hay un espacio, sí, una de las expectativas claras es que se vaya cumpliendo gradualmente

eso, no le podemos pedir peras al olmo todavía tan rápido, pero sí creo que, que podemos proyectarnos a mediano, largo plazo a que si la inclusión de tu rol y la comprensión de ese rol en los equipos se vaya entendiendo aún más. Otro desafío tiene que ver un poco con, con, con darle un clima mayormente comunitario a la gestión institucional, es que cada vez haya más participación o co-participación, que cada vez se estimule más a la participación. (T.S.2)

En cambio el TS.3 apunta sus expectativas al empoderamiento de la población a la cual está dirigido el modelo, desde una perspectiva mucho más amplia, el T.S.3 enfoca sus expectativas al desarrollo e implementación del modelo no sólo desde el interior de la institución y sus profesionales, sino a la población que está dirigido, colocando sus expectativas en el aprendizaje y educación que pueda adquirir la población a cargo.

“Yo creo que sueño, el sueño que yo siempre he tenido es lograr tener una población no si bien sana completamente pero sí que a través del tiempo aprenda cierto a cuidarse, a sus hijos, con todo porque yo siento que hoy en salud se está entregando muchas, muchas, muchas cosas [...] en diferentes áreas para que las familias vayan creciendo más unidas y más sanas ya [...] pero hoy día yo creo que lo que tú más has querido lograr es que la gente reconozca a todo su equipo de salud como un ente importante, y todavía la gente está con este pensamiento que el médico es... que si el médico no la atiende ella no soluciona su problema, cuando yo creo que en salud familiar todo el equipo está capacitado para dar una atención al paciente, pero el paciente hoy día solo quiere médico, y lo que nosotros queremos y el sueño de nosotros es que a través de la promoción y la prevención de la salud con todas estas actividades que hacen los Centros de Salud la gente aprenda a cuidarse y a llegar solamente a atenderse al Centro de Salud cuando la ocasión lo requiera, hoy día yo creo que la gente viene por vanalidades, por cosas que no son tan, tan médicas cierto, pero es por eso yo creo que el accesos a los Centros de Salud hoy día familiares son, son, son rápidos estamos, hay Centros de Salud muy cerca de la población yo creo que eso hace permite hoy día que si bien es cierto le demos un mal uso cierto, por decirlo de esa manera a las atenciones sobre todo a las horas médicas”. (T.S.3)

Conclusiones

En esta segunda categoría, en la sub-dimensión correspondiente a las expectativas iniciales se puede concluir que el tener o no expectativas iniciales los

Trabajadores sociales está vinculado con la experiencia de cada uno en el ejercicio profesional en el área de Salud, es así que la TS1 refiere no haber tenido expectativas iniciales ya que venía de trabajar con un modelo distinto al Enfoque de Salud Familiar y no conocía este nuevo modelo, por lo cual para ella todo era nuevo. En cambio el TS2 Y TS3, señalan que en ellos se generaron expectativas. El TS2 refiere que sus expectativas no sólo fueron de índole profesional sino además en el ámbito personal.

En cuanto a las expectativas futuras se visualiza que los tres Trabajadores sociales enfocan sus expectativas, en alguna medida, en que la implementación de este enfoque se realice de manera efectiva y que los objetivos que este plantea se puedan llevar a cabo de manera eficaz, reconociendo la calidad del desempeño profesional, validando el ejercicio profesional e incorporando a la población a cargo en la aplicabilidad del modelo, siendo estos últimos entes principales.

V.3. CATEGORÍA: EXPERIENCIA

V.3.1. TRABAJADOR SOCIAL

Por medio de esta categoría se pretende dar a conocer cómo ha sido la experiencia que han tenido los Trabajadores Sociales en su intervención con el nuevo enfoque de salud familiar, y a través de esta experiencia, cuáles consideran ellos que son los desafíos que deben enfrentar los Trabajadores Sociales para entregar una atención de calidad acorde al Enfoque de Salud Familiar y cuáles consideran ellos que son los aportes que ha realizado el Trabajo Social en la implementación del Enfoque de Salud Familiar.

V.3.1.1. APORTES

Los tres entrevistados consideran que el Trabajo Social ha realizado aportes a la implementación del Enfoque, y que la formación del Trabajador Social, las funciones y herramientas propias de la profesión, en la actualidad son utilizadas en el Enfoque de Salud familiar.

El TS.1 manifiesta la satisfacción y comodidad que le significa trabajar con este enfoque, destacando que gran parte de las herramientas que en éste se utilizan son parte de la profesión del Trabajo Social por lo cual refiere que es hacer lo que se sabe hacer bien, y que han sido los demás profesionales que han tenido que adaptarse a una nueva modalidad. Señala que si bien no es un aporte directo, sí indirectamente la profesión ha aportado a la implementación de este nuevo modelo haciendo uso de muchas de las estrategias del Trabajo Social.

“Yo creo que sí, por ejemplo todo el tema de las herramientas po, de las herramienta son netamente... yo me siento como pez en el agua, o sea siento que es lo mío, me por ejemplo... qué es lo distinto, lo que a mí personalmente no me ha acomodado mucho, que no sé si viene dado como, como enfoque de salud familiar pero por ejemplo el tema de las consultorías psiquiátricas en donde está el psiquiatra, la, la asistente social, la psicóloga y todo el equipo del COSAM más todo el equipo de acá abordando a un paciente lo encuentro un poco invasivo, ya, pero si en la práctica lo llevamos como lo hacemos acá con dos máximo 3 profesionales y el paciente acepta lo encuentro un poquito más privado; y bueno la comodidad de hacer en el fondo lo que uno sabe hacer po, de las entrevistas, de estar con la persona, con su familia de verlo en su grupo familiar, en sus casas eso es como lo que nosotros hacíamos yo siento que los otros profesionales se han sumado más al trabajo nuestro, o sea yo no digo que a lo mejor el Trabajo Social hizo su aporte directamente pero indirectamente son las estrategias que nosotros, son las técnicas que nosotros siempre hemos utilizado y que hoy día se aplican en un modelo de salud, bueno y por algo está el asistente social dentro del equipo de salud, yo creo que sí se consideraron las bases y las técnicas que utilizaba como para incorporarlo por profesionales en familias clínicas que siempre antes daban los resultados que ellos querían encontrar po, por lo menos los objetivos estaban planteados así.” (T.S.1)

En tanto el T.S.2 señala que si bien en la categoría anterior refería que los Trabajadores Sociales estaban un poco invisibilizados, reconoce que las competencias y herramientas que entrega la profesión permiten realizar aportes a éste enfoque principalmente en la aplicación de las estrategias que presentan en algunos de los objetivos que el modelo trae consigo. Además, de manera similar a la T.S.1 señala que el modelo en cierta medida valida lo que el Trabajador Social ya estaba ejerciendo desde antes de la implementación del modelo.

“Yo creo que sí hemos contribuido, en qué grado, no te lo podría así como aseverar, pero yo creo que sí hemos contribuido o hemos ido aportando nuestro grano de arena sobre todo desde la, de la promoción, desde la promoción como herramienta del modelo, [...] desde la identificación de recurso, de recursos comunitarios desde la, desde la significación que se le da a la familia y a su contexto a partir de esta perspectiva ecológica cierto, en la intervención, [...] desde un poco la visibilización porque yo te decía que estábamos invisibilizados poco a poco hemos ido de a poquito quizás, de algún modo, desde la visibilización de la pega que hacemos, desde la validación que se ha ido también gradualmente de a poquito, [...] en el, en los equipos de cabecera de cada sector, [...] y en general yo creo que han ido como clarificando un poco y los equipos se han abierto un poco a esta perspectiva más, más pragmática del modelo y en eso yo creo que también hemos tenido quizás un grano de aporte en términos como de, de, de decir todo lo que nosotros hacíamos antes y ahora el modelo lo está haciendo, está la importancia de trabajar con la personas en este sentido es importante trabajar con las personas desde la óptica de, del como sujeto de intervención y no como objeto como se hacía antes con el modelo biomédico, y ahí yo creo que poco a poco hemos ido entre comillas colaborando.” (T.S.2)

Por su parte la TS.3 refiere que si hay aporte del Trabajo Social y hoy con este modelo se observa más, además hace hincapié en las competencias de los Trabajadores Sociales, de la buena formación que todos tienen, y de lo preparados que están para insertarse en cualquier área.

“Yo creo que sí, yo creo que ahora último se ha notado más y lo que yo te digo, o sea yo siento que nosotros nos hemos insertado, porque antes 20, 30 años atrás los Asistentes sociales se veían sólo en el INP, se veía en algunas campos laborales, en los hogares de menores por ejemplo, pero hoy día no, yo siento que hoy día nosotros estamos en todas partes, imagínate en ministerio, también en intendencia, hay gobernadores hoy día yo siento que estamos aportando desde cualquier ámbito que nosotros estemos, estamos aportando súper, súper bien a ésta sociedad y yo creo que va a seguir siendo así.

De las herramientas del Trabajo Social yo creo que el aporte es el manejo grupal, también la parte administrativa que te enseñan, [...], yo creo que la malla curricular que hoy día están entregando las universidades te entregan las herramientas como yo te digo básicas y necesarias para hoy día nosotros poder tener una atención, que a pesar de distintos tipos, yo siento que todos ustedes y nosotras que salimos antiguas, salimos bien preparadas, porque hoy día la parte, la parte en Salud Familiar qué es lo que nos pide, lo que más nos pide es el trabajo con familia, el trabajo grupal, cierto, con los consejos de desarrollo, con mucha participación

social, y lo que yo veo por ustedes que vienen acá al Centro de Salud, están súper bien enfocados y creo que van a ser un tremendo aporte el día de mañana cuando salgan y creo que cada día están saliendo mejor preparadas con la visión integral.” (T.S.3)

V.3.1.2. DESAFÍOS

En relación a los desafíos que deben enfrentar los Trabajadores Sociales, el TS.1 y T.S.2 consideran que sí hay desafíos que los Trabajadores Sociales deben enfrentar, coincidiendo en que la sistematización es uno de esos desafíos.

El T.S.2 además apunta a que este desafío no sólo es sólo en el área de salud, sino en todas las áreas en las que se desempeña el Trabajador Social.

El T.S.1 y T.S.2, a través de la experiencia de ellos mismos hacen referencia a trabajos que han realizado y/o están realizando, lo cuales no han podido sistematizar por falta de tiempo.

El T.S.2 también reconoce un desafío personal, ya que manifiesta que le gustaría ser más ordenado para trabajar, pese a que de todas maneras desarrolla i intenta desarrollar todas las tareas que le corresponden y en las que se involucra, le gustaría ser más “ejecutivo”. Además señala que otro desafío es el trabajo en equipo que deben realizar los profesionales con la comunidad, formar lazos y realizar más trabajos en terreno. Refiere también falta de cohesión de la carrera en distintos niveles.

A continuación se exponen brevemente algunos extractos de las entrevistas que ayudan a clarificar la clasificación propuesta:

“Yo creo que la parte de sistematizar, la parte de sistematizar es una tarea pa nosotros todavía pendiente creo yo, se trata pero no está 100% trabajada, nos damos harto tiempo para el hacer y poco para sistematizar, entonces se ve poco los resultados, se evalúa poco, pero éste modelo... o sea son tantos los programas, que no hay tiempo pa evaluar lo que tiene y tampoco lo exige, entonces uno participa, se aplica pero no evalúa; yo siento que ese es el gran desafío que tenemos nosotros como Trabajo Social en todas las áreas, pero no hay tiempo para

sistematizar, no pa na, a mí me han pedido que haga investigaciones del tema de las terapias florales, que nosotros formamos ese grupo en el año 2006, imagínate cuánto tiempo ha pasado, yo no he podido sistematizar esa información, la tengo archivada, archivada, archivada, archivada, o sea en qué minuto, tendría que llevarme pega pa la casa, entonces, no, no se puede..” (T.S.1)

“Un desafío personal casi, quizás un poco ser un poco más ejecutivo, en la pega, porque yo soy como más disperso, yo me meto en una cosa, después me meto a otra y así, mira al final igual las termino o trato de terminarlas igual, pero, no soy así como tan estructurado como, como le pasa de repente a otras colegas que sí lo son y que a mí me gustaría serlo a veces, más ejecutivo, más, más yo soy como más light, hago la pega pero no me, no... tampoco me estreso con el tema, [...], y lo otro como desafío también es generar a propósito de la participación un lazo, un compromiso de colaboración mutua como diríamos, de trabajo compartido permanente con la comunidad, con los dirigentes, con los líderes, que a veces no necesariamente son dirigentes, con las personas pero ojalá ahí en el sitio donde las papas queman, en terreno, trabajar, hacer operativos, yo creo que eso falta. Otro desafío yo creo que un desafío casi a nivel de profesión tiene que ver con, en general de la profesión tiene que ver con la necesidad de crear la capacidad [...] y de, de procurar que todos los elementos se configuren ahí para que tú puedas desarrollar el tema de la sistematización, todo lo que yo te contaba y muchas otras cosas que hemos hecho yo te las cuento, pero... tenemos uno papeles o algo pero en ninguno de los casos se ha sistematizado, por ejemplo como instrumento de buenas prácticas, yo creo que esa es una pega no solamente nuestra sino que aquí como CESFAM y en todos los CESFAM y en todas las áreas en que trabaja el Trabajador Social ojalá puedan sistematizar. Como desafío, que otro desafío [...], quizás tiene que ver un poco con, con [...] la cohesión, con la cohesión de la carrera, del estamento, del área, a nivel institucional, a nivel comunal, a nivel de área de salud, etc., yo creo que ahí falta un poco.

También creo que el desafío pendiente está y entiendo que por lo que yo he conversado con colegas de otras comunas, el desafío pendiente está que el equipo valore y le dé el realce al trabajo que tú haces como Asistente o Trabajador Social.” (T.S.2)

Distinto a los desafíos que presentan T.S.1 y T.S.2, el TS 3, considera que los desafíos que debe enfrentar el Trabajador Social tienen que ver más consigo mismo, en cuanto a la actitud y disposición con la que desempeña su trabajo, señala que los Trabajadores Sociales están preparados para todo y su desempeño y trabajo sólo dependerá de la disposición con que realice su trabajo.

“No, yo creo que, yo creo que desafíos solamente son las ganas de querer hacer cosas, de querer hacer las cosas bien, tener la actitud, porque yo creo que los conocimientos están, sino que tener las ganas para entregar una mejor calidad de atención, yo creo que sólo va a depender de cada uno de nosotros, de como uno salgamos de la universidad, yo creo que uno tiene que salir, porque uno tiene que pensar que tiene las herramientas y la disposición la tiene que poner uno, y uno ser, la persona cierto que avanza, y siempre en la ideas y lo que más hay, cuando hay actividades en el centro o hay que hacer cosas innovadoras, yo generalmente nacen de los sociales, las cosas innovadoras, en los Centros de Salud hoy día yo estoy viendo lo de Salud Mental acá, precioso, precioso, y quién lo lidera, un Asistente Social lidera el programa de Salud Mental, entonces, participación social, un Asistente Social, en sectores un Asistente Social, o sea hoy día tú ves que todo están las cosas, eso significa que nosotros tenemos todas las herramientas y tenemos si solamente es las ganas de hacer las cosas, la actitud que uno tenga porque los conocimientos están y si elegimos esta carrera es por vocación. (T.S.3)

Conclusiones

En relación a esta tercera categoría en la sub-dimensión Aportes se concluye que los Trabajadores Sociales concuerdan en que el Trabajo Social ha realizado aportes en la implementación del Enfoque de Salud Familiar, y no solo ha realizado aportes sino además que el Enfoque valida estrategias que son utilizadas por la profesión y las lleva a un modelo que un número interdisciplinar de profesionales debe aplicar.

En tanto, en la sub-dimensión Desafíos, los TS1 y TS2 señalan y concuerdan en que uno de los desafíos que debe enfrentar el Trabajo Social es la sistematización, ya que se otorga tiempo al hacer pero poco tiempo para sistematizar.

La TS3, refiere que no hay desafíos para los Trabajadores Sociales, más que las ganas y la actitud que el profesional tenga en el ejercicio de la profesión ya que éste cuenta con todas las herramientas para realizar todo tipo de intervención y es capaz de desenvolverse en cualquier ámbito.

VI

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS Y/O PROPUESTAS.

VI.1. Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue dar a conocer la percepción de Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área de salud en Atención Primaria respecto del nuevo Enfoque de Salud, enfoque que se ha ido adhiriendo paulatinamente a los consultorios y centros de salud chilenos.

Para la consecución de los objetivos y de acuerdo a las categorías designadas, se presentaron tres dimensiones a través de las cuales se buscó profundizar en algunos aspectos que se consideran relevantes para el quehacer profesional. De esta manera, a través de la percepción, expectativas y experiencia de los trabajadores sociales se rescataron relatos que permiten presentar las conclusiones que a continuación se detallan.

VI.1.1. Principales conclusiones para la categoría Percepción

A través del análisis de esta categoría se obtiene que no existe una apreciación negativa por ninguno de los entrevistados respecto al nuevo modelo de atención en salud.

En cuanto a la percepción positiva, se señala por un lado, que el nuevo modelo de salud familiar ha venido a ayudar a la intervención que se realiza, dada las estrategias que trae consigo para ser implementadas. Por otro lado, en una percepción neutra, se indica que si bien el nuevo modelo no ha producido o no debiera producir cambios en la intervención puesto que por la formación que brinda la profesión muchas de las estrategias que tiene este nuevo modelo para ser implementadas, los Trabajadores Sociales ya las aplicaban, si permite en alguna medida la validación de lo que los TS realizan en la acción profesional.

Parece muy importante destacar la ausencia de percepciones negativas en torno a la implementación del nuevo modelo de salud por parte de los TS en relación a la intervención que estos realizan, pues refieren que el modelo no ha producido cambios en cómo intervienen, y que las estrategias que este trae consigo ayudan a complementar la acción profesional.

VI.1.2. Principales conclusiones para la categoría Expectativas

En esta categoría se visualiza que las expectativas de los entrevistados tienen relación principalmente con la experiencia previa que los TS poseían en el área de salud primaria. De esta forma, cuando el TS poseía una experiencia previa con el modelo anterior de salud –modelo biomédico- no generó mayores expectativas, sino que las actitudes eran más abiertas hacia la nueva propuesta. En cambio el TS que inició su experiencia en atención primaria con el nuevo modelo de salud refiere que en él se generaron expectativas y no sólo en el ámbito profesional, sino también personal, las cuales se vieron reforzadas en la medida que recibió la formación específica para trabajar con el nuevo modelo; por otra parte cuando el TS tiene un rol de dirección, donde su función es velar porque el modelo se lleve a cabo, sus expectativas tienen directa relación con los principales objetivos que trae consigo el nuevo enfoque.

VI.1.3. Principales conclusiones para la categoría Experiencia

En esta categoría los tres entrevistados reconocen aportes que ha realizado la profesión al nuevo modelo, ya sea directa o indirectamente, mencionando como ejemplo las técnicas y estrategias de intervención que se utilizan en el trabajo social, así también reconocen desafíos que debe enfrentar la profesión, como por ejemplo la sistematización, donde dos de los tres entrevistados señalan que este es uno de los desafíos, ya que se dedica mucho tiempo al hacer y poco a la sistematización. También en esta categoría se visualiza como un desafío la valoración y comprensión del quehacer profesional, y lograr la implementación del modelo a cabalidad.

En general los entrevistados coinciden en que la profesión prepara y dota a profesionales con herramientas que le permiten desarrollarse de manera integral, por lo que este nuevo de modelo de salud, en alguna medida, valida y/o reconoce el trabajo que los Trabajadores Sociales ejercen.

VI.2. Sugerencias

Las aportaciones que se pueden desprender de la presente investigación se orientan a complementar el estado del conocimiento en torno al quehacer del trabajador social en el área de salud. Si bien se trata de un estudio de casos, es altamente deseable que se puedan extender los objetivos hacia una muestra más amplia, permitiendo de esta forma extrapolar los resultados aquí obtenidos.

Por otro lado, y a partir de los resultados obtenidos en torno a las fortalezas del profesional trabajador social, resulta importante conocer cómo la formación de pre-grado facilita o dificulta la inserción laboral, o cuál es la percepción de los egresados de la carrera respecto a algunas áreas que podrían ser reforzadas o fortalecidas durante la formación universitaria.

Es por lo anteriormente señalado que se considera que la presente investigación viene a ayudar a comprender algunos procesos laborales del trabajador social en el área de la salud, pero que sin duda alguna, quedan desafíos interesantes de continuar abordando en futuros estudios.

VII. BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN CHILENA DE MUNICIPALIDADES. “Estudio Diagnóstico de la Situación de Gestión de Salud en las Entidades Administradoras Municipales e Identificación de Buenas Prácticas Locales”. Resumen ejecutivo. Santiago, abril 2009. http://www.munitel.cl/file_admin/archivos_munitel/salud/salud38.pdf.

ALARCÓN A, TORRES A, BARNA R. Atención Primaria en Salud, Nuevos Enfoques y Perspectivas, Hallazgos desde un Programa en Formación y Capacitación—. 2012. pp. 31 - 60

BAEZA, M.. De las metodologías cualitativas en investigación científico-social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido. Universidad de Concepción. 2002. 213 p.

BARRANCO EXPÓSITO, C. La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada. 2004.

CASTAÑEDA, P. Y SALAMÉ, A. Perspectiva histórica de la formación en trabajo social en Chile. 2010.

GARCÍA-HUIDOBRO, DIEGO. (2010). Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1463-1464. Recuperado en 21 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200019&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872010001200019.

GONZALEZ ROSSETTI, A.; MOGOLLON, O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. Gac Sanit, Barcelona, 2002. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100006&lng=es&nrm=iso>.

HIDALDO, C. Y CARRASCO, E. Ediciones Universidad Católica de Chile. Stgo. 2002. Salud familiar: un modelo de atención Integral en la Atención Primaria.

LAHAM MIRTA (s/f). Directora del portal psicología de la salud. El Modelo Biopsicosocial.

LOPETEGUI ADAMS, MARCELO. 2008.

MINISTERIO DE SALUD, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. En el camino a centro de salud familiar. 2008.

MINISTERIO DE SALUD, Chile. "Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile 2007".

http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pf.

MONTERO J. TÉLLEZ A. HERRERA C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Centro de Políticas Públicas UC. 2010 Sep;5 (38).

PARRA SABAJ, MARÍA. Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos Y Teóricos Que Sustentan Un Modelo De Investigación Cualitativa En Las Ciencias Sociales. 2005.

PUSCHEL, K., S. SULLIVAN, S. J. MONTERO, B. THOMPSON Y A. DÍAZ A. (2002). "Análisis de Costo-Efectividad de un Programa Preventivo de Enfermedad Vesicular en Chile". *Revista Médica de Chile* 130, 4: 447-459. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000400014&script=sci_arttext-af2.

RAMÍREZ DE MINGO, ISABEL (1992). El trabajo social en los servicios de la salud mental.

RIVEROS S, JORGE, BERNÉ M, CARMEN, & MÚGICA G, JOSÉ M. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista médica de Chile*, 138(5), 630-638. Recuperado en 19 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872010000500015

RUIZ OLANBUENAGA, JOSÉ (1996: 64). Metodología de la investigación Cualitativa.

STARFIELD B, SHI L, Y MACINKO J. 2005. Contribución de la Atención Primaria de Sistemas de Salud y Salud.

TAYLOR Y BODGAN (1987). Introducción a la metodología de investigación cualitativa

VÁZQUEZ M. L., SIQUEIRA E., KRUIZE I., SILVA A. DA, LEITE I. C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es.ikiki

VIII. ANEXOS

VIII.1. GUÍA DE ENTREVISTAS

¿Considera usted que el nuevo enfoque de salud familiar produjo un cambio en la intervención del TS? ¿Por qué? ¿Cuáles son?

¿Cuáles eran las expectativas iniciales que tenía cuando se comenzó a implementar el nuevo modelo de salud?

¿Cuáles son las apreciaciones que actualmente tiene respecto de esas expectativas?

¿Considera usted que el TS ha efectuado un aporte a este nuevo enfoque de salud?
¿Por qué? ¿Cuáles son?

¿Cuáles son los desafíos que deben enfrentar los trabajadores sociales para aplicar una intervención de calidad que se ajuste a este nuevo enfoque de salud?

