



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



Facultad de Educación y Humanidades
Departamento de Ciencias Sociales
Psicología

REPRESENTACIONES SOCIALES QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO AL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN CHILE

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autores:

Carolina Patricia Escobar Mendoza

Maricela Fernanda Ramírez Silva

Profesor Guía:

Ricardo Jorge Rey Clericus

**Diciembre, 2018
Universidad del Bio Bío
Chillán, Chile**

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a Dios, por dejarme poner en él mis temores y darme la fuerza para sobrellevar este camino en ocasiones lleno de obstáculos.

A mi familia, por darme el apoyo y cariño que necesitaba y por creer en mis capacidades.

A mis amigos y compañeros, por su contención en momentos difíciles y por su generosidad al compartir sus conocimientos siendo una guía durante todo este proceso.

Agradezco además a mi supervisor guía, por su paciencia, disponibilidad y dedicación cuando lo necesitamos, siendo una gran luz en el camino que nos ha llevado a la meta

Y finalmente a todos los que aportaron de alguna manera a que este proyecto se hiciera realidad.

Carolina Escobar M.

En primer lugar a Dios que sustentó cada día mis pasos, dándome la valentía y fortaleza para enfrentar cada obstáculo que se presentó en este proceso.

A mis padres José y Ana, que me enseñaron que ninguna meta es imposible de cumplir, apoyándome siempre en cada proyecto .A mi hermano José, por el apoyo y confianza.

A mi supervisor guía, por los conocimientos y dedicación entregados

Finalmente a mis compañeros que con su apoyo y solidaridad contribuyendo a mi formación como individuo y profesional.

Maricela Ramírez S.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación del estudio	11
1.3 Preguntas de investigación	14
1.4 Propósito de la investigación	14
1.5 Objetivos de la investigación.....	14
1.5.1 Objetivos generales.....	14
1.5.2 Objetivos específicos	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1. Salud y Enfermedad.	15
2.2 La Salud en Chile.....	16
2.3 El Modelo de Salud Familiar en la atención primaria.	21
2.4 La Reforma en Salud Chilena y las Representaciones Sociales como herramienta estratégica.	24
2.5 Teoría de las Representaciones Sociales.....	26
2.5.1 Antecedentes y Orígenes.....	26
2.5.2 Conceptualización	27
2.5.3 Estructura de una Representación Social	29
2.5.4 Dimensiones de las representaciones	30
2.5.5 Funcionalidad de las Representaciones Sociales.....	31
2.5.6 Características de las Representaciones Sociales	35
CAPITULO III: MARCO EMPÍRICO	36
3.1 Representación Social de la Salud Humana.	37
3.2 Modelo integral de la salud con enfoque familiar y comunitario	40
3.3 Modelo de atención de salud familiar: representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria	42
3.4 Acceso y Calidad de la atención de Salud.	44
3.5 Especialistas en medicina familiar.....	47

CAPÍTULO IV: MARCO EPISTEMOLÓGICO.....	49
4.1 Epistemología neopositivista	49
CAPITULO V: DISEÑO METODOLOGICO	50
5.1 Metodología	50
5.2 Diseño de investigación.....	51
5.2 Hipótesis.....	51
5.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
5.4 Plan de recolección y procesamiento de datos.....	52
5.5 Población y muestra.....	53
5.6 Criterios de Calidad	53
5.7 Aspectos Éticos.....	53
CAPITULO VI: RESULTADOS.....	54
6.1 Análisis descriptivo.....	54
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	73
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
CAPÍTULO IX: ANEXO.....	86

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Agentes del modelo de salud familiar.....	22
Ilustración 2 Interacción entre los principios de atención primaria	23
Ilustración 3 Tabla estudio Representación Social en la Salud Humana	38
Ilustración 4 Análisis etario de estudio de Representación Social en la Salud Humana	39
Ilustración 5 Porcentaje de cumplimiento	41
Ilustración 6 Escalamiento Multidimensional	43



INTRODUCCIÓN

La Reforma de Salud en Chile, busca mejorar la salud de la población y minimizar las brechas en cuanto a la equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutive. Examinando los aspectos que componen la atención primaria se pretende formular nuevos aspectos que logren mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.

La Salud pública es un tema que convoca a todos los miembros de la sociedad, tanto, a quienes prestan sus servicios y a quienes son los usuarios. Ante, la necesaria relación entre ambos lados, es importante revisar aspectos que consideren un punto intermedio, por ello, la suposición del modelo de salud familiar, se aproxima a dicho punto, considerando la integración de aspectos personales, familiares y sociales.

Las representaciones sociales consideran la interpretación personal de los funcionarios sobre el modelo. El abordaje de las representaciones sociales, engloba la influencia de los comportamientos sociales y las interpretaciones personales de las relaciones, es decir, nos entregan atributos tales como: patrones de conductas, percepción e interacción que se asocian a los aspectos del modelo de salud.

Dentro de las investigaciones más relevante sobre el modelo de salud, se encuentran las descripciones del modelo de atención de la salud familiar (García-Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto, & Vargas, 2018) , el acceso y calidad de atención (MINSAL, Modelo de Atención Integral en Salud, 2005), y los especialistas de la medicina familiar (Montero, Téllez, & Herrera, 2010).

Entre las investigaciones que se desarrollan en torno a la perspectiva de las representaciones sociales, se encuentran las representaciones con la salud

humana (Knapp, Mesa, León, & Suárez, 2003) y las representaciones y el modelo de atención de salud familiar (Moraga & Leiva, 2013).

El presente estudio se orienta a describir la perspectiva del modelo de salud familiar en atención primaria mediante las representaciones sociales que poseen los profesionales de atención primaria en Chile. Además comparar los resultados obtenidos con el estudio del 2013. Para ello, se enmarca en la metodología cuantitativa con la corriente neopositivista.

El informe se articula de la siguiente manera:

Capítulo I “*El problema de investigación*”: se describen los aspectos del planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos de la investigación, justificación y limitaciones del estudio.

Capítulo II “*Marco teórico*”: se especifica apartados con los antecedentes conceptuales que articulan la investigación y fundamentan su ejecución.

Capítulo III “*Marco empírico*”: Implica investigaciones que hayan desarrollado el tema y variables de estudio.

Capítulo IV “*Marco epistemológico*”: Se describe la base de la percepción del estudio, además se expresan las hipótesis que se comprueban.

Capítulo V “*Metodología*”: Se desarrolla el método, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos y el plan de recolección.

Capítulo VI “*Resultados*”: Se exponen los resultados de la recolección de datos.

Capítulo VII “*Conclusiones*”: Se desarrollan el cierre del estudio y comprensión de los resultados.

Capítulo VIII “*Referencias*”: Ahonda en los archivos que se revisaron para crear la investigación.

Capítulo IX “*Anexos*”: Se adjuntan archivos que componen la investigación.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Los problemas de salud son un tema que está presente en todas las naciones, por lo que, se abordan a nivel global y los gobiernos de cada país realzan la preocupación de la salud para mantener a la población en estado de bienestar y cubrir las necesidades básicas para la sobrevivencia (OMS, 1946).

Los términos de salud y enfermedad se complementan ya que interactúan entre si y para abordarlos, se ha desarrollado la concepción de la atención primaria, donde se incorpora los aspectos del modelo de salud clínico, desde la identificación de los factores que afectan el estado de bienestar hasta la prevención y cuidados. (MINSAL, 2007)

En la atención primaria se aplica el modelo de salud familiar y comunitario que entrega acciones y sistematiza el quehacer de los funcionarios, permitiendo que la práctica de la atención sea oportuna y eficaz para la comunidad (MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, 2018).

Se define al modelo de salud familiar, como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados– a las **personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia**, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su **medio ambiente físico, social y cultural**” (MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, 2018).

“El escenario de un nuevo perfil demográfico y epidemiológico ha exigido transformaciones y adaptaciones del modelo de atención en salud” (García-

Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto, & Vargas, 2018), por lo tanto, el servicio de atención pública se modifica constantemente a partir de la contextualización y cambios culturales.

Dentro de los cambios más relevantes que ha sufrido los conceptos en la salud (atención primaria), se encuentra el cambio de cosmovisión sobre las características del trato al usuario, en donde se integra una perspectiva activa, la que engloba como principal característica el autoconocimiento en salud, considerándolo en la elaboración del diagnóstico.

En los inicios del sistema de salud, la mirada del trato a los usuarios se enfoca en la entrega atención de forma mecánica y rápida, en donde el término “*paciente*” apunta a las personas en estados pasivos y asistencialista, luego de la reestructuración del sistema, se fomenta la integridad y la perspectiva global de los usuarios, es decir, las personas son más activas y responsables (MINSAL, 2018).

El Modelo de Atención de Salud Familiar actual tiene asimismo ciertas características, como lo son: una atención enfocada en las personas, con énfasis en lo promocional y preventivo, además de poseer un enfoque familiar, integral, de participación social, Intersectorialidad, calidad, uso adecuado de las tecnologías y la gestión de personas (Moraga & Leiva, 2013). Este cambio de perspectiva es lo que permitiría dar una atención más cercana, comprometida y responsable a las personas que necesiten el servicio. Sin embargo de acuerdo al Ministerio de Salud Chileno (MINSAL) el cambio a este nuevo modelo debe ser paulatino, ya que se busca alcanzar un cambio cultural a partir del cambio de las prácticas (Moraga & Leiva, 2013).

A partir de lo mencionado se realiza la idea de evaluar el modelo de salud familiar en Chile para discriminar la integración, por parte de los funcionario de salud primaria, de los aspectos que caracterizan el modelo y revisar cual es la visión que poseen en cuanto a la información que consideran pertinente e importante para al trato al usuario y las características de la atención.

Respecto a las representaciones sociales, se considera que se establecen conexiones entre lo personal y social, lo cual significa la inclusión de patrones (representaciones) en la identidad de las personas. Producen significados que orientan la acción social y dan origen a teorías del sentido común que permite describir, clasificar y explica los fenómenos de la realidad. (Ibáñez, 1988).

Las representaciones se suelen utilizar como medios (herramientas) para fomentar las prácticas de las intervenciones clínicas, en pos de mejorar el servicio ofrecido y las expectativas de los usuarios.

El uso de aquella herramienta tiene como objetivo neto favorecer la formulación de la salud y minimizar las brechas entre la equidad, acceso, calidad y habilidades de los profesionales ofrecidos al público.

Es importante coordinar la información para llevar a cabo acciones que estén “...en torno a las necesidades de las personas, sus familias y comunidad, articulando todos los recursos que estén a su alcance para lograr el mejor estado de bienestar posible” (Fábrega, 2018). En torno a lo propuesto las representaciones sociales permiten aproximarnos a las necesidades de la población y la visión que se tiene de estas mismas.

1.2 Justificación del estudio

Los modelos de salud familiar son esquemas que sustentan el sistema de atención público, dirigen el quehacer de los profesionales y coordina las acciones para el tratamiento de los usuarios. En torno a las características de la población objetivo deben orientarse a las acciones, considerando dar un servicio de calidad, eficaz y eficiente.

En el informe sobre la salud en el mundo, escrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo título fue “*La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca*”; se establece que la APS habría sido interpretada en algunos lugares como la atención para los pobres, o que se centraba exclusivamente en el primer

nivel de atención (Bass, 2012). Por lo tanto, se aprecia una discriminación negativa en los términos de comprensión del modelo de salud familiar.

Es importante enfatizar en los criterios del modelo y conocer las características específicas que integran los funcionarios de la atención pública, pues la atención recibida hacia el usuario, dependerá de la perspectiva que tengan los profesionales; por lo que el estudio fortalece la mirada de factores que potencian el entendimiento de los usuarios y el trato personalizado.

Es fundamental para el ejercicio de la salud, ir perfeccionando aspectos dentro del propio marco de la promoción, por ello, “las políticas públicas se expresan en decretos, regulaciones o normas adoptadas por el Estado para proteger las condiciones económicas y sociales que tienen impacto significativo en la salud...” (Salinas & Vio, 2002).

El ministerio de salud alrededor del año 2012, postula que en la APS, se debe desarrollar el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado hacia la resolución de los siguientes desafíos del nivel primario de atención (Bass, 2012):

1. Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
2. Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
3. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

En favor de los desafíos del modelo, el presente estudio permite dar una mirada sobre el punto uno y tres, es decir, potencia el equilibrio entre las necesidades de atención mejorando la capacidad de los profesionales, también

potencia la eficacia y efectividad de la participación de los usuarios, mediante la interpretación de los resultados se abarcan lineamientos para entrenar en la integración del modelo de salud familiar.

Enfatizando el cambio del modelo de salud en Chile:

“Se requiere de una acción sostenida y articulada para promover mejoras legales y reglamentarias con el fin de avanzar en las políticas de salud y calidad de vida” (Salinas & Vio, 2002).

En el año 2005 con la Reforma de Salud de Chile, se implanto un nuevo modelo de atención centrado en la atención primaria de salud (APS), focalizado en la promoción, prevención, resolución ambulatoria e integral de los problemas de salud de la población, también el uso medido de los recursos. Así surge lo que hoy se conoce como Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (García-Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto, & Vargas, 2018). A pesar de la adquisición de los aspectos modelos, no se logra establecer la adhesión a los principios en los funcionarios.

Se señala que tras los cambios que se han dado en la sociedad, se necesita modificar las estructuras de las instituciones para mejorar los procesos de atención, a través del conocimiento de los funcionarios se aplica la proposición de elaborar mejores modelos o aprender sobre ellos.

“Un cambio cultural requiere de una mayor sistematización del proceso de implementación del modelo de atención, centrado en las mejores prácticas tanto a nivel de la gestión, como de la atención clínica y la relación con la comunidad, que recoja las lecciones aprendidas de la experiencia de los equipos de salud, que ya han iniciado este camino de cambio, con gran creatividad, audacia y dedicación a lo largo de una década” (MINSAL, 2018).

Desde lo anterior se ha evidenciado que las modificaciones realizadas a partir de este cambio de modelo han sido valoradas, principalmente, inspeccionando el avance de las acciones que habrían llevado a cabo y no tienen en mayor

consideración las creencias, percepciones y opiniones de los actores involucrados. (MINSAL, 2007). Esto último sería más congruente con el nuevo modelo y permitiría conocer cuánto se ha logrado del tan anhelado cambio cultural (Moraga & Leiva, 2013).

1.3 Preguntas de investigación

¿Ha habido alguna modificación en las representaciones sociales que poseen los funcionarios de atención primaria de salud desde el año 2013 a la actualidad en torno al modelo de salud familiar?

1.4 Propósito de la investigación

Comparar si la percepción que tienen los funcionarios hacia el modelo de salud familiar y comunitaria, ha cambiado desde la evaluación realizada el año 2013.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivos generales

Describir las representaciones sociales que poseen los funcionarios de atención primaria de salud, en relación al modelo de salud familiar vigente, asimismo comparar los resultados obtenidos con el estudio realizado el año 2013.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas tales como sexo, edad, profesión, entre otros.
- Describir las representaciones sociales que poseen los funcionarios de un CESFAM de la ciudad de Concepción sobre el modelo de atención integral familiar.
- Discriminar y comparar los aspectos presentes del modelo de salud familiar en los profesionales.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Salud y Enfermedad.

Se considera que "Salud" y "Enfermedad" no son conceptos absolutos, sino más bien constructos socioculturales propios de cada etapa histórica, interviniendo conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores (Laín, 1978). Aquello alude a la contextualidad de las variables, es decir, a partir de los cambios que se brinden se llevarán a cabo giros en el sistema de salud y social.

Para traspasar las fronteras de la enfermedad y lograr un estado de salud que vas más allá del ejercicio de la voluntad. Considerando la integridad de ambos conceptos y la expansión de las intervenciones en las dos áreas, se aproxima la "Medicina".

El origen del término se deriva del vocablo latino "medicinam" proveniente de *mederi* que significa "curar, cuidar, medicar" (Astrada, 1967). La medicina es la ciencia y arte que trata de la curación, prevención de la enfermedad y del mantenimiento de la salud (OMS, 2018), ya que considera aspectos de la salud y enfermedad que se asocian a elementos de interconexión entre ambos.

En un principio los conocimientos de Medicina tenían carácter mágico-religioso con algunas diferencias según la época y las religiones existentes en las diferentes zonas y las cuales tenían grado de desarrollo diferente (Laín, 1978).

A través de los hallazgos arqueológicos, descubrimos que los pueblos de la antigüedad, como por ejemplo los egipcios, ya realizaban operaciones quirúrgicas complejas, un hecho que demuestra el gran desarrollo e inteligencia de esta civilización (Velasco, 2007). Estas personas hicieron grandes avances en medicina gracias a su sofisticado proceso de momificación de los cuerpos. Los momificadores, abrían los cuerpos de los faraones para extraer las vísceras, obteniendo una gran cantidad de información acerca de la anatomía humana.

Más tarde, los griegos fueron pioneros en el estudio de los síntomas de enfermedades. El gran maestro en esta disciplina fue Hipócrates (considerado el

padre de la medicina). Otro gran conocedor de la medicina fue el griego Galeno, quien vivía en Roma (Valenzuela, 2009).

En la edad media, era común que el médico buscara curar prácticamente todas las enfermedades usando el recurso de las sanguijuelas, una clase de gusanos anélidos que consiguen almacenar sangre superior a cinco veces el tamaño de su cuerpo. Durante este periodo, el conocimiento había avanzado poco, debido a la fuerte influencia de la Iglesia Católica que condenaba toda investigación científica (López, 2000).

En el período de Renacimiento Cultural (siglos XV y XVI), hubo un gran avance en la medicina impulsado por el deseo de descubrir el funcionamiento del cuerpo humano, los médicos intentaron explicar enfermedades a través de estudios científicos y pruebas de laboratorio. De esta manera se profundizó en el estudio anatómico de animales y seres humanos (Laín, 1978).

Fue en el siglo XVII cuando William Harvey hizo un nuevo descubrimiento importante para esta ciencia en desarrollo: el sistema circulatorio (Harvey, 1628).

En el siglo XIX todo el conocimiento se hizo más agudo después de la invención del microscopio acromático. Con este instrumento Louis Pasteur hizo un gran avance para la medicina, al descubrir que las bacterias son responsables de la causa de la mayoría de las enfermedades (López, 2000).

Actualmente, la medicina tal como la conocemos ha realizado avances exponenciales en la detección y tratamiento de diferentes enfermedades, basado en un apoyo tecnológico y científico en constante desarrollo y perfeccionamiento.

2.2 La Salud en Chile.

En Chile la historia de la medicina fue desarrollándose a la par de los acontecimientos en Europa y tiene su origen a finales del siglo XVIII, la cual alcanzó ciertos adelantos con la fundación de la Real Universidad de San Felipe y la entrada en vigencia del Real Protomedicato, institución encargada de vigilar y certificar las destrezas de boticarios, enfermeros, parteras, médicos y cirujanos (Chile, 2018).

A partir de estos impulsos se lograron importantes avances como la renovación y creación de hospitales en diversas ciudades del país, aunque la enseñanza de la medicina en el siglo XVIII seguía siendo precaria (Cruz Coke, 1995).

La valoración social del médico ocurrió sólo a mediados del siglo XIX, cuando nuevas ideas sobre la enfermedad y la sanación se impusieron paulatinamente en la sociedad chilena. Este proceso de transformación fue lento y comenzó circunscrito a un pequeño espectro de la población (Chile, 2018).

En la naciente república la mayoría de los individuos atendía sus enfermedades a través de procedimientos y sujetos tradicionales, como *meicas*, curanderas o sanadoras. Esto llevó a que la cátedra de medicina impartida en la Universidad de San Felipe, se clausurara en 1809 debido a la ausencia de alumnos interesados. Dicha materia la retomó el Instituto Nacional que validó los títulos profesionales hasta 1847, cuando la instrucción universitaria quedó en manos de la Universidad de Chile, dando inicio a una nueva etapa en la enseñanza de la disciplina durante el siglo XIX (Cruz Coke, 1995).

Algunos acontecimientos históricos también influyeron positivamente en la medicina chilena. La Guerra del Pacífico, por ejemplo, generó necesidades que permitieron lograr notables avances en la medicina de urgencia, como la creación del Hospital de Sangre y la aplicación de prácticas asépticas y antisépticas, a esto se sumó el aumento de médicos graduados debido a las necesidades militares del momento y una consolidación de la instrucción universitaria (Chile, 2018).

En 1874 se enviaron estudiantes becados a Europa y se permitió el ingreso de la mujer a la Universidad, siendo Eloísa Díaz la primera mujer en Chile en

estudiar Medicina. Entre 1879 y 1881 se licenciaron 90 médicos, llegando a un total nacional de 350 profesionales. De esta manera, se fue formando un cuerpo médico profesional y organizado que impulsó la creación de espacios de discusión y difusión científica, así como el desarrollo de ciertas especialidades como la obstetricia y ginecología, la neuropsiquiatría o el higienismo (Sagredo & Gazmuri, 2006).

Por su parte, el Estado tuvo un papel preponderante en el desarrollo de la medicina en este período, al generar una institucionalidad que tuvo como objetivo regular su ejercicio en términos legales, administrativos y de infraestructura, esto no solo permitió la construcción de nuevos hospitales en el país, sino también crear políticas de salud pública con una legislación acorde a ellas. En este proceso se destacaron numerosos médicos como Federico Puga Borne, precursor de la medicina social, Augusto Orrego Luco, padre de la neuropsiquiatría Chilena, y Alejandro del Río, los cuales contribuyeron a que la disciplina se consolidara como una profesión moderna y científica entre el último tercio del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX (Sagredo & Gazmuri, 2006). En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte y en 1925 surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financiero. (Chile, 2018).

Entre los años 1937 y 1942 comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años, surge la Ley 6.174, que establece los principios de la medicina preventiva al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores y aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) como resultado de la fusión del Departamento Central de la Madre y el Niño; con el Departamento de Sanidad Escolar (Cruz Coke, 1995).

También se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) al fusionarse los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo es prestar acciones de prevención. (MINSAL, 2018)

En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile (MINSAL, 2018).

En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo (Laín, 1978).

En 1968 la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo (Cruz Coke, 1995).

En 1979 se fusionan el SNS y Sermena, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP). La nueva institucionalidad permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección (Cruz Coke, 1995).

En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades, se reforma el sistema previsional de pensiones y salud y comienza la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud (Laín, 1978).

En 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados (MINSAL, 2018).

En 1985 las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios, se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección, se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsual y se establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud (MINSAL, 2018).

En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto. En 1987 la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsual para el sector público. En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo. En 1990 la Ley 18.933 crea la Superintendencia de Isapres y modifica la legislación de dichas instituciones (Cruz Coke, 1995).

En 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud y en 2005 entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno (MINSAL, 2018).

En cuanto al financiamiento del sistema de salud en Chile, este se sustenta a través de aportes municipales y copagos hechos por los afiliados a Fonasa, esto referente al sistema público. Respecto al sector privado la fuente de financiamiento provienen de cotizaciones, aranceles y copagos, tanto obligatorios como voluntarios de los asociados a Isapre. (Becerril-Montekio V, 2011)

Respecto a la salud mental en Chile, esta emerge a mediados del siglo XX con el modelo asilar, que estaba centrado en hospitales psiquiátricos, cuyo objetivo era mantener el control de las personas internas, impidiendo el contacto con su entorno social, modelo que atentaba con los derechos humanos. Fue esta hasta los años 50 y junto a Maxwell Jones, Inglaterra, quien propuso una “comunidad terapéutica”, comienza a incluirse la rehabilitación de los pacientes con actividades laborales de tipo industrial. Comienza el declive del modelo asilar y emergen un enfoque ambulatorio comunitario. (MINSAL)

2.3 El Modelo de Salud Familiar en la atención primaria.

Desde la perspectiva de la salud como un bien social, se entiende que el sistema de salud va más allá de las redes de establecimientos de atención y las acciones que ejecutan, sobre todo en la acentúan del enfoque holístico (MINSAL, 2018)

Nuestro sistema de Salud, se define como un sistema basado en atención primaria, estructurado en el modelo presentado en donde se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad, intencionado además la co-participación de comunidad en los procesos de mantención y cuidados de la salud (MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, 2018).

En el desarrollo de la salud pública se vela por cubrir la necesidad de potenciar funciones sociales, tales como: el quehacer de las personas y familia, relevar el rol de la familia en el proceso de la atención, responder a las expectativas del cuidado en salud, para esto, se elabora el modelo de atención familiar con enfoque familiar y comunitario.

El modelo integra los aspectos personales, familiares y sociales, aproximándose al enfoque biopsicosocial en el abordaje clínico centrado en la persona. El enfoque psicosocial fue operacionalizado por M. Stewart, Ian McWhinney y otros (Citado por MINSAL, 2008), a través de los siguientes elementos ineludibles:

1. Explorar la situación (“síntomas y signos” del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación)
2. Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.

3. Convenir con la persona la explicación y el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
4. Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
5. Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.
6. Usar de manera realista el tiempo y los recursos

Ilustración 1 Agentes del modelo de salud familiar



Fuente: (MINSAL, En el camino a Centro de Salud Familiar, 2008).

El ministerio de salud chileno, describe que la atención primaria posee “Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente

aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL, 2018)

Ilustración 2 Interacción entre los principios de atención primaria



Fuente: (MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, 2018).

Los principios del modelo integral de salud familiar y comunitario, son:

- Centrado en el usuario
- Integralidad
- Continuidad
- Gestión de las personas trabajadoras de salud
- Intersectorialidad
- Énfasis promocional y preventivo

- Enfoque familiar
- Centrado en la atención abierta
- Participación en salud
- Uso de tecnología aprobada
- Calidad

2.4 La Reforma en Salud Chilena y las Representaciones Sociales como herramienta estratégica.

A principios del siglo XXI, las situaciones de mayor gravedad como causa de muerte y pérdida de calidad de vida en Chile estaban relacionadas con enfermedades crónicas, degenerativas y de salud mental, existiendo un fuerte remanente de enfermedades infecciosas. Estos antecedentes sumados al cambio en las expectativas de vida de la población y al desarrollo propio de un país, impulsaron al Estado Chileno a realizar una profunda reforma en el sector de la Salud (Laín, 1978).

Este cambio reformuló los conceptos de autoridad sanitaria, de sistemas de fiscalización, los sistemas de interrelación entre las redes hospitalarias públicas y privadas, las combinaciones entre los distintos niveles de complejidad de atención, entre otros. Todos orientados en el alcance de los objetivos planteados para el periodo 2000-2010, cuya meta fue la de mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, corregir las inequidades y proveer servicios acordes con las expectativas de la población (MINSAL, 2018).

Al detenernos en este punto, vemos que la reforma de salud en Chile, los antecedentes históricos de la medicina y cómo se entiende el concepto de Salud-Enfermedad, van apuntan hacia un horizonte integral y se comprende de manera notoria y relevante el aspecto *Biopsicosocial* como ámbito esencial en la medicina tanto mundial, como chilena.

La Reforma de Salud en Chile busca mejorar la salud de la población y minimizar las brechas en cuanto a la equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutiva. (Infante & Paraje, 2010)

Existe evidencia de que los Sistemas de Salud organizados en torno a Atención Primaria y un Modelo de atención integral basado en los principios de la salud familiar, considerando aspectos culturales y sociales en la atención, son el medio a través del cual se pueden lograr ambos objetivos.

“Es importante que toda la red de salud actúe en forma sinérgica y coordinada, en torno a las necesidades de las personas, sus familias y comunidad, articulando todos los recursos que estén a su alcance para lograr el mejor estado de bienestar posible” (MINSAL, 2018), esto implica la transformación del sistema actual de salud a una mejora y evolución constante en la atención y que esta sea de carácter integral, familiar y comunitario.

La definición de modelo de atención en el contexto de la reforma es: “Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2005).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, se hace necesario no solamente aplicar estrategias de salud que estén orientadas a los objetivos del modelo, si no también retroalimentar la gestión de las personas encargadas en la red de atención primaria, a través de la definición y registro de sus ideas más profundas y percepciones en relación a los pacientes, familias, salud familiar y la atención de los mismos.

Una de las herramientas más adecuadas para aplicar en la medición de objetivos cualitativos y perfeccionamiento continuo del modelo que la reforma de salud desea definir, es a través de la teoría de representaciones sociales que

permite desde la definición de un objeto social, establecer que predisposición poseen los encargados de atención primaria de salud en Chile con respecto a los usuarios y cuáles son las estrategias conductuales que son necesarias definir y mejorar para la implementación de un modelo eficiente y adecuado a la realidad Chilena (Moraga & Leiva, 2013).

2.5 Teoría de las Representaciones Sociales.

La Teoría de las representaciones sociales es uno de los modelos teóricos más clásicos y fundamentales en sociología y psicología social, donde confluyen nociones de origen sociológico como la cultura y la ideología y nociones de procedencia psicológica como la imagen y el pensamiento.

2.5.1 Antecedentes y Orígenes

Al situarnos en el origen del concepto de representación social, éste habría sido presentado inicialmente por Serge Moscovici, en su libro *“El psicoanálisis: su imagen y su público”* (1979), en el cual se muestra una primera aproximación a lo que en la actualidad sería uno de los enfoques fundamentales para el estudio de los fenómenos sociales. Este autor amplía la conceptualización de las representaciones sociales a partir de la idea de representaciones colectivas planteadas por Emilio Durkheim en el campo de la sociología, quien establece la importancia de generar una teoría centrada en el componente social de los procesos de carácter colectivo (Piñero, 2008).

La propuesta de Moscovici resumía años de estudios teóricos y empíricos, tras los cuales funcionaba un propósito básico: redefinir los problemas y conceptos de la Psicología Social, con su teoría de las representaciones sociales, Moscovici integra en una psicología social las aportaciones de diversas disciplinas, dentro de un contexto europeo y permite comprender la esencia del pensamiento social desde otra perspectiva. (Perera, 2003)

De igual forma otras escuelas de pensamiento fueron también un aporte en la configuración de la teoría de las representaciones sociales, entre ellas:

- La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Sus puntos de vista sobre el esquema social operatorio susceptible de actuar ante objetos reales o simbólicos, los estados de la inteligencia, la representación del mundo en el niño, entre otros, de algún modo tienen huellas en los postulados de Moscovici.
- La obra de Sigmund Freud también brinda aportes al acervo de esta teoría, tal como lo ha hecho para la Psicología Social. Al respecto vale citar "La Psicología de las Masas" de 1921, donde plantea el carácter social de la psicología individual, como una característica constituyente de la vida humana.

Todas estas ideas de algún modo han fertilizado el terreno de las representaciones sociales. A la vez que se reconoce la vinculación estrecha con la Sociología, principalmente, pues al decir de Denise Jodelet -una de las más importantes continuadoras de Moscovici- la noción de Representación social se haya en la encrucijada entre la Sociología y la Psicología, también existen puntos de contacto con la Antropología y la Historia (Perera, 2003).

2.5.2 Conceptualización

Ha existido dificultad para muchos investigadores en establecer un concepto de representaciones sociales, es por ello que a continuación conoceremos se exhibirán algunas definiciones de distintos autores:

Moscovici, establece que "las representaciones sociales son sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y, en segundo término, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para

denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal” (Olivares R. , 2015).

Para (Ibáñez, 1988)"las representaciones sociales producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con la suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos” (p.55).

Jodelet, desarrolla la siguiente definición: "El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal " (Gutiérrez, 1998). Este autor considera que las representaciones sociales deben ser consideradas como un constructo psicológico y social de lo que es real para cada sujeto.

"Las representaciones sociales son abordadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y de elaboración psicológica y social de esa realidad” (Contreras, 2008). Es decir, que nos interesamos en una modalidad de pensamiento, bajo su aspecto constituyente -los procesos - y constituido - los productos o contenidos.

Se señala que al “observar una representación social es observar el proceso por el cual un grupo se define, regula y compara con otros” (Di Giacomo J. , 1980), cada vez que se considera que una representación social está estructurada, comparte elementos emocionales y está unida a comportamientos específicos.

En conclusión, una representación social se construye en base a la interacción social y el conocimiento que se desprende de la misma y ciertamente posee un componente psicológico, ya que está asociado a la interpretación de la

realidad desde cada individuo, también la elaboración de ideas y conceptos en base a la misma.

2.5.3 Estructura de una Representación Social

Jodelet, establece que existen tres elementos fundamentales en las representaciones sociales: (Jodelet, 1986)

- **Contenido:** Una representación siempre tiene un contenido, que está formado por conjunto de informaciones, ideas y conocimientos referentes a un objeto social. Este contenido es figurativo, es decir conectado con imágenes y símbolos que le darán un significado a nivel de lenguaje que ayudará a establecer el proceso de socialización y la percepción afectiva que le dará el sujeto o el grupo al objeto social.
- **Objeto social:** toda representación está dirigida hacia un objeto, aportándole a los mismos el significado y sentido común en relación a una situación, una persona, lugar, etc.
- **Sujeto:** La representación social está basada en un sujeto, ya sea este un individuo, familia o grupo y siempre en relación a otro. Un sujeto, individuo o grupo, es el que percibe el objeto social y elabora sobre el mismo los contenidos, por lo tanto, las representaciones sociales siempre son compartidas por un grupo social de referencia.

Las representaciones sociales siempre están orientadas a un objeto social que se establece en la interacción social, ya sea de individuos o grupos sociales, en los cuales se desarrollan contenidos que son transmitidas en los procesos conversacionales e impregnados en el pensamiento común. (Ibáñez, 1988)

De acuerdo a lo revisado, las investigaciones se relacionan con los sistemas ideológicos-culturales y las representaciones sociales previas de los sujetos, así

como también las condiciones sociales, económicas e históricas y afectivas de los mismos que son las bases de las representaciones sociales que construyen los grupos (Ibáñez, 1988; Jodelet, 1986; Moscovici, 2001).

2.5.4 Dimensiones de las representaciones

En relación a la estructura, Moscovici ha señalado que las representaciones sociales pueden ser analizadas con fines didácticos y empíricos en tres ejes o dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud (Mora, 2002).

a) *La información:* Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a cantidad y a calidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explícito; trivialidad u originalidad en su caso.

Es por tanto que esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.

b) *El campo de representación:* Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerárquica, variando de grupo a grupo e inclusive al anterior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un grupo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.

c) *La actitud:* Es la dimensión afectiva, la cual significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación.

“La actitud es, según Moscovici, la más frecuente de las tres dimensiones. Los marcos valorativos y normativos filtran los elementos a partir de los cuales se construye la representación. Los elementos cargados valorativamente (núcleo figurativo) se convierten en marcos de interpretación y categorización de nuevos datos, constituyéndose entonces en sistemas de significación central que van a orientar los comportamientos” (Parales & Vizcaíno, 2007).

2.5.5 Funcionalidad de las Representaciones Sociales.

Según León (2002) las representaciones sociales cumplen diferentes funciones (Materán, 2008):

- Hacer convencionales los objetos, personas y eventos que se encuentran en la vida cotidiana; otorgándole una forma definitiva, localizándolo en una categoría y establecerlo como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de personas.
- Propiciar la comunicación entre las personas, comunicación que implica tantos puntos de vista compartidos como divergentes sobre diversas cuestiones.
- Promueve el pensamiento colectivo y la reflexividad de los grupos siendo estos requisitos fundamentales para lo que se denomina identidad social; es decir, el conocimiento del grupo al que pertenece.
- Justifica las decisiones y conductas que se dan en las interacciones sociales.

Por otro lado, Jodelet señala que las representaciones sociales tienen tres funciones básicas: La integración de la novedad, la interpretación de la realidad y la orientación de las conductas (Gutiérrez, 1998).

Ibáñez, agregó la función de configuración de las identidades personales y grupales, la cual también será agregada en esta descripción (Ibáñez, 1988).

Integración de la novedad:

Toda representación social puede ser integrada y adicionada a conocimientos anteriores de un individuo o grupo, haciendo que se vuelvan familiares al repertorio cotidiano.

Desde lo anterior, Moscovici nombra dos procesos básicos e interdependientes sobre la formación de las representaciones sociales (Perera, 2003), los cuales son:

I.-Objetivación: Es el proceso mediante el cual los elementos abstractos, conceptuales se transforman en imágenes, elementos icónicos; lo abstracto sufre una especie de "reificación o cosificación y se convierte en algo concreto y familiar lo esencialmente conceptual y ajeno. Se realiza a través de tres fases:

1.-Construcción selectiva: Permite la apropiación de los conocimientos relativos al objeto de representación, se seleccionan y descontextualizan los elementos que resultan significativos para el individuo y donde la pertenencia social juega un papel vital.

2.-Esquematización estructurante: Permite la organización coherente de la imagen simbólica del objeto, dotando a los sujetos de "su visión de esa realidad". Los elementos seleccionados se estructuran y organizan en el esquema o núcleo figurativo, en torno al cual se vertebra la representación.

3.-Naturalización: La imagen, los elementos que constituyen el núcleo adquieren existencia propia, despojado en lo posible de niveles de abstracción funcionan como categorías sociales del lenguaje.

II.-Anclaje: Proceso que actúa integrando las informaciones que llegan mediante el proceso previamente descrito, a nuestro sistema de pensamiento ya configurados. En lenguaje cotidiano es ver lo nuevo con lentes viejas. Este proceso permite

integrar las nuevas representaciones a todo el sistema representacional preexistente, reconstruyendo permanentemente nuestra visión de la realidad.

Es así como, las representaciones sociales cumplen la función de volver familiar lo no familiar, integrando lo nuevo en el sistema de representaciones preexistente, y de esta manera dando significado al proceso representacional.

Interpretación y construcción de la realidad:

A través de las representaciones sociales se puede reconocer un objeto social desde su significado y de esta manera clasificándolo en una categoría anterior. Son un marco de referencia que permite la clasificación y evaluación de un universo semántico a partir de categorías que facilitan la operatividad en la realidad existente (Moscovici, 2001).

Gergen menciona que "los términos y fonemas, mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, producto de intercambios históricos y culturalmente situados entre las personas, es sólo en virtud de haber sostenido alguna forma de relación pasada que podemos producir algún sentido" (Gergen, 1962).

Ibáñez e Íñiguez, definen que "Las personas no somos consumidoras de representaciones previamente elaboradas que son aplicadas objetivamente a la interpretación de los objetos sociales, más bien, las representaciones se construyen y se modifican en el proceso de interacción social y así reconstruyen la propia realidad interpretada" (Ibáñez & Lupicinio, 1993).

Las representaciones sociales tienen una función interpretativa de la realidad, pero también transformadora, ya que cada individuo posee una percepción particular de la realidad y por lo tanto la transforman, elaborando representaciones sociales que son particulares y colectivas a la vez.

Orientación de las conductas:

Las representaciones sociales son un marco de referencia conductual para cada sujeto integrante de un colectivo, y la toma de decisiones del mismo está directamente relacionada con la representación construida por las personas y los grupos sobre un objeto social (Moscovici, 2001).

Los sujetos actúan en una determinada situación social en función de representaciones anteriores de los elementos en juego. Las conductas y las decisiones en relación a la realidad y la interacción social se basa en pautas preestablecidas acerca de cómo se comprende la realidad y el sentido común que va siendo consensuado por los miembros de los diferentes grupos sociales. “El sujeto no entra en la situación de interacción de manera espontánea y neutral, sino que las representaciones sociales permiten comprender la situación, anticipar los acontecimientos, preparar la interacción y dar sentido al propio comportamiento” (Gutiérrez, 1998).

Conformación de las identidades personales y grupales:

Las representaciones sociales conforman la identidad social y personal, así como la pertenencia a un grupo y la diferenciación con respecto al mismo (Gergen, 1962), por lo tanto, brindan relaciones entre los pensamientos para diferenciar y definir la imagen personal, paralelamente la imagen social.

Todas las personas comparten representaciones sociales sobre un cierto objeto, que se elaboran en las interacciones interpersonales en determinados contextos sociales, y que están influenciadas por antecedentes históricos y culturales que diferencian a un grupo de otro. Este proceso posibilita la percepción de pertenencia a un grupo y la diferenciación con los miembros de otros grupos. (Banchs, 1986)

Para concluir “el sentido de pertenencia y la identificación con un colectivo aluden a la necesidad de los sujetos de ubicarse en un referente valórico y normativo que los diferencie de otros. Las representaciones, en este sentido, resguardan la imagen positiva del grupo y cumplen un control social en relación con los procesos de socialización” (Olivares , 2015).

2.5.6 Características de las Representaciones Sociales

Las representaciones sociales poseen ciertas características que afectan el comportamiento social y la interpretación personal de estas interacciones (Di Giacomo J. , 1980).

1. Las representaciones sociales son una forma de pensamiento basado en el sentido común, que surge a partir de la interacción y ámbito conversacional de los miembros de un grupo, la publicación de medios, conceptos que se integran al discurso colectivo, que inicialmente surgen como referencias y después se establecen como verdades dentro del pensamiento natural (Banchs, 1986).
2. No son de carácter concreto, ya que al darle un significado hay que considerar al aspecto creativo tanto del individuo como del resto del grupo social que se logra mediante la abstracción y construcción de este conocimiento social. "Siempre haya una parte de actividad de construcción y de reconstrucción en el acto de representación" (Jodelet, 1986).
3. Las representaciones sociales son referentes a un objeto social definido, es decir, se hace presente a nivel mental algo que en la realidad está ausente mediante la abstracción y percepción (Moscovici, 2001).
4. Poseen un carácter social, ya que son creadas y compartidas por un grupo, con el objetivo de darle un significado al objeto social para así poder incorporarlo a su realidad cotidiana (Gutiérrez, 1998).
5. Tienen características figurativas y simbólicas, donde lo aprendido se transforma en imagen y ésta adquiere un significado tanto para el sujeto como para el grupo (Di Giacomo, 1987).

6. Posee un importante componente afectivo que va unido al conocimiento social producto de la interacción (Moscovici, 2001). Son estructuras cognitivo-afectivas, que interpretan, seleccionan, vinculan e interrelacionan la información proveniente del medio (Ibáñez, 1988).

7. Son determinantes del comportamiento en relación a lo cotidiano. Las representaciones sociales disponen las actitudes de las personas en relación a los objetos sociales (Banchs, 1986).

En relación a esta característica específica se basa el trabajo que hemos desarrollado, ya que al identificar cómo un comportamiento surge de una predisposición de un concepto anterior en cuanto a un objeto social, podemos establecer que qué manera factor afecta directamente el nivel y el tipo de interacción que un individuo tendrá con otro o u grupo en particular, y en el caso de un centro de atención de salud primaria.

CAPITULO III: MARCO EMPÍRICO

En cuanto a los datos empíricos que sustentan este estudio, a continuación, se detallarán investigaciones realizadas en base a estudios internacionales y nacionales que reflejaron en su momento la necesidad de un análisis sobre el tipo de representaciones sociales que poseen los funcionarios de atención primaria respecto al modelo de salud familiar.

3.1 Representación Social de la Salud Humana.

Uno de los principales aportes en cuanto a las representaciones sociales en el entorno de la salud, lo plantearon en sus investigaciones de Knapp, León, Mesa Borroto y Suárez (2003), en su estudio Representación Social de la Salud Humana, realizado en Cuba, en el cual plantearon lo siguiente:

“La salud devenida en concepto social, en realidad psicosocial no puede desvincularse del contexto y condiciones sociales en que tiene lugar y se desarrolla, todo lo cual permite abordar el estudio de la salud humana desde la Teoría de las Representaciones Sociales, la cual ofrece un marco teórico y compartido, que orienta las respuestas de los sujetos ante la salud” (Knapp, Mesa, León, & Suárez, 2003).

El abordaje de este estudio se realizó en un formato científico desde una perspectiva Psicosocial, considerando la necesidad de estudios investigativos referentes a este tema en Cuba y en otros países de América Latina, focalizados en la contextualidad de cada sector.

Estos datos ayudaron a establecer bases en cuanto al alcance de las representaciones sociales en sujetos y los efectos en la atención primaria en la salud, derivando en el establecimiento de estrategias de intervención en dicho país en cuanto a la atención y un modelo de protocolo basado en la calidad de la misma.

La metodología de este estudio se basó en las interrogantes en relación a la existencia de representaciones sociales en el grupo de estudio y las características de las representaciones sociales en la muestra de la investigación.

Para la realización de la investigación los investigadores usaron una muestra no probabilística de 105 sujetos de ambos sexos, cuyas edades fueron superiores a los 17 años y segmentados en tres grupos etarios: 17-35 (35 sujetos), 31-60 (35 sujetos) y 61 o más (35 sujetos).

Las variables operacionales fueron Representación social, Núcleo figurativo, Campo representacional y Salud.

La aplicación de la metodología se basó en la asociación libre de palabras, una entrevista no estructurada conjuntamente con un esquema de completamiento de frases.

En la siguiente tabla los datos reflejaron que el núcleo figurativo de la representación estuvo conformado por las categorías Bienestar (69,5%) e Instituciones, Personal y Práctica Médica, donde en la primera categoría las palabras más frecuentes fueron: bienestar, tranquilidad, sentirse bien, felicidad, armonía, seguridad, alegría; Médico, hospital, medicamentos, policlínico, enfermera, inyecciones y atención formaron parte de la categoría Instituciones, Personal y Práctica Médica. Por otra parte, conforman el campo representacional las categorías Calidad de Vida (34,2%), Fatalidad (21,9%), Representaciones Definicionales (8,5%), Información y Prohibiciones, ambas con un 0,9%.

Ilustración 3 Tabla estudio Representación Social en la Salud Humana.

Tabla I

Categorías	Total de personas	Por ciento	Frecuencia
Bienestar	73	69,5	176
Instituciones, Personal y Práctica Médica	70	66,6	115
Calidad de vida	36	34,2	53
Fatalidad	23	21,9	26
Representaciones Definicionales	3	0,21	14
Información	1	0,9	1
Prohibiciones	1	0,9	1

Fuente: (Knapp, Mesa, León, & Suárez, 2003)

En cuanto al análisis etario, el 100% de los sujetos entre 17 y 30 años relacionó la salud a las Instituciones, Personal y Práctica Médica; siendo éste el ámbito más estable que compone la representación social. El 60% del segundo grupo de edades (31 a 60 años) mencionó la misma categoría, pero además incluyó Bienestar con un 71% en su núcleo figurativo; sin embargo en el tercer grupo de edades, de 61 y más años, se estableció el concepto de Bienestar como prioritaria y con el mismo % siendo la única palabra que formó parte del núcleo central, por lo tanto la categoría Bienestar fue la palabra a la cual se le otorgó mayor importancia por parte de todos los rango de edad del grupo de estudio, constituyendo así el núcleo figurativo de la representación social de la salud humana, mientras que en el campo representacional se encontraron las categorías Institución, Personal y Práctica Médica y Calidad de vida.

Ilustración 4 Análisis etario de estudio de Representación Social en la Salud Humana

Tabla. 2

Categorías	17 - 30			31 - 60			61 y más		
	Cant.P	%	Frec	Cant.P	%	Frec	Cant.P	%	Frec
Bienestar	19	54,28	45	27	77,14	60	27	77,14	71
Inst. y Práct. Med	35	100	57	21	60	38	14	40	20
Calidad de vida	15	42,85	26	14	40	17	7	20	10
Fatalidad	9	25,71	10	7	20	8	7	20	8
Rep. Definicionales	1	2,85	1	1	2,85	1	1	2,85	2
Información	-	-	-	1	2,85	1	-	-	-
Prohibiciones	-	-	-	-	-	-	1	2,85	1

Fuente: (Knapp, Mesa, León, & Suárez, 2003)

Conjuntamente con la data de las entrevistas no estructuradas y el completamiento de frases los investigadores pudieron concluir que los sujetos de la investigación poseían un conocimiento específico de sentido común orientado a la práctica, la comunicación, comprensión y dominio de su entorno social, con un núcleo figurativo constituido por la palabra Bienestar alrededor de la cual se situaron las categorías referidas a Institución, Personal y Práctica Médica y Calidad de Vida, determinando con una actitud hacia la salud, en sentido general, no muy favorable, ni activa, aun cuando los sujetos lograban discernir entre las conductas saludables de las que no lo eran, presentándose una clara dificultad en cuanto a un comportamiento proactivo y más elaborado, lo cual también se manifestó en el análisis etario del grupo.

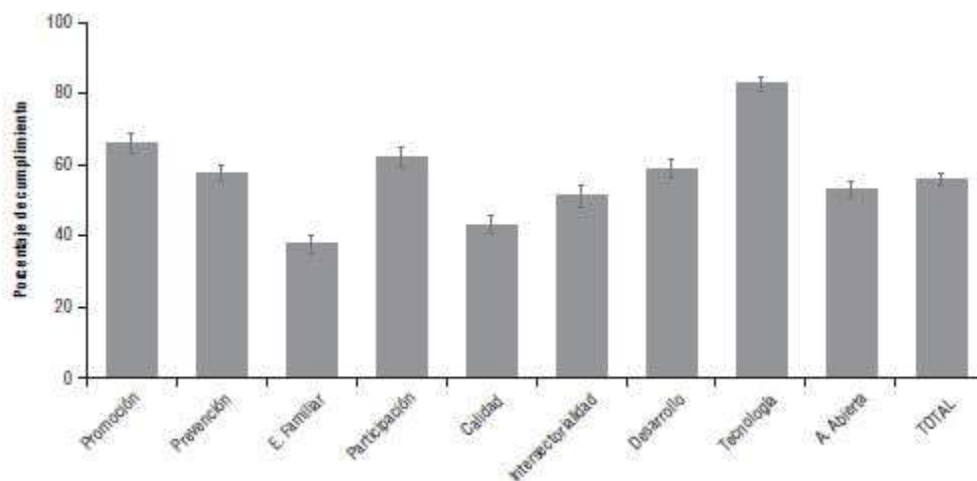
3.2 Modelo integral de la salud con enfoque familiar y comunitario

Se discrimina que el modelo de salud operante en Chile, tiene enfoque psicosocial y familiar, lo cual sustenta las intervenciones en el área laboral y las acciones de los profesionales. García-Huidobro et (2018), indago en el estado actual de la implementación de Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) en la atención primaria de Chile.

En el estudio se realizó una evaluación mediante la implementación del MAIS en un total de 1 263 establecimientos de atención primaria, luego se correlacionaron la autoevaluación (interna) y la evaluación de los servicios de salud (externa) para cada centro.

La correlación entre autoevaluación interna y la evaluación externa de la implementación total del MAIS fue muy alta (0,819, $p < 0,001$). El eje tecnología presentó mayor implementación (83,0% de cumplimiento) y enfoque familiar (37,8% de cumplimiento), el menor. Los centros de salud familiar, las comunas urbanas, aquellas con mayor número de inscritos y con menor índice de pobreza, fueron los establecimientos que presentaron mayor implementación. No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la implementación del MAIS y los gastos comunales totales ($p = 0,132$) ni específicos de salud ($p = 0,244$).

Ilustración 5 Porcentaje de cumplimiento



Fuente: (García-Huidobro, Barros, Quiroz, Barría, Soto, & Vargas, 2018).

Se concluye que las estrategias de acompañamiento para su implementación son prioritarias para establecimientos de atención primaria ubicados en zonas rurales y con bajo número de usuarios inscritos. Aún persiste el desafío de avanzar

en la instalación del enfoque familiar y la calidad del cuidado como centro de la atención de salud.

3.3 Modelo de atención de salud familiar: representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria

Otro estudio realizado en relación a representaciones sociales en la atención primaria en Chile fue realizado por Moraga y Leiva (2013), llamado *Modelo de atención de salud familiar: representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria*. (Moraga & Leiva, 2013)

Esta investigación se desarrolló en base a la identificación de representaciones sociales en el Modelo de Atención de Salud Familiar de los funcionarios de Atención primaria en Talca, con las siguientes técnicas de recolección:

a) Una escala de diferencial semántico considerando las dimensiones de la Atención primaria.

b) Una técnica de asociación libre de palabras a partir de los elementos centrales del Modelo de Salud Familiar.

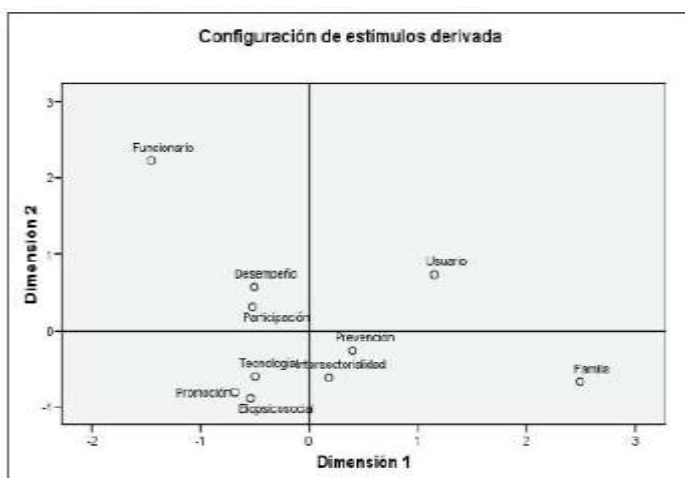
La técnica de diferencial semántico fue aplicada a una muestra de 88 funcionarios de atención primaria de la ciudad de Talca. Posteriormente la escala de diferencial semántico y la técnica de asociación libre de palabras fueron aplicadas a la muestra final, donde se desarrollaron 105 cuestionarios.

El cuestionario final fue conformado por un apartado para recoger los datos sociodemográficos de los participantes con una escala de diferencial semántico de 17 ítems y 10 conceptos para la técnica de asociación libre de palabras.

La técnica de diferencial semántico consistió en 17 pares de adjetivos bipolares ante el concepto "Modelo de Atención de Salud Familiar", con una escala de -3 a +3, que se agruparon en 5 factores que explicaron el 69,85% de la varianza en la muestra del grupo de estudio.

En la siguiente figura se pueden observar los resultados obtenidos por medio del escalamiento multidimensional aplicado en este estudio, en el cual se presentaron dimensiones perceptuales que oponen las palabras Funcionario de Usuario y Familia, situando a su vez a éstos objetos alejados del resto.

Ilustración 6 Escalamiento Multidimensional



Fuente: (Moraga & Leiva, 2013)

Estos resultados indicaron en este estudio que los elementos que son definidos como centrales dentro del nuevo modelo de salud en Chile se ubicaron en una posición más periférica dentro de las representaciones sociales que establecían los funcionarios de salud.

En los campos de significados de los mismos, se encontraron algunos elementos propios del Modelo de Atención de Salud Familiar, pero que no estarían integrados, debido a que no comparten una dimensión común de significado y similaridad, por lo tanto queda en evidencia que el énfasis estaría puesto en la participación necesaria en el trabajo hacia la comunidad y no con la comunidad, por lo que no se estaría gestando entre los equipos de salud y sus comunidades la estrecha vinculación que debiese existir según los planteamientos del MINSAL. (Moraga & Leiva, 2013)

En este estudio se sugirió un acercamiento a las representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria, las cuales podrían servir de complemento a las evaluaciones que hoy en día se realizan, para de esta manera conocer y corroborar no sólo los cambios en las pautas conductuales, sino que, establecer si el modo de conceptualizar la atención de salud de los funcionarios de atención primaria está acorde con la visión Biopsicosocial del modelo de salud.

3.4 Acceso y Calidad de la atención de Salud.

Los servicios de salud en Chile han venido realizando desde hace varios años encuestas de satisfacción usuaria a nivel local para los establecimientos de su red de salud utilizando diversas metodologías.

Estas evaluaciones, realizadas desde el año 2005, han buscado determinar los niveles de satisfacción de usuarios respecto a los servicios proporcionados por los establecimientos de salud y de esta manera determinar factores específicos de satisfacción o insatisfacción con el fin de mejorar aquellos aspectos deficitarios que se presenten en el ámbito de la atención primaria (MINSAL, 2005).

Para la realización de las evaluaciones de satisfacción de usuarios se han utilizado básicamente dos tipos de metodología:

a) La aplicación de encuestas a usuarios del sistema de salud respecto a su percepción de la atención recibida.

b) La utilización de la metodología de usuario incógnito con un “inspector” que acudió al lugar de atención y chequeó a través de una pauta las dimensiones a evaluar.

Las dimensiones consideradas se han establecido dentro de ámbitos que consideran calidad de la atención, trato, tiempo de espera, información recibida, privacidad y la satisfacción con la infraestructura, como por ejemplo señalética, aseo, baños y salas de espera.

En los primeros resultados se observó que la percepción de los usuarios respecto a la satisfacción con el servicio ofrecido había sido positiva, variando entre un 50% a un 95% de percepción de satisfacción con el servicio ofrecido.

En el año 2008, con el objetivo de contar con un sistema nacional de medición de la satisfacción usuaria que permitiera un análisis más real del sistema público de salud, se desarrolló un proceso de validación de instrumentos con la colaboración de los 29 servicios de salud a lo largo del país, los cuales posteriormente fueron aplicados nuevamente entre mayo y octubre del 2009 con una muestra final de 50.000 usuarios en los establecimientos de la red asistencial. (MINSAL, 2009)

Las variables consideradas para esta investigación fueron: tiempos de espera, acceso, personal de salud, infraestructura.

Dentro de los resultados se pudieron establecer los siguientes datos:

Índice de satisfacción de usuarios:

Para toda la red de Salud Pública el índice fue de 78,1% con un máximo de 100%, lo cual reveló que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto de la atención recibida en los hospitales y centros de salud era relativamente buena.

No obstante, los menores niveles de atención se observaron en la atención de urgencia, donde el promedio nacional fue de un 71,1%, y en la atención hospitalaria el mayor nivel de satisfacción fue de un 83,9%.

Satisfacción neta:

Para el cálculo de la satisfacción neta se calculó la diferencia entre la satisfacción (porcentaje de usuarios que califican como satisfecho y muy satisfecho (notas 6 o 7) y la insatisfacción (porcentaje de usuarios que califican como insatisfecho o muy insatisfecho (notas menores o iguales a 4).

La atención hospitalaria presentó los mayores niveles de satisfacción con un 78,7%, es decir, la calificaron como satisfechos o muy satisfechos y sólo un 4,1% estuvo insatisfecho, resultando una satisfacción neta de 74,6%, por otra parte, la atención de urgencia presentó los menores niveles de satisfacción y los mayores de insatisfacción con una satisfacción neta de 24,7%.

De este estudio se realizaron diferentes análisis en cuanto a las diferentes áreas y de las cuales se pudieron establecer diferencias considerables en la atención en aquellas consideradas más críticas como era el caso de urgencia, donde las variables de tiempo de espera, acceso, infraestructura y personal de salud resultaron ser poco eficientes, quedando en evidencia los bajos niveles de satisfacción como síntomas de actitudes y predisposición por parte del personal de atención primaria hacia los pacientes en la red de salud pública en la atención primaria (MINSAL, 2009).

En el año 2018, el Ministerio de salud, emitió una evaluación llamada “Informe de resultados y propuestas de continuidad sobre el valor social de la atención primaria en Chile” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

El Ministerio de Salud llevó adelante durante 2017 un proceso en que puso en el centro el valor social de la atención primaria.

Este proceso estuvo conformado por:

- Consulta individual sobre el valor social de la Atención Primaria (desde noviembre 2016 hasta marzo de 2017).
- Conversatorios Locales sobre el valor social de la Atención Primaria (desde noviembre 2016 hasta abril de 2017).
- Congreso de Atención Primaria (abril 2017).

Los principales resultados en torno al valor social de la atención primaria, levantados en el proceso participativo fueron el rol de la atención primaria, modelo integral de salud familiar y comunitario, valores, participación y cambios estructurales.

En cuanto a la atención de salud, los aspectos más valorados en la consulta online fueron un acceso a la salud ágil y oportuno (54,3%), atención integral (52,1%) y la entrega de medicamentos (49,8%), quedando como aspectos a mejorar el acceso, el diagnóstico oportuno, los horarios de atención y la coordinación con el hospital.

En cuanto a los conversatorios se valoraron las distintas acciones y prestaciones de salud con las que se cuenta, destacando programas y atenciones en domicilio y en áreas distantes.

En relación a los valores, en la consulta individual, la pregunta abierta de ¿Cuáles son los valores sobre los que debiera construirse una política de salud? Se recogieron los siguientes datos: respeto (3.545), oportunidad (1.107), equidad (1.017), calidad (927), confianza (891) y empatía (891). En los conversatorios aspectos relativos a la construcción de relaciones entre las personas fueron abordados, reconociendo la importancia de establecer un vínculo positivo entre el equipo de atención primaria y la comunidad sobre todo en el trato recibido. Por su parte, la consulta individual fue identificado como el segundo aspecto más valorado en la salud de las comunas: “que el trato sea respetuoso”, con un 53,9% de participantes que lo señalaron, conjuntamente con “el trato hacia las personas y familias” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018).

3.5 Especialistas en medicina familiar.

Montero, Téllez & Herrera (Montero, Téllez, & Herrera, 2010), establecieron que debido a la complejidad de los problemas de la atención primaria en Chile, se necesitaban especialistas con competencias específicas para trabajar efectivamente en este nivel de atención.

Actualmente el desafío de la formación universitaria de médicos especialistas en medicina familiar ha sido asumido por varias Universidades. Estos especialistas, que existen en la mayoría de los países desarrollados, son los que cuentan con las

competencias para hacerse cargo de la salud de las personas y de su familia en forma continua e integral, y que a su vez, cuentan con una mayor capacidad resolutive.

Basado en esta premisa se realizó el estudio de las competencias que debieran tener los médicos para un buen desempeño en centros de salud familiares en Chile, describiendo dos etapas de avance en diversas áreas: enfoque multidimensional integral, población a cargo, continuidad del cuidado, énfasis en prevención y promoción, mirada transdisciplinaria para asumir el cuidado de las familias, en equipos de salud, comunidad como sujeto que toma parte en las decisiones sobre su salud.

La Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos (Apice), establece que “El Médico Familiar debe manejar el proceso de salud enfermedad de personas y familias a cargo desde una mirada sistémica, considerando la complejidad biopsicosocial, de manera continua a lo largo del ciclo vital y familiar, con énfasis preventivo y promocional, en equipo y en red, preferentemente en el ámbito de la atención primaria, en contextos tanto públicos como privados, procurando el aprendizaje familiar y el desarrollo de los sistemas de cuidado para contribuir al mejor nivel de salud y calidad de vida posible de la población bajo cuidado” (Bass, 2012).

En Chile existe una cantidad aproximada de 470 especialistas en medicina familiar, es decir, solamente un 1,5% de los médicos totales que existirían en el País. Esta insuficiencia de la formación se podría deber a la falta de la continuidad de una política pública de formación de médicos de familia.

Existe muy poca información relacionada con el nivel de resolución que podría aportar la medicina familiar en la atención primaria, sin embargo un estudio que compara las interconsultas (IC) referidas por los médicos generales y los médicos de familia, halló que la tasa de IC de los médicos generales era de un 7,68% por cada 100 consultas, y en el caso de los especialistas en medicina familiar era de sólo 4,0% (Colegio Médico de Chile, 1998).

El estudio realizado por estos investigadores arrojó diferentes propuestas en relación a la mejora de la participación y el desarrollo profesional con el objetivo de favorecer la formación continua y la actividad docente en los equipos de atención primaria, incentivar el desarrollo de actividades de investigación en estos equipos, aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral, incentivar el trabajo de los equipos en comunidades con mayor riesgo social y sanitario, promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros de Salud del país. Surgiendo la necesidad de avanzar en la construcción de una política integral de desarrollo del recurso médico de la atención primaria para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención (Bass, 2012).

CAPÍTULO IV: MARCO EPISTEMOLÓGICO

4.1 Epistemología neopositivista

La corriente neopositivista, de acuerdo a lo expuesto por Guba (1990) “mantiene preferencias por metodologías cuantitativas y la ciencia

experimental, pero con planteamientos más flexibles y menos dogmáticos, en la que se acepta la variabilidad metodológica, pasando esta corriente a ser una versión modificada del positivismo” (Bungue, 2003).

El neopositivismo orienta la base de la metodología cuantitativa, considerando la implantación de la teoría y el empirismo, dentro de la objetividad que posee la corriente y sus planteamientos (Meza, 2002).

Desde el punto de vista de los filósofos neopositivistas no se ocuparían de los procesos científicos reales sino que se evocarían al análisis del lenguaje de los resultados. (Ñuaupas, Novoa, & Mejias, 2014)

“La ciencia, no consigue más que reconstrucciones de la realidad que son problemáticas y no demostrables. La unidad de la ciencia estriba en su objetivo, a saber, narrar la historia de lo que existe. La unidad de la ciencia consiste en tener —o aspirar a— un único lenguaje, ya sea un lenguaje de datos sensibles (sensismo o sensacionalismo), ya un lenguaje de la observación (empirismo), ya el lenguaje de la matemática...” (Leopardi, 2009).

CAPITULO V: DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Metodología

La metodología que se utilizó en el estudio presente corresponde al enfoque cuantitativo:

“Lo que permite a la ciencia alcanzar su objetivo - la construcción de reconstrucciones parciales y cada vez más verdaderas de la realidad - es su método”.

La metodología cuantitativa, tiene un proceso secuencial, deductivo, probatorio y el análisis de la realidad objetiva (Hernández et al, 2010). Aquello permite recopilar información de manera precisa y asertiva.

“La investigación cuantitativa es un proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo determinados pasos.” (Álvarez, 2011)

5.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación según Sampieri se refiere al “plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema” (Sampieri & Baptista, 2010)

El estudio es de tipo descriptivo- comparativo, pues se busca describir la percepción que tienen los funcionarios de atención primaria respecto del modelo de atención familiar, para posteriormente compararlo con un estudio anteriormente realizado, el cual estaba enfocado en la misma temática.

5.2 Hipótesis

En base a la información recolectada, las hipótesis del presente estudio son:

H₁: Las representaciones sociales de los funcionarios son acordes al modelo de salud familiar.

H₂: Se registran cambios en comparación a los datos obtenidos entre el año 2013 y 2018.

5.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

El cuestionario es constituido por un apartado inicial para recoger los datos sociodemográficos de los participantes, una escala de diferencial semántico de 17 ítems, y 10 conceptos para la técnica de asociación libre de palabras (ver anexo 1). De lo cual se describirán los últimos dos instrumentos consistentes en:

- **La escala de diferencial semántico considerando las dimensiones de la APS.**

La técnica de diferencial semántico, consiste en 17 pares de adjetivos bipolares ante el concepto “Modelo de Atención de Salud Familiar”, con una escala de -3 a +3, que se agrupan en 5 factores. (Cárdenas, 2008)

- **La técnica de asociación libre de palabras a partir de los elementos centrales del Modelo de Salud Familiar.**

En la técnica de asociación libre de palabras, se utilizó un total de 10 palabras estímulo, que fueron: Usuario, Promoción, Prevención, Familia, Biopsicosocial, Participación, Intersectorialidad, Desempeño, Tecnología y Funcionario, ante las cuales los sujetos debieron señalar la mayor cantidad de palabras que asociaron a cada una de ellas (Cárdenas, 2008).

(Véase anexo 1)

5.4 Plan de recolección y procesamiento de datos

La información se archivó en Microsoft Excel y analizó con el programa estadístico SPSS para Windows, revisándose los estadísticos descriptivos para los datos sociodemográficos, los ítems de la escala de diferencial semántico y la técnica de asociación libre de palabras.

En cuanto al análisis de frecuencia de conceptos, se trabajó en el programa Microsoft Excel.

Se requirió colaboración a los participantes mediante la firma del consentimiento informado, además la aplicación se realizó de forma autoadministrable.

5.5 Población y muestra

El total de la muestra estuvo compuesto por 260 funcionario de la Atención Primaria de Salud, hombres y mujeres mayores 18 años, pertenecientes distintos CESFAM de la ciudad de Concepción. La muestra estuvo integrada por profesionales y técnicos de las distintas áreas de la salud. Entre los expertos se encontraban: Médicos, psicólogos, oftalmólogos, nutricionistas, kinesiólogos, Matronas y técnico en enfermería de nivel superior.

Con respecto al estudio de 2013 existe una variación en el número de la muestra la cual correspondería a 285 funcionarios de atención primaria de salud, hombres y mujeres de 18 años, pertenecientes a distintos CESFAM de la ciudad de Concepción.

5.6 Criterios de Calidad

En cuanto a los criterios de calidad, no se encuentra información respecto a los instrumentos utilizados.

5.7 Aspectos Éticos

La presente investigación fue presentada y autorizada por el comité de ética de la universidad del Bío-Bío.

Se dio entrega de consentimiento informado a cada participante antes de realizar cada encuesta, el cual entregaba la información de los beneficios y los nulos riesgos que tiene esta investigación, así como también la privacidad, confiabilidad y

anonimato de las respuestas dadas para los participantes, teniendo en consideración el principio de autonomía el cual es definido por França-Tarragó “capacidad de todo individuo humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa” (França-Tarrago, 2010). (Véase *anexo 2*)

CAPITULO VI: RESULTADOS

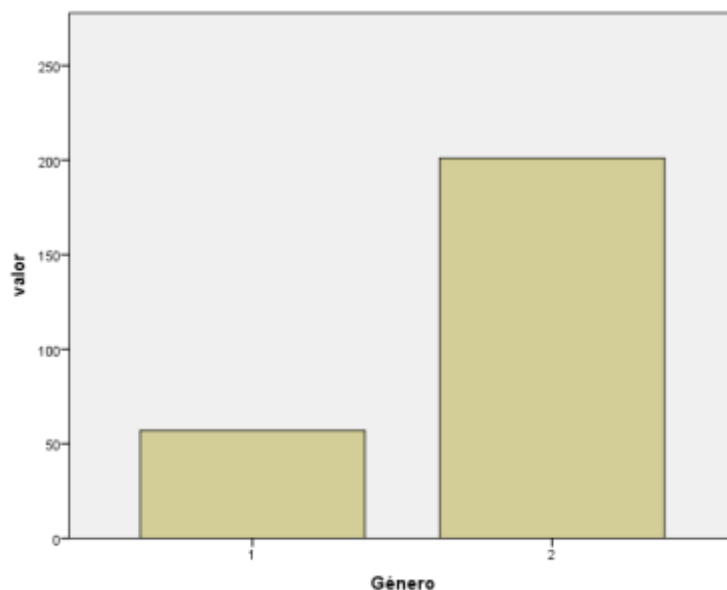
6.1 Análisis descriptivo

En la presente investigación se encuestaron a 260 funcionarios de atención primaria de salud pertenecientes a distintos CESFAM de la ciudad de Concepción, de lo cual se arrojaron los siguientes datos:

En cuanto al género de la muestras, estuvo conformado por 57 personas de sexo masculino, mientras que 201 fueron conformadas por personas de sexo femenino.

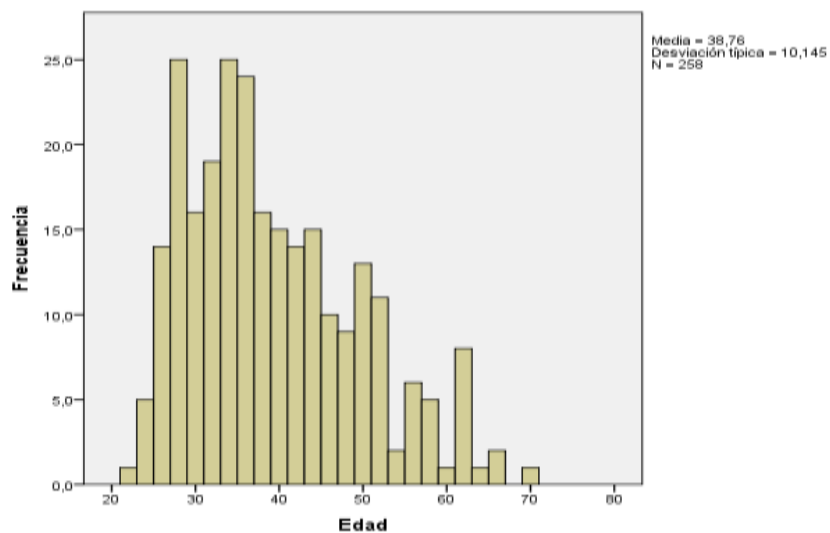
Respecto a la escala de asociación libre de palabras, se obtuvieron un total de 2224 conceptos.

Gráfico 1: Género de la Muestra



De un total de 258 encuestas válidas, se obtiene que el grupo de participantes está conformado por personas del sexo masculino correspondientes al 21,9% (N = 57) y personas del sexo femenino correspondientes al 77,9% (N=201) de la muestra total.

Gráfico 2: Edad de la muestra

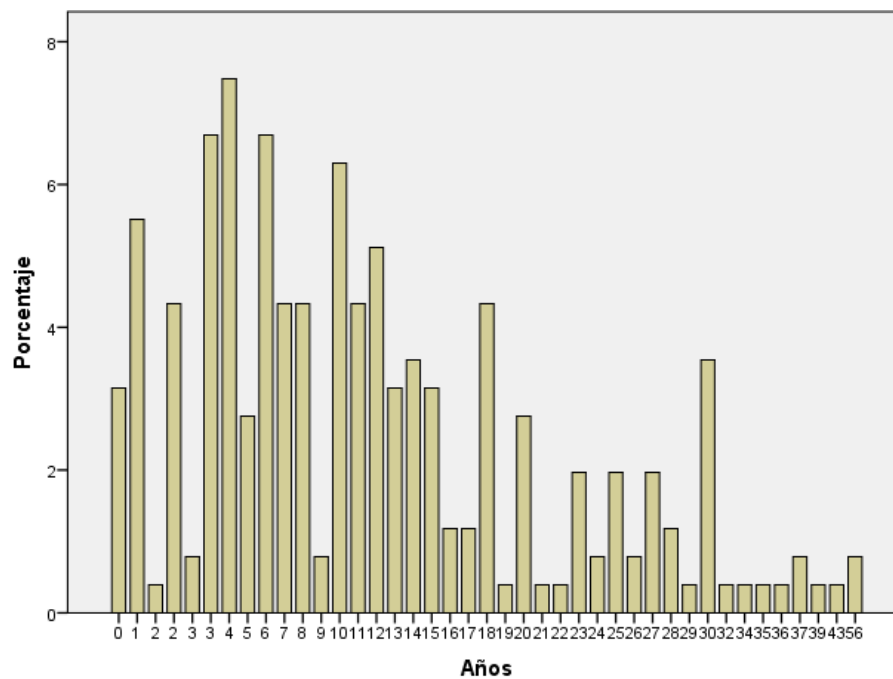


Fuente: Elaboración propia

De un total de 258 datos válidos, se presenta que el rango de edad de los encuestados varía desde los 22 años hasta los 69 años, con una media de 38,76 años (D.E. 10,145).

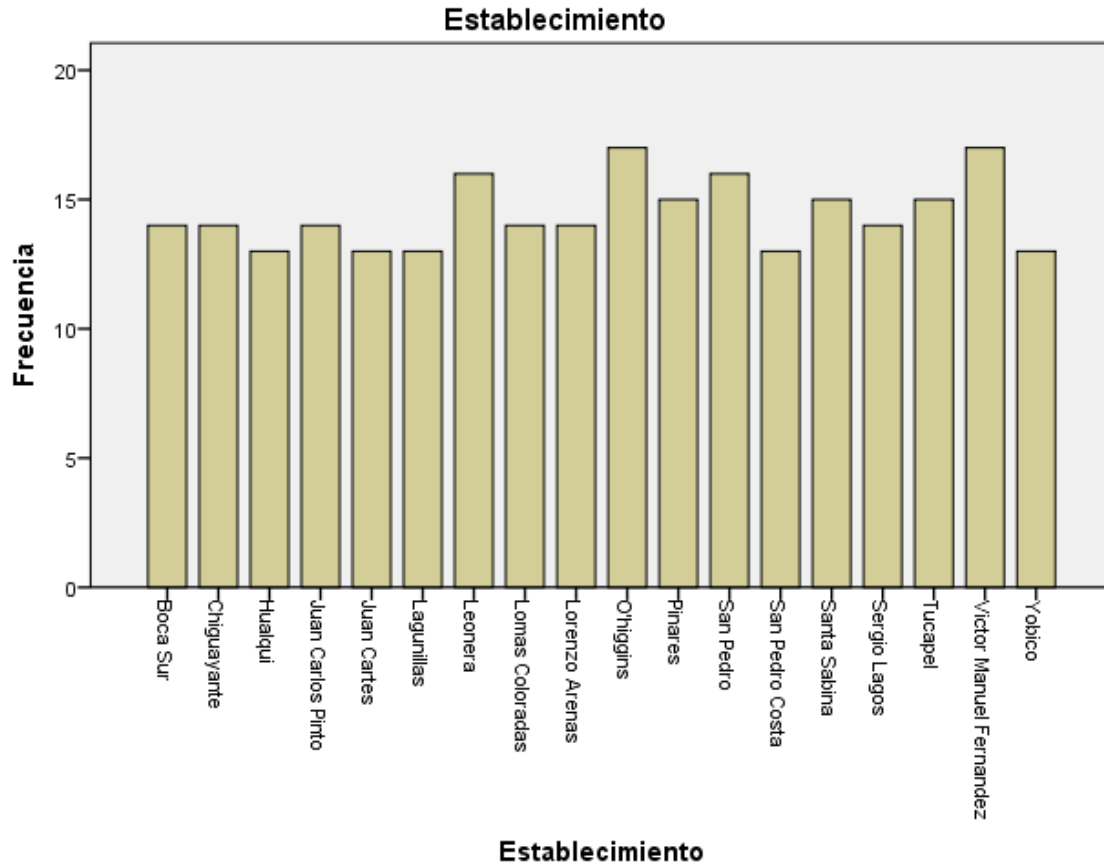
Grafico 3: Años de trabajo

Años que los funcionarios de salud llevan trabajando en su respectivos CESFAM.



De un total de 254 datos válidos en este ítem, da como resultado una fluctuación en los años de servicio desde “0 hasta los 56 años” con una media de 11,56 años (D.E. 10,073).

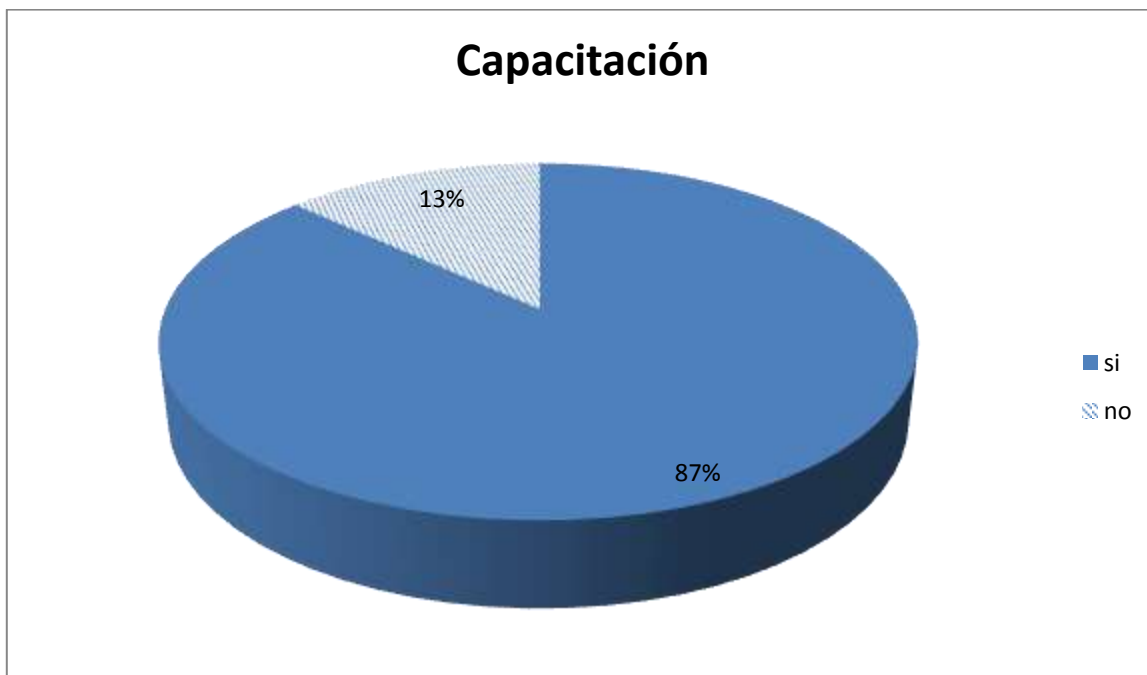
Grafico 4: Centros de Atención Primaria de Salud
Establecimientos en los cuales se realizaron las encuestas



Los datos se obtuvieron de un total de 18 establecimientos de salud primaria (CESFAM) en los cuales se aplicaron un mínimo de 13 encuestas hasta un máximo de 17 encuestas por establecimiento, dando un total de 260 encuestas aplicadas.

Gráfico 5: Capacitación del Modelo

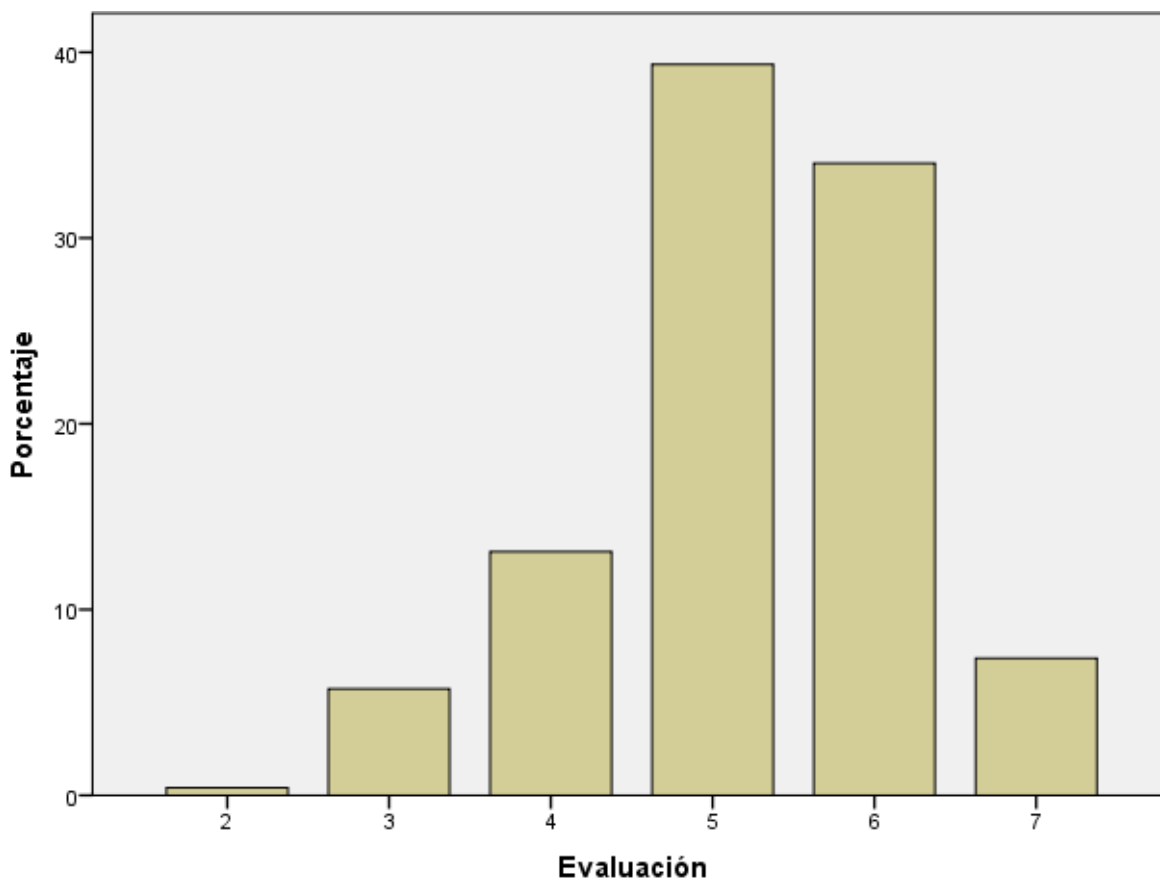
Capacitación realizada a los funcionarios de salud primaria sobre el modelo de salud familiar



De un total de 259 respuestas válidas, se obtiene como resultado que un 87% (N=225) de los funcionarios de atención primaria de salud han sido capacitados en el modelo de salud familiar, en cambio un 13% (N=34) no ha tenido una capacitación sobre el modelo.

Grafico 6: Evaluación del modelo

Evaluación de los funcionarios de salud primaria sobre el modelo de salud familiar



Se logra obtener un total de 256 encuestas válidas de las cuales se reporta que un 6,9% evalúa el modelo de salud familiar con nota 7, un 34,2% evalúa el modelo con nota 6, un 38,5% da un 5 como nota, un 12,7% da un 4 como evaluación, seguido por un 5,8% que da como nota un 3 y finalmente un 0,4% de los encuestados evalúan con un 2 el modelo de salud familiar en el año 2018. La media de evaluación es de 5,23 (D.E.=0,989).

Grafico 7: Adjetivos opuestos

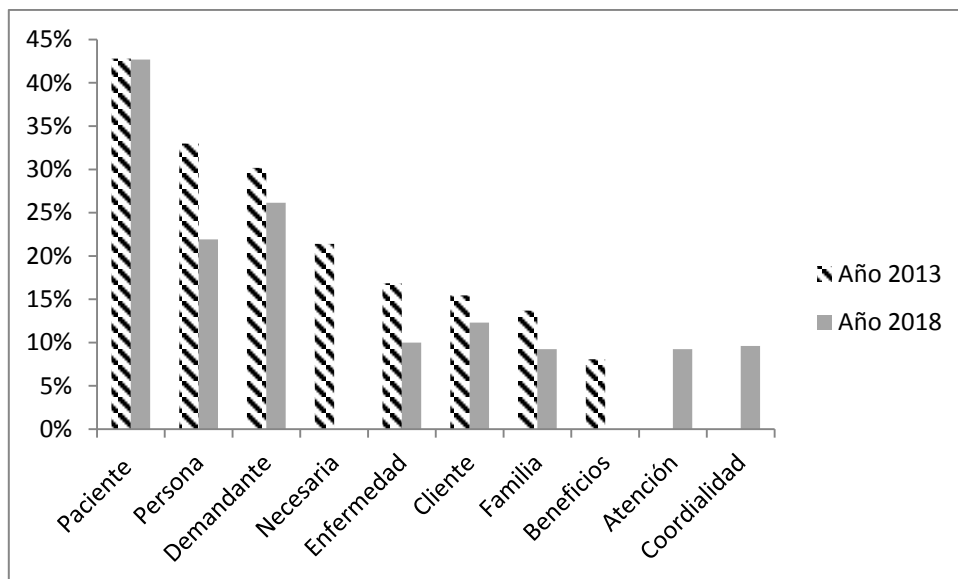
Comparación de adjetivos opuestos entre el año 2013 y el año 2018

No se evidencian cambios significativos en relación a los resultados del año 2013 en comparación al año 2018. Sin embargo donde se muestra una mayor diferencia es en los adjetivos opuestos *Unidimensional/Multidimensional* los cuales presentan una media en 2013 de 5,94 (D.E.=1,070) en contraposición al 2018 donde la media fue de 5,77 (D.E.=1,197), arrojando una media total de 5,86 (D.E.=1,125).

6.3 Asociación Libre de Palabras

Gráfico 1. Palabra estímulo USUARIO

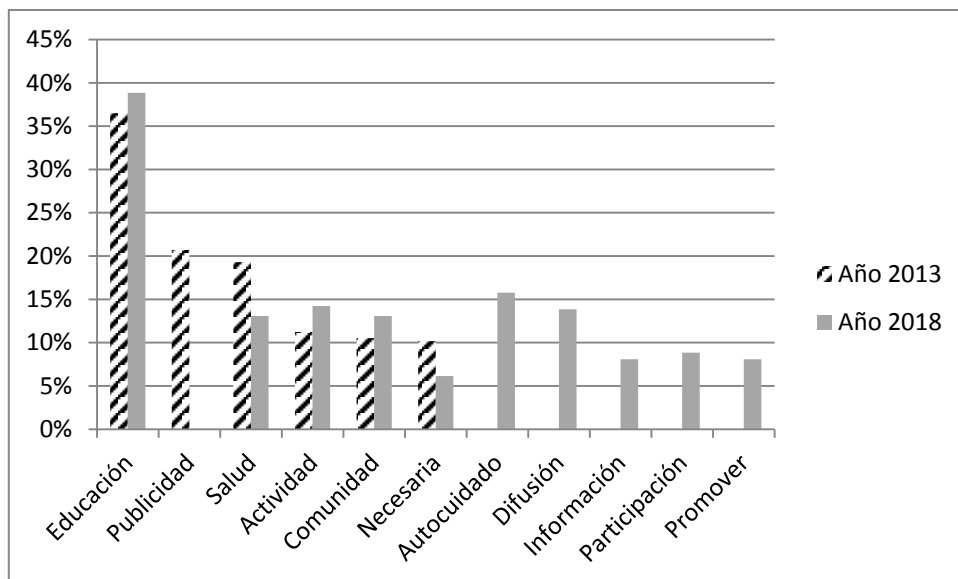
Año	2013		2018		Total	
Media	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Inaccesible/Accesible	5,62	1,075	5,64	1,173	5,63	1,121
Ausente/Presente	5,52	1,224	5,57	1,183	5,55	1,204
Discriminador/Integrador	5,91	1,237	5,86	1,210	5,89	1,224
Cerrado/Abierto	5,90	1,131	5,87	1,103	5,88	1,117
Discontinuo/Continuo	5,58	1,377	5,46	1,412	5,52	1,393
Pasivo/Activo	5,77	1,240	5,63	1,312	5,70	1,274
Unidimensional/Multidimensional	5,94	1,070	5,77	1,197	5,86	1,132
Provisional/Permanente	5,84	1,131	5,81	1,120	5,83	1,125
Excluyente/Participativo	5,98	1,127	5,84	1,284	5,91	1,203
Transitorio/Duradero	5,81	1,188	5,80	1,203	5,80	1,194
Desunido/Unido	5,58	1,328	5,46	1,337	5,52	1,332
Atochado/Expedido	4,63	1,744	4,63	1,672	4,63	1,710
Inestable/Estable	5,40	1,343	5,33	1,284	5,37	1,315
Despreocupado/Preocupado	5,82	1,225	5,78	1,200	5,80	1,213
Lento/Rápido	4,76	1,564	4,82	1,490	4,79	1,530
Momentáneo/Perdurable	5,67	1,284	5,58	1,165	5,63	1,230
Desinteresado/Interesado	5,64	1,402	5,60	1,425	5,62	1,412



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se evidencia que el concepto *Paciente* (43%) continúa en el mismo nivel de porcentaje en comparación al año 2013 (43%), en cuanto al término *persona* (33%) se ve disminuida el año 2018, así como también *demandante* (30%), *enfermedad* (17%), *cliente* (12%) y *familia* (9%). Las palabras *necesaria* (0%) y *beneficios* (0%) desaparecen, aflorando nuevos términos como *atención* (9%) y *cordialidad* (10%).

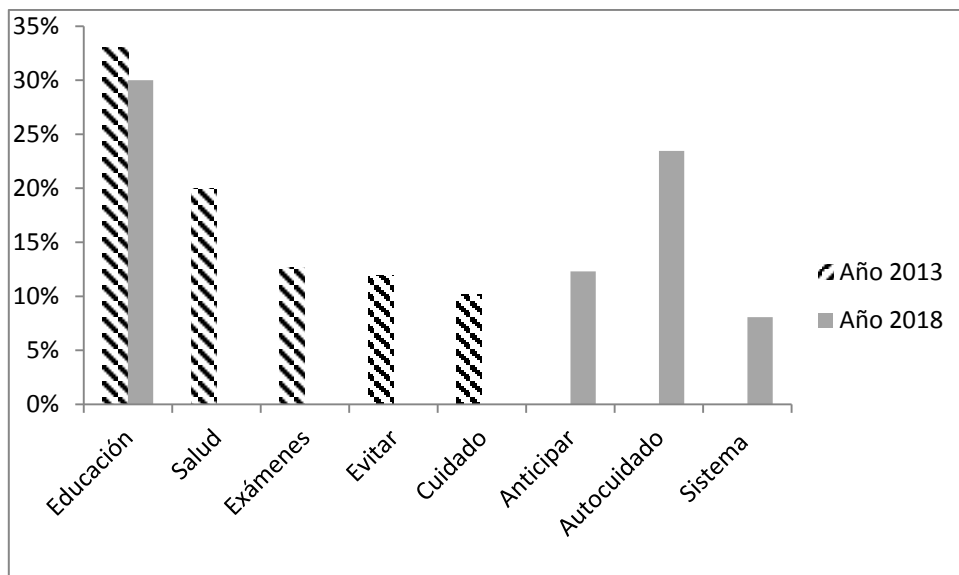
Gráfico 2. Palabra estímulo PROMOCIÓN



Fuente: Elaboración propia

La frecuencia del término *educación* (39%) se aprecia levemente aumentada en comparación al año 2018 (36%), mientras que el concepto *salud* (13%) y *necesaria* (6%) han disminuido. En cuanto a los términos *actividad* (14%) y *comunidad* (13%) han incrementado respectivamente. Referente a la palabra *publicidad* (0%) desaparece el año 2018, emergiendo nuevos conceptos, tales como, *autocuidado* (16%), *difusión* (14%), *información* (8%), *participación* (9%) y *promover* (9%).

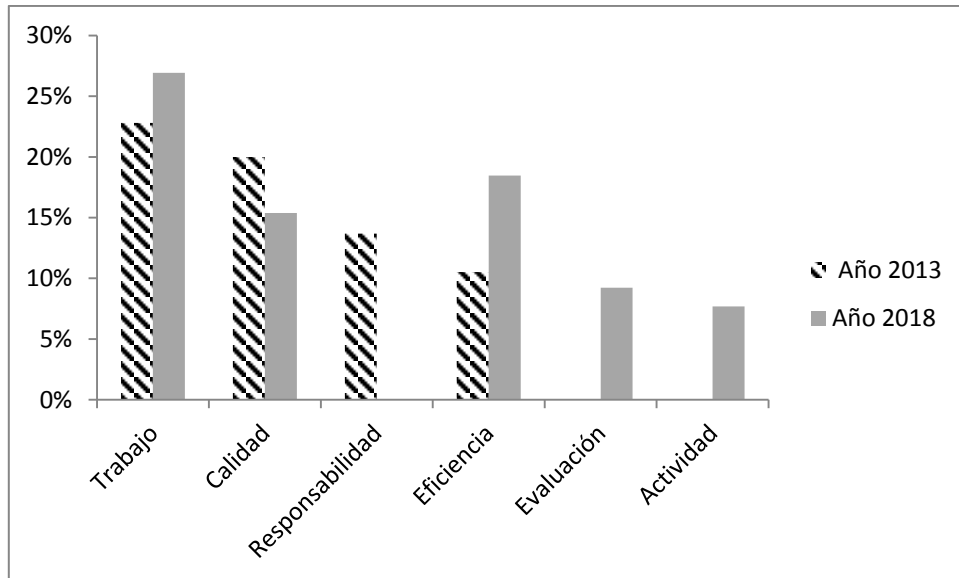
Gráfico 3. Palabra estímulo PREVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia

Respecto a término *Educación* (30%) en el año 2018 ha disminuido su frecuencia en relación al año 2013 (33%). Durante el año 2018 desaparecen los conceptos *salud* (0%), *exámenes* (0%), *evitar* (0%) y *cuidado* (0%), surgiendo las palabras *anticipar* (12%), *autocuidado* (23%) y *sistema* (8%).

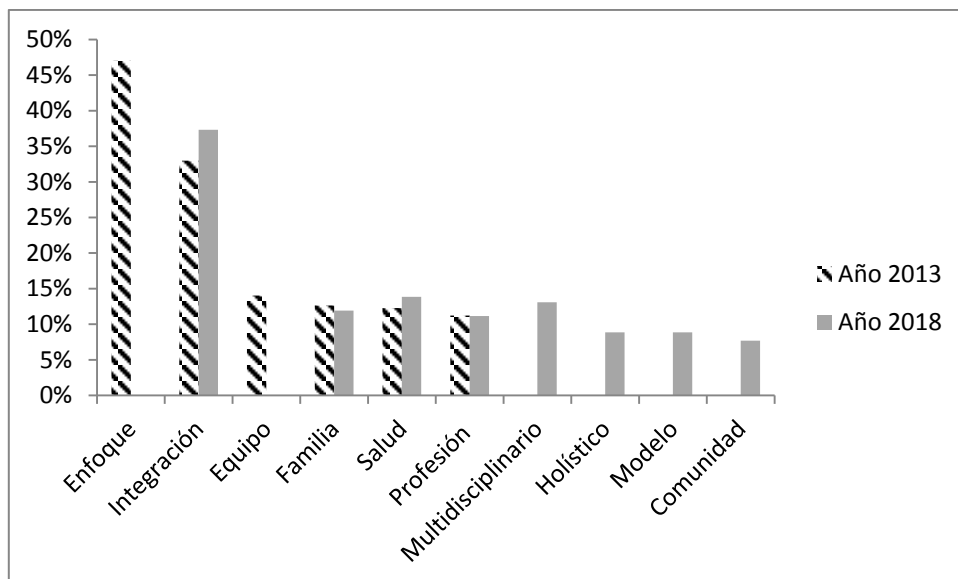
Gráfico 4. Palabra estímulo DESEMPEÑO



Fuente: Elaboración propia

Frente a la palabra estímulo desempeño, incrementa el concepto *trabajo* (27%) y *eficiencia* (18%) en comparación al año 2013. Disminuye el término *calidad* (15%) y desaparece la palabra *responsabilidad* (0%), integrándose los términos *evaluación* (9%) y *actividad* (8%) en el estudio realizado actualmente.

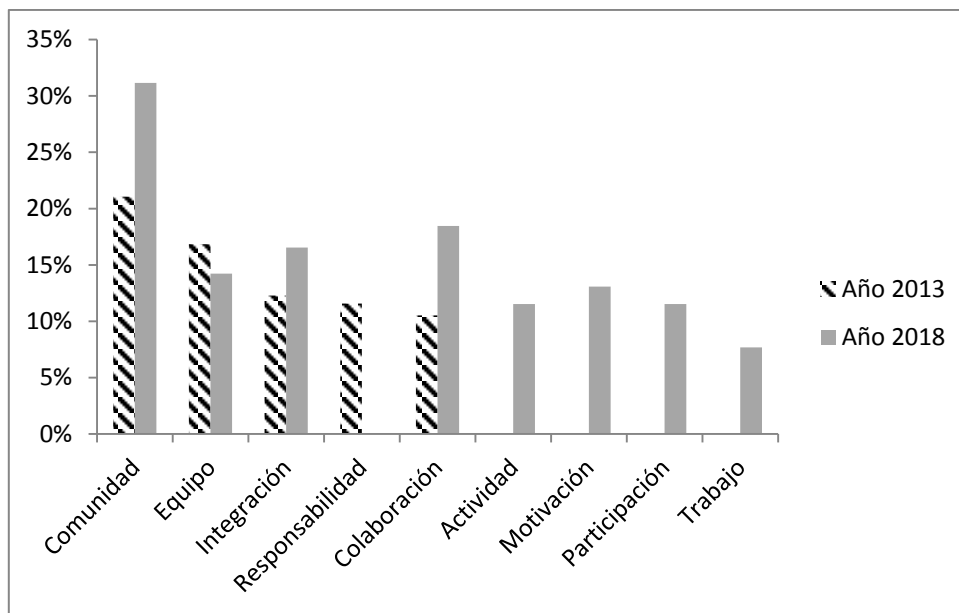
Gráfico 5. Palabra estímulo BIOPSIOSOCIAL



Fuente: Elaboración propia

En base a la palabra estímulo biopsicosocial, el concepto *integración* (37%) se ve aumentada en comparación al año 2013, sin embargo desaparecen los términos enfoque (0%) y equipo (0%) presentes en el estudio anteriormente realizado. Afloran nuevas palabras el año 2018 tales como, *multidisciplinario*, (13%) *holístico* (9%), *modelo* (9%) y *comunidad* (8%).

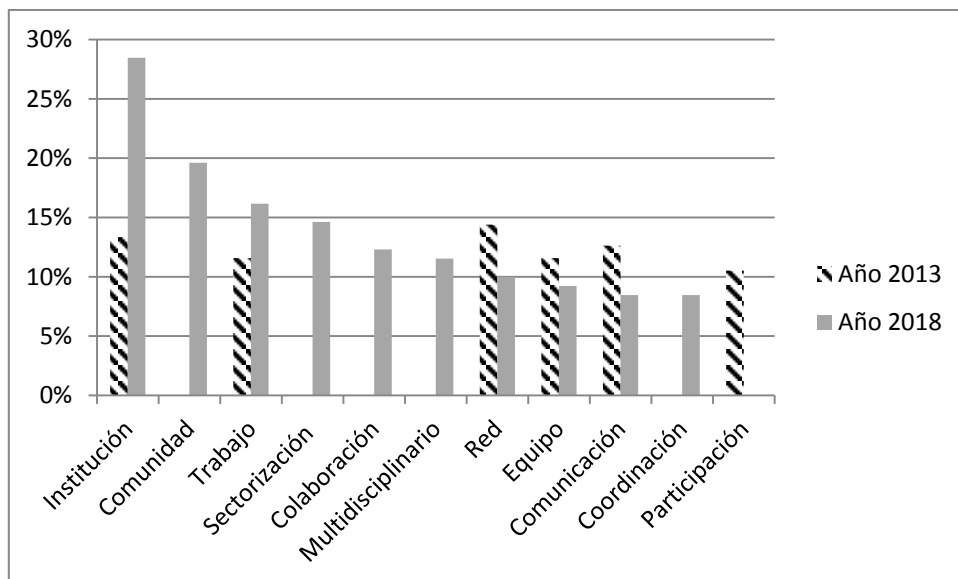
Gráfico 6. Palabra estímulo PARTICIPACIÓN



Fuente: Elaboración propia

Referente a la palabra *comunidad* (31%), esta aumenta notoriamente el año 2018, así como también *integración* (17%) y *colaboración* (18%). Se ve disminuido el término *equipo* (14%) y desaparece el concepto *responsabilidad* (0%). Emergen cuatro nuevos conceptos, que son: *actividad* (12%), *motivación* (13%), *participación* (12%) y *trabajo* (8%).

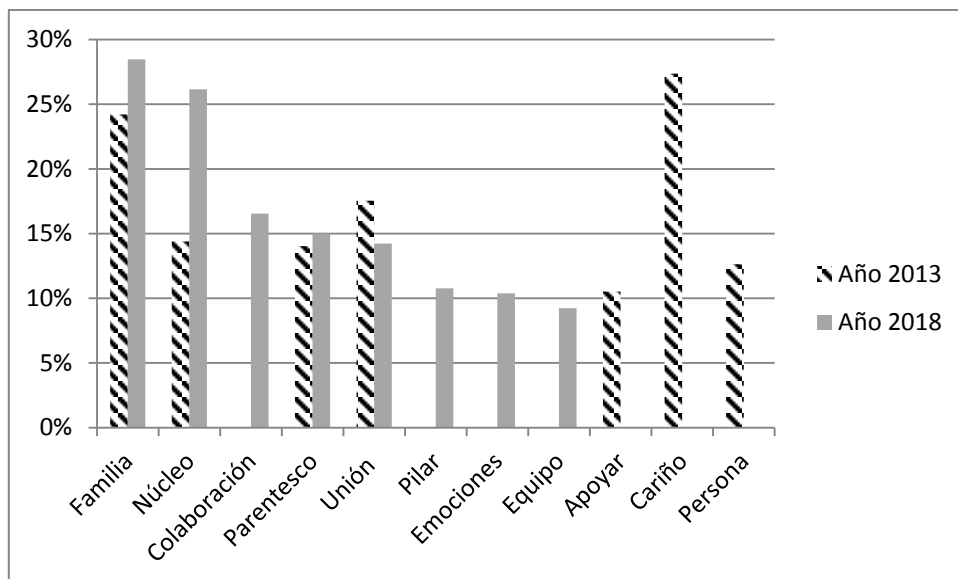
Gráfico 7. Palabra estímulo INTERSECTORIALIDAD



Fuente: Elaboración propia

Referente a la palabra estímulo intersectorialidad, los términos *institución* (28%) y *trabajo* (16%) incrementaron el año 2018. En cuanto a los conceptos *red* (10%), *equipo* (9%) y *comunicación* (8%) decayeron en comparación al año 2013. *Comunidad* (20%), *sectorización* (15%), *colaboración* (12%), *multidisciplinario* (12%) y *coordinación* (8%), surgieron en la presente investigación

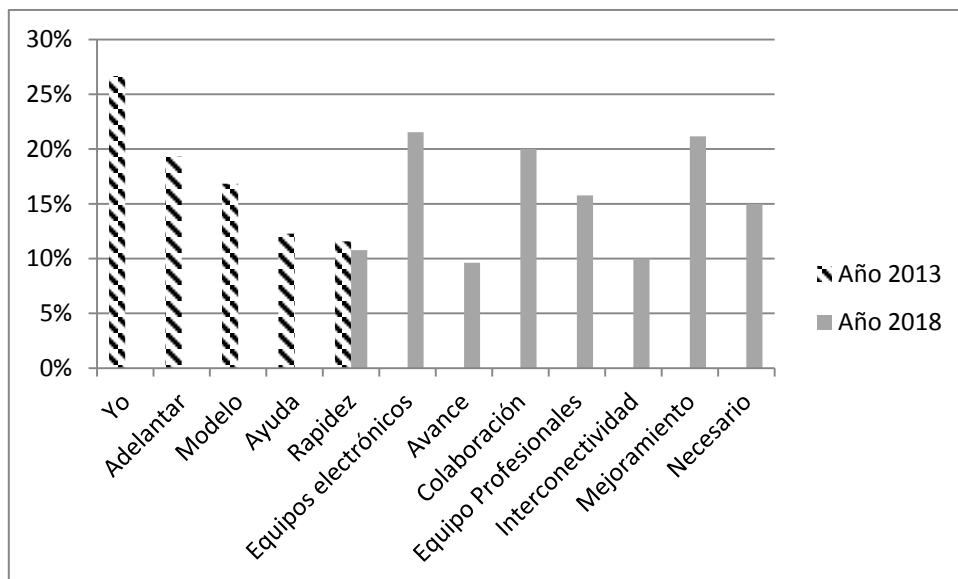
Gráfico 8. Palabra estímulo FAMILIA



Fuente: Elaboración propia

Referente a l concepto *núcleo* (26%), se aprecia un aumento considerable en comparación al año 2013, así como también incremento en el término *familia* (28%). En cuanto a las palabras *apoyar* (11%), *cariño* (27%) y *personas* (13%) desaparecen en la reciente investigación, aflorando *equipos* (9%), *pilar* (11%) y *emociones* (10%), como nuevos conceptos presentes.

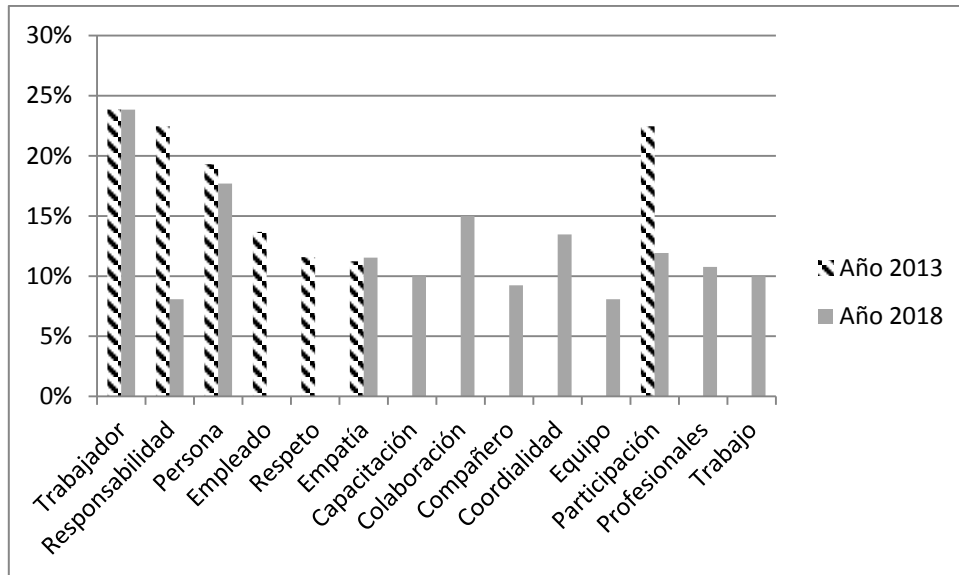
Gráfico 9. Palabra estímulo TECNOLOGÍA



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la palabra estímulo tecnología, solo coincide el término *rapidez* (11%), apreciándose levemente disminuido el año 2018 en comparación al año 2013. Desaparecen los conceptos *yo* (27%), *adelantar* (19%), *modelo* (17%), *ayuda* (12%). Se integran a la presente investigación *equipos electrónicos* (22%), *avance* (10%), *colaboración* (20%), *equipo de profesionales* (16%), *interconectividad* (10%), *mejoramiento* (21%) y *necesario* (15%).

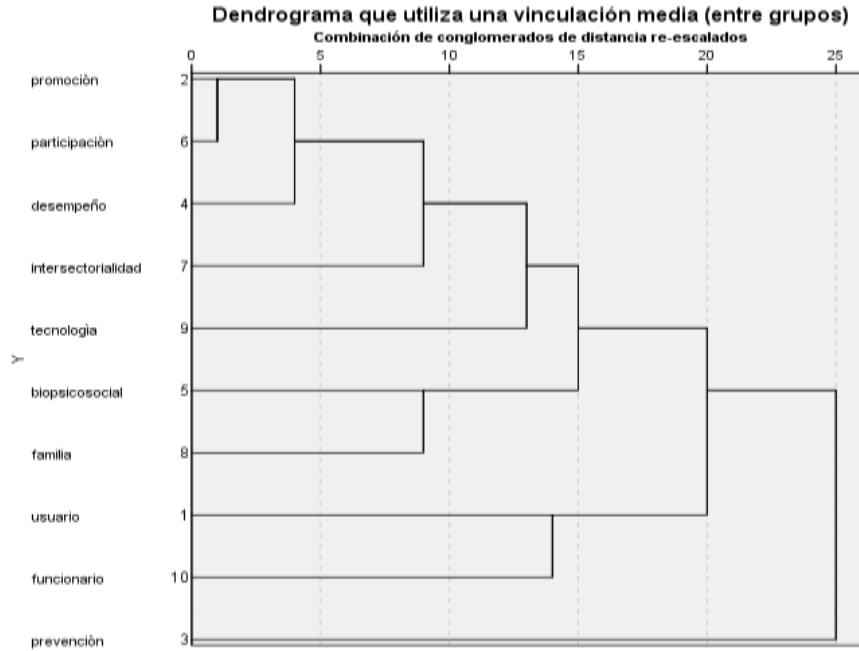
Gráfico 10. Palabra estímulo FUNCIONARIO



Fuente: Elaboración propia

Frente al concepto *trabajador* (24%) se aprecia semejanza en los resultados obtenidos en ambos años. En cuanto al término *responsabilidad* (8%) y *participación* (12%) hay una disminución presente en el año 2018. Aparecen nuevas palabras, como *capacitación* (10%), *compañero* (9%), *cordialidad* (13%) y *equipo* (8%), desapareciendo *empleado* (14%) y *respeto* (12%), presentes en el estudio del 2013

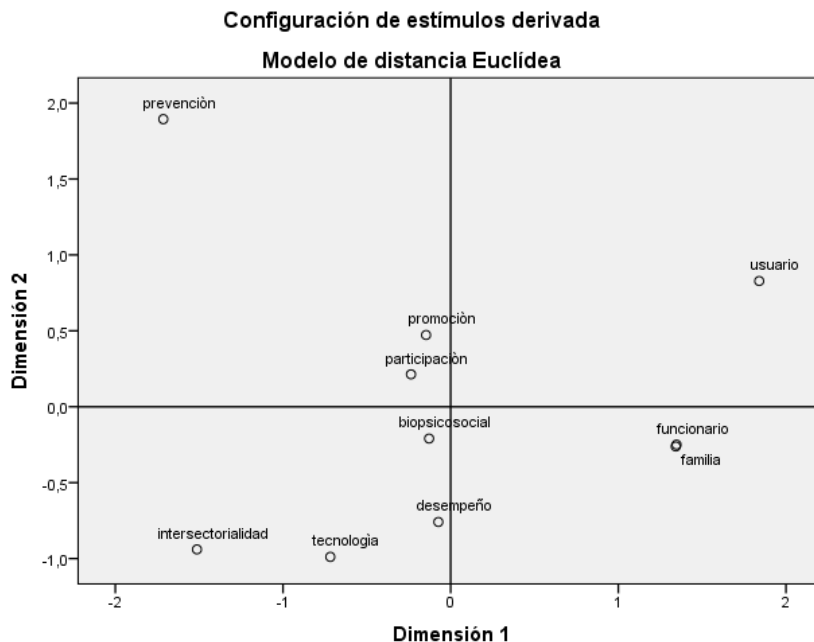
Gráfico 11: Conglomerados jerárquicos



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a los resultados en el análisis de conglomerados jerárquicos se pueden observar como polos promoción y participación, además de promoción y desempeño en los cuales hay una alta homogeneidad, mientras que biopsicosocial y familia, usuario y funcionario e intercambio y participación presentan mayor heterogeneidad.

Gráfico 12: Escalamiento Multidimensional



En base a los datos obtenidos en la muestra total, se observa que los conceptos usuario y prevención, se encuentran alejados de los demás términos, mientras que funcionario y familia están en la misma posición, en cuanto al resto de las palabras se aprecia una mayor cercanía.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

El enfoque biopsicosocial, tiene una mirada respecto de la enfermedad como un agente que influye en la vida del usuario. Este enfoque está a la base del modelo de atención familiar, el cual tiene una mirada integral, en donde no solo se centra en los antecedentes clínicos de la persona, sino que pasa a incorporar aspectos personales, familiares y sociales.

“El modelo de Atención de salud familiar se debe caracterizar por: una atención centrada en las personas, énfasis en lo promocional y preventivo, enfoque familiar, integral, participación social, intersectorialidad, calidad de uso de tecnologías apropiadas y gestión de las personas” (Leiva, 2013). Lo que brinda un cambio en la visión de los profesionales de salud y por ende un cambio en la calidad e integralidad de la atención a usuarios.

En la presente investigación se encuestaron 260 funcionarios de salud primaria, en un total de 18 CESFAM de la ciudad de Concepción, a los cuales se aplicaron en promedio 15 encuestas por establecimiento, de lo cual el 77% de la muestra son mujeres y el 21% de la muestra son hombres, en cuanto al rango de edad de los participantes este varía desde los 22 hasta los 69 años.

Con respecto a los años de servicio que lleva cada funcionario en los respectivos CESFAM encuestados, este fluctúa entre 0 hasta los 56 años de trabajo. En relación a la capacitación realizada a los funcionarios de salud, el 87% de los encuestados refiere si haber sido capacitado en el modelo, en cambio un 13% de la muestra responde no haber recibido capacitación.

En cuanto a la evaluación de 1 a 7 que dan los funcionarios al modelo de salud familiar esta arroja un promedio de 5,23 lo cual en comparación a la evaluación realizada en 2013 no muestra diferencia significativa siendo el promedio de esa evaluación un 5,20.

En relación a los resultados obtenidos de la técnica de diferencial semántico, no se evidencian cambios significativos en relación a los resultados del año 2013 en comparación al año 2018.

En el análisis de frecuencias por concepto, se evidencia que aún existe permanencia de algunos conceptos emergidos el año 2013, así como también afloran y desaparecen términos.

Respecto a la palabra estímulo “*Usuario*”, se observa que permanecen los conceptos cliente, familia, enfermedad, demandante, persona y paciente, siendo este último el término más evocado y el cual no ha tenido variación significativa respecto de la investigación anterior, lo que podría indicar que los funcionarios continúan teniendo una percepción del usuario como un ente pasivo e inactivo, tal cual postula el modelo Biomédico. Por otro lado desaparecen palabras como beneficios y necesaria, emergiendo nuevas, tales como: atención y calidad, lo que muestra una mayor inclinación al mejoramiento y calidad de atención en el trato directo con las personas.

En cuanto al estímulo “*Promoción*”, nacen nuevos términos, en donde los funcionarios relacionan el concepto principal con: autocuidado, difusión, información, participación y promover, dejando de lado la perspectiva de publicidad y poniendo mayor énfasis en educación como concepto central de la palabra estímulo, desde lo anterior se concluye que los nuevos términos evocados en 2018 dan cuenta de una mayor actividad y cercanía con la comunidad, eliminando el término publicidad donde se mostraba mayor distancia y poco contacto directo con las personas. En cuanto a la importancia del estímulo Educación se observa un leve aumento en comparación al año 2013 lo que da cuenta de una visión más inclinada a la entrega de conocimiento, para hacer más consciente al usuario de su salud.

Referente al término “*Prevención*” se observó una sola coincidencia además de una leve disminución en la palabra educación, en donde la representación que tienen los usuarios entrevistados en 2018 están enfocados a anticipar, autocuidado y sistema, y en menor medida a salud, exámenes, evitar y autocuidado. Lo que da cuenta de la inserción del término autocuidado como segundo estímulo más evocado dando con esto una mirada donde se muestra al usuario más participe y activo en la prevención de su propia salud e incluye además la visión del entorno

como un sector posible de trabajar y así favorecer la salud, que en el estudio de 2013 no se visualizaba.

En relación al concepto estímulo “*Desempeño*”, los funcionarios lo vinculan mayormente al trabajo y la eficiencia, en donde desaparece la responsabilidad apareciendo evaluación y actividad en comparación al año 2013. Lo que indica un menor compromiso en el desempeño, donde existiría una visión en donde se da mayor importancia al trabajo, eficiencia y la evaluación que deba tener su labor, mermando la calidad y desapareciendo la responsabilidad, mostrándose un interés mayor en lo mecánico por sobre lo humanitario.

En el término “*Biopsicosocial*”, los funcionarios ya no lo relacionan al concepto enfoque y equipo, estando mayormente unido a integración, familia y a nuevos conceptos como: multidisciplinario, holístico, modelo y comunidad, aspectos relevantes para el modelo de salud familiar. En estos resultados podemos concluir que los profesionales de salud ya no consideran el concepto biopsicosocial como y enfoque aislado de la de practica en sí. La desaparición de los conceptos enfoque y equipo conlleva a la integración de nuevos aspectos que involucran un todo, tanto a la comunidad, como a la familia, haciéndola participe del trabajo conjunto en post del bienestar de las personas.

En cuanto al estímulo *participación* hay un evidente aumento en la integración de la comunidad en comparación al año 2013, frente a las palabras actividad, motivación, participación y trabajo, aparecen como nuevos conceptos en contraposición al estudio anterior. En contraste a los resultados del estudio de 2013, se observa que los funcionarios tienen una representación más activa y comprometida del término participación, dejando de lado el término responsabilidad que implica el cumplimiento de las tareas u obligaciones, dando más importancia y responsabilidad a la comunidad en su propio cuidado.

La “*Intersectorialidad*” es percibida por los funcionarios como una institución, integrando las palabras comunidad, colaboración, multidisciplinario, sectorización y coordinación, sin que haya participación, concepto que desaparece en el estudio

actual. En contraposición a la investigación efectuada en 2013, actualmente existe una mayor conexión con redes externas a los CESFAM, dejando de lado una visión centralizada, por un trabajo de intervención coordinada, de colaboración, multidisciplinaria e intersectorial con las personas y la comunidad, buscando mejorar así, el bienestar, salud y calidad de vida de la población.

Frente al término “*Familia*”, el concepto se realiza el año 2018, así como también núcleo, y colaboración, ya no es percibido con términos como: apoyo, cariño, ni persona, pues es relacionado con equipo, pilar y emociones. Por tanto existe la noción de familia como sistema que influye y es parte de cada individuo, a diferencia del año 2013 donde hubo mayor énfasis en la percepción de familia como su propia familia evocando emociones acerca del término, no como parte de la atención en salud. Si bien en 2018 esto disminuyó aún se siguen evidenciando términos relacionados a la propia familia de los funcionarios.

Respecto a la palabra estímulo “*Tecnología*”, solo coincide el término rapidez, apreciándose levemente disminuido el año 2018 en comparación al año 2013. Desaparecen los conceptos yo, adelantar, modelo, ayuda. Se integran a la presente investigación equipos electrónicos, avance, colaboración, equipo de profesionales, interconectividad, mejoramiento y necesario. Lo que indicaría que actualmente este término se centra mayormente en factores externos y de apoyo al trabajo conjunto entre profesionales para favorecer la atención de usuarios.

En cuanto a la palabra estímulo “*Funcionario*” emergen en la presente investigación los términos capacitación, colaboración, compañero, cordialidad, equipo, trabajo y profesionales, además continua siendo acompañado por los conceptos participación, empatía y persona, se observa que el término respeto ha disminuido considerablemente. En cuanto a la desaparición del término “respeto” visualizado en el 2013, podemos concluir que existe una mayor insatisfacción en el trato que se les da. Sin embargo se observa un compromiso como profesionales en perfeccionarse, en brindar una atención grata, y trabajar en conjunto con sus compañeros de forma colaborativa en beneficio de la salud de las personas.

Por lo cual se evidencia un avance hacia las características del modelo de salud familiar, dándose un cambio en las representaciones sociales que poseen los funcionarios, sin embargo existe aún una mirada pasiva del usuario, viéndose ellos como profesionales activos.

Respecto al análisis de conglomerados, durante el año 2013 los polos que surgen son: promoción y prevención, desempeño y funcionario además de biopsicosocial y Intersectorialidad. En el caso del presente estudio se conforman tres polos diferentes, en donde los conceptos promoción y participación se agrupan en primer lugar, continuamente se une promoción y desempeño y finalmente biopsicosocial y familia. En cuanto al primer conglomerado “promoción y participación” estos poseen un mayor número de respuestas en común lo que evidencia que una correcta promoción debe estar de la mano a una participación activa. Con respecto a “promoción y desempeño” estos tendrían relación entre las respuestas debido a la noción de actividad y eficiencia que tienen ante el trabajo. “biopsicosocial y familia” se evidencia la visión de integrar a la familia al modelo biopsicosocial a diferencia del estudio realizado en 2013 donde no se integraban ambos conceptos. En relación a “funcionario y usuario” podemos evidenciar una mayor cercanía entre ambos la cual no existía en el anterior estudio. Como conclusión en comparación al estudio realizado en 2013, existe mayor cercanía a la concepción del modelo de salud familiar, en donde aparecen elementos propios del modelo tales como una integración del concepto *familia* y *biopsicosocial* teniendo una noción de ambos como fundamental dentro del enfoque que rige el sistema de salud, por otro lado el término *usuario* tendría mayor relación directa con el término *funcionarios* pero no así con las demás características del modelo. Finalmente en la investigación anterior los términos *promoción* y *prevención* poseían más respuestas en común, en cambio en el actual estudio *prevención* es reemplazada por *participación*, lo cual pone mayor énfasis en las actividades y la colaboración de todos los participantes en el progreso de un óptimo nivel de salud, lo cual está de la mano con promoción debido a que esta busca el bienestar en toda la comunidad no solo en las áreas de riesgo lo cual implica una necesaria participación tanto de profesionales como de la comunidad.

Referente al escalamiento multidimensional se observa que los conceptos se agrupan tres núcleos, el primero consiste en *tecnología y desempeño*, el segundo núcleo está compuesto por *biopsicosocial, participación y promoción*, y el tercer núcleo se conforma de los conceptos *familia y funcionario*. Los resultados de esta escala arrojan que los elementos *Usuario, funcionario e Intersectorialidad*, que son definidos como centrales dentro del nuevo modelo de salud en Chile, se ubicaron en posición más periférica dentro de las representaciones sociales de los funcionarios. En comparación al estudio anterior la visión no se ha modificado sustancialmente, pues la posición de usuario es muy similar a la que arrojaron los datos en 2013, lo que da cuenta de una concepción de usuario como un ente pasivo y aislado de las características centrales del modelo. Se sitúan medianamente alejado de las otras características el núcleo de funcionario y familia, los cuales comparten la misma ubicación dentro del mapa, lo que conlleva a deducir que la perspectiva que poseen los profesionales de salud del término familia está vinculada a la propia familia y no a la propuesta por el modelo, el cual ve a la persona como un todo, integrando aspectos familiares y sociales.

En resumen se evidencia un progreso en dirección a un cambio cultural dirigido a la integración del modelo de salud familiar, una de las variaciones presentes es el afloramiento del término autocuidado donde se muestra al usuario más participe y activo en la prevención de su propia salud, donde la concepción de comunidad es percibido como un agente importante en la atención de salud, además se evidencia mayor relación y evocación de los términos biopsicosocial, familia y comunidad, los cuales son centrales en el modelo de salud familiar. Del mismo modo se muestra en participación un trabajo más activo y comprometido con las personas, dejando de lado el cumplimiento de obligaciones, para adoptar un rol más directo y cercano en el trabajo dentro y fuera de los CESFAM, se observa además un compromiso como profesionales en perfeccionarse, en brindar una atención grata, y trabajar en conjunto con sus compañeros de forma colaborativa en beneficio de la salud de las personas. Si bien existe un avance y cercanía a lo que conlleva el modelo de salud familiar, aún existen representaciones sociales que derivan del modelo biomédico,

como lo son la visión pasiva, demandante y aislada del concepto de usuario, dejándolo distanciado de las características centrales del modelo.

De acuerdo a las hipótesis planteadas:

Se rechaza la primera hipótesis se considera que aún faltan elementos para lograr incorporar en totalidad el modelo de salud familiar al sistema de salud actual, ya que las representaciones sociales de los funcionarios aun sitúan al usuario como un ente pasivo-activo, y alejado de las características esenciales del modelo, sin embargo existen elementos que si apuntan a un avance en las representaciones sociales que poseen los funcionarios.

Se acepta la segunda hipótesis, porque comparando los resultados del presente estudio con la investigación realizada en 2013, se observan algunas variaciones significativas, entre ellas la aparición de nuevos conceptos, otro cambio se observa en los conglomerados jerárquicos se arrojaron diferencias en la cercanía de los estímulos, como también se evidencio la aparición de nuevos núcleos en el escalamiento multidimensional.

Limitaciones de la investigación

De acuerdo a la ejecución de la investigación se aprecia que los siguientes puntos son limitantes:

- Modo de respuesta: en la aplicación de los instrumentos se dieron respuestas rápidas, y el contenido excedía lo requerido. Del mismo modo existía dificultad al extraer las palabras debido a la poca claridad de ciertos tipos de letra lo que retrasaba en gran medida el trabajo.

- **Diseño de investigación:** El estilo exploratorio delimita que las técnicas e instrumentos utilizados en el curso de la investigación, puedan no ser viables para medir las variables, debido a que el estudio se ha realizado solamente en una ocasión.
- **Cambios sociales:** El estudio recoge los datos de un contexto particular, lo cual no nos permite asociar resultados con otro periodo de tiempo. Por lo cual, los cambios sociales pueden influir en la percepción de los resultados modificando en el futuro el estudio.

Se sugiere que el análisis de las representaciones sociales no solo este dirigido a los funcionarios de salud si no también realizar un estudio que integre la percepción de los usuarios, para observar similitudes o diferencias en la representación social de ambos. Lo cual sería bastante enriquecedor para establecer áreas y objetivos a abordar.

Se insta además a que la investigación sea llevada a cabo en distintas zonas demográficas del país, ampliando así la representatividad del estudio y pudiéndose además comparar resultados con las distintas zonas.

CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C. M. (2011). *Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa*.
- Astrada, C. (1967). *Fenomenología y praxis*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Banchs, M. (1986). *Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo*. Revista costarricense de psicología N° 89, 27-40.
- Bass, C. (2012). *Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?* Santiago: Colegio Médico de Chile.
- Becerril-Montekio V, R. J. (2011). *El sistema de salud en Chile*. Salud pública en México, 136.
- Bungue, M. (2003). *La investigación científica*. Mexico: Ariel.
- Cárdenas, M. (2008). *El análisis multivariante de las representaciones sociales*. Antofagasta: Universidad Católica del Norte.
- Cea, M. d. (2012). *Fundamentos y aplicaciones en metodología cuantitativa*. Madrid: Síntesis.
- Chile, B. N. (26 de Junio de 2018). *Memoria Chilena*. Obtenido de Memoria Chilena: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-31485.html>
- Colegio Médico de Chile. (1998). *Trabajo médico en la atención primaria de salud*. Santiago: Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile.
- Contreras, H. (2008). *La Representación y Apropiación del Espacio Abierto en el Sentido Común del Sujeto social*. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 582.
- Cruz Coke, R. (1995). *Historia de la Medicina Chilena*. Santiago: Andrés Bello.
- Di Giacomo, J. (1980). *Intergroup alliances and rejections within a protest movement (analysis of the social representations)*. European Journal of Social Psychology N° 10, 329-344.
- Di Giacomo, J. (1987). *Teoría y método de análisis de las representaciones sociales*. Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representaciones, 278-295.
- Fábrega, R. (26 de Junio de 2018). *MINSAL*. Obtenido de MINSAL: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
- Fañca-Tarrago, O. (2010). *Manual de Psicoética*. DESCLÉE DE BROUWER.
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G., & Vargas, I. (2018). *Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena*. Rev Panam Salud Publica.

- Gergen, K. (1962). *El Yo saturado*. Madrid: Paidós.
- Gutiérrez, J. (1998). *La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial*. *Psiquiatría Pública*, 15.
- Harvey, W. (1628). *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*. Londres.
- Hernández Sampieri, R. F. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R. F. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana, Psicología de las representaciones sociales*. Barcelona: Sendai.
- Ibáñez, T., & Lupicinio, I. (1993). *Psicología Social Crítica*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Infante, A., & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. En O. L. Contreras, "Las nuevas políticas de protección social". (págs. 1- 44). Santiago de Chile.
- Knapp, E., Mesa, M., León, I., & Suárez, M. (2003). *Representación Social de la Salud Humana*. Habana : Universidad de la Habana.
- Laín, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Leiva, C. M. (2013). *Modelo de atención de salud familiar: Representaciones sociales de los funcionarios de atención primaria*. *Dialnet*, 157.
- Leopardi, L. (2009). Racionalidad Teórica-Metodológica presentes en paradigmas de la investigación socio-educativas. *Revista electronica diálogos educativos*.
- López, J. (2000). *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza.
- Lopez, P. (04 de Abril de 2013). *Soporte del Conocimiento*. Obtenido de Foro multidisciplinario de reflexión crítica: <http://soportedelconocimiento.blogspot.cl/2013/04/cual-es-tu-nivel-de-espiritualidad.html>
- Materán, A. (2008). *Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa*. *Geoenseñanza*, 245.
- Meza, L. (1 de Enero de 2002). *Metodología de la investigación educativa: posibilidades de integración*. Obtenido de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/26494042_Metodologia_de_la_investigacion_educativa_Posibilidades_de_integracion_culturales
- MINSAL. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- MINSAL. (2007). *Arientaciones para la implementacion del modelo de atencion integral de salud familiar y comunitaria*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- MINSAL. (2008). Obtenido de *En el camino a Centro de Salud Familiar*: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- MINSAL. (2009). *Medicion nacional de satisfacci3n usuaria en la red p3blica de salud de chile*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Santiago: MINSAL.
- MINSAL. (26 de Junio de 2018). Obtenido de <http://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
- MINSAL. (26 de Junio de 2018). Obtenido de Modelo de Atenci3n Integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de arenci3n de salud: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
- MINSAL. (26 de Junio de 2018). *Orientaciones para la implementaci3n del modelo de atenci3n integral de salud familiar y comunitario*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Montero, J., T3llez, A., & Herrera, C. (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atenci3n primaria de salud: Algunos aspectos cr3ticos*. Santiago: Centro de Pol3ticas P3blicas UC.
- Mora, M. (2002). *La teor3a de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital, 7.
- Moraga, C., & Leiva, J. (2013). *Modelo de atenci3n de salud familiar: representaciones sociales de los funcionarios de atenci3n primaria*. Salud & Sociedad, 1-20.
- Moscovici, S. (2001). *Representaciones Sociales*. New York: New York University Press.
- Ñuaupas, H., Novoa, E., & Mejias, E. (2014). *Metodologia de la investigaci3n*. Bogota, Colombia: Ediciones de la U.
- Olivares, R. (2015). *Las representaciones sociales de la clasificaci3n de la escuela presentes en los discursos de los medios de comunicaci3n escritos*. Scielo, 198.
- Olivares, R. (2015). *Las representaciones sociales de la clasificaci3n de la escuelas presentes en los discuros en medios de comunicaci3n escritos*. Estudios pedag3gicos, 197-198.
- OMS. (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional* . (p3g. 100). New York : OMS.
- OMS. (26 de Junio de 2018). Obtenido de <http://www.who.int/es>

- Parales, C., & Vizcaíno, M. (2007). *Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual*. Revista Latinoamericana de Psicología, 6.
- Perera, M. (2003). *A Propósito de las Representaciones Sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: CD. Caudales. CIPS, 24-25.
- Perera, M. (2003). *A Propósito de las Representaciones Sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. La Habana: CD Caudales. CIPS, 2-7.
- Piñero, S. (2008). *La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación*. CPU-e, Revista de Investigación Educativa, 3-4.
- Sagredo, R., & Gazmuri, C. (2006). *Historia de la vida privada en Chile. El Chile moderno. De 1840 a 1925*. Santiago: Aguilar Chilena de Ediciones S.A.
- Salinas, J., & Vio, F. (2002). *Promoción de la Salud en Chile*. Rev. chil. nutr. .
- salud, M. d. (s.f.). *MINSAL*. Recuperado el 21 de Diciembre de 2018, de <http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/modelo-comunitario-de-atencion-en-salud-mental/historia/>
- Sampieri, H., & Baptista, R. F. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Santrock, J. (2007). *A Topical Approach to Human Life-span Development*. St. Louis: McGraw-Hill.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Informe resultados y propuestas de continuidad sobre el valor social de la atención primaria en Chile*. Santiago: MINSAL.
- Valenzuela, F. (2009). *Historia Universal: Antigüedad*. Madrid: ZigZag.
- Velasco, J. (2007). *EGIPTO ETERNO 10000 A.C. - 2500 A.C*. Madrid: Nowtilus.

CAPÍTULO IX: ANEXO

Anexo 1

Instrumento final

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR

Este cuestionario creado sólo con fines académicos tiene como objetivo recoger la percepción de la implementación de Atención Primaria de Salud dentro del Modelo de Atención de Salud Familiar, para el cual pueden existir diversas opiniones no necesariamente buenas ni malas. La información recogida es de carácter anónimo, por lo que no se solicita sus nombres con ninguna finalidad de la forma más honesta posible.

Gracias por su colaboración.

Sexo: M F Edad: _____

Profesión: _____

Categoría a la que pertenece: A B C D

¿Cuál es el país que trabaja en Atención Primaria de Salud? _____

¿Ha trabajado alguna vez en el área de atención primaria de salud? Sí No

¿Cuál es el nivel de atención al que pertenece? CES CESFAU

(¿Qué tanto se involucra en el nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar?)

Sí No

¿Cuántos años de experiencia tiene en el área de Atención de Salud Familiar (contando desde el inicio de su carrera profesional)?

1 2 3 4 5 6 7

INSTRUCCIONES

1. A continuación se presentarán en dos secciones una serie de afirmaciones relacionadas con el nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar. Para cada una de ellas deberá indicar si está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación, marcando en la escala que se le da a continuación el nivel de acuerdo o desacuerdo. Marque con un círculo el número que mejor describa su nivel de acuerdo o desacuerdo con la afirmación.

Ejemplo:

"La atención de enfermería"

Frecuencia: 1 0 1 0 2 1 0 1 0 2 3 0 Necesaria

Muy poco Poco Bastante poco Bastante Muy

En este ejemplo de punto se le da la primera marca en 2 años y se usa "La atención de enfermería", lo que quiere decir que considera que "La atención de enfermería" es Bastante necesaria.

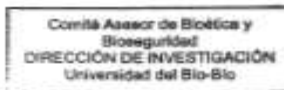
"El Modelo de Atención de Salud Familiar"

1. Necesario	-3	-2	-1	0	1	2	3	Necesario
2. Seguro	-3	-2	-1	0	1	2	3	Seguro
3. Desempeño	-3	-2	-1	0	1	2	3	Desempeño
4. Calidad	-3	-2	-1	0	1	2	3	Calidad
5. Disponibilidad	-3	-2	-1	0	1	2	3	Disponibilidad
6. Precio	-3	-2	-1	0	1	2	3	Precio
7. Utilización	-3	-2	-1	0	1	2	3	Utilización
8. Recurso	-3	-2	-1	0	1	2	3	Recurso
9. Servicio	-3	-2	-1	0	1	2	3	Servicio
10. Cobertura	-3	-2	-1	0	1	2	3	Cobertura
11. Accesibilidad	-3	-2	-1	0	1	2	3	Accesibilidad
12. Desempeño	-3	-2	-1	0	1	2	3	Desempeño
13. Precio	-3	-2	-1	0	1	2	3	Precio
14. Disponibilidad	-3	-2	-1	0	1	2	3	Disponibilidad
15. Desempeño	-3	-2	-1	0	1	2	3	Desempeño

<p>II. Ante las siguientes palabras estímulo escriba en el cuadro la <i>mayor cantidad</i> de palabras que se le vengan a la mente en el <i>menor tiempo</i> posible cuando lee dicha palabra. Le solicitamos contestar rápidamente, no utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta.</p> <p>Ejemplo: En este ejemplo se pueda ver que a la persona se le vinieron a la mente 9 palabras ante la palabra "CASA".</p> <p>Palabra ejemplo: CASA</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Hogar</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Comodidad</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Familia</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Seguridad</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Deudas</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Habitación</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Protección</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">.</td> </tr> </table> <p>Palabra 1: USUARIO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 2: PROMOCIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 3: PREVENCIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 4: FAMILIA</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	Hogar	Comodidad	Familia	Seguridad	Deudas	Habitación	Protección	.									<p>Palabra 5: BIOPSICOSOCIAL</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 6: PARTICIPACIÓN</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 7: INTERSECTORIALIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 8: DESEMPEÑO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 9: TECNOLOGÍA</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table> <p>Palabra 10: FUNCIONARIO</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 60px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>												
Hogar																													
Comodidad																													
Familia																													
Seguridad																													
Deudas																													
Habitación																													
Protección																													
.																													
4	5																												

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Quien suscribe, Ricardo Jorge Rey Clericus, R.U.T.: 8.030.467-6, Académico de la Escuela de Psicología de la Universidad del Bío-Bío, dirige una investigación titulada: "Percepción del Modelo de Atención de Salud Familiar en Funcionarios de Atención Primaria de Salud del Sur de Chile: Estudio de Seguimiento Sobre Representaciones Sociales".

El objetivo del estudio es "Estudiar las variaciones en las representaciones sociales del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que mantienen actualmente los profesionales y funcionarios de establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependientes del Servicio de Salud Concepción, respecto a los resultados obtenidos en el año 2013".

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder las preguntas de una encuesta. Esto le tomará aproximadamente 15 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por el investigador principal en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Psicología de la Universidad del Bío-Bío si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con Ricardo Rey Clericus al fono 42-2463243 o al correo electrónico rjrey@ubiobio.cl.

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Si desea contactarse con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debe dirigirse al Sr. Sergio Acuña, Presidente del Comité al email: sacuana@ubiobio.cl, teléfono (041) 3111633.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Ricardo Rey Clericus

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio del Sr. Ricardo Jorge Rey Clericus sobre "Percepción del Modelo de Atención de Salud Familiar en Funcionarios de Atención Primaria de Salud del Sur de Chile: Estudio de Seguimiento Sobre Representaciones Sociales". He recibido copia de este procedimiento.

Firma participante

Ricardo Rey Clericus
Investigador Principal

Fecha: ____/____/____

Certificado de comité de ética



CERTIFICACION

El Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío, presidido por el Dr. Sergio Acuña N. (Director de Investigación y Creación Artística, Docente), con fecha 14 de Mayo de 2018, ha revisado el trabajo de investigación, "Percepción del Modelo de Atención de Salud Familiar en Funcionarios de Atención Primaria de Salud del Sur de Chile: Estudio de Seguimiento Sobre Representaciones Sociales", dirigido por el académico Ricardo Rey Clericus, académico del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad del Bío-Bío, donde se llevará a cabo dicha investigación.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por el académico Sr. Rey:

1. Se ha tenido a la vista los documentos de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología utilizada, encuesta, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. Este comité garantizará el derecho a la privacidad y al anonimato de los sujetos de investigación.
4. El investigador establece y garantiza la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameriten.
5. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la institución, los modelos de consentimiento toman en consideración los elementos señalados, con las garantías que se otorgan a sujetos vulnerables.

La presente certificación se extiende para fines pertinentes.


Sergio M. Acuña Nelson
Presidente Comité Bioética
Universidad del Bío-Bío

Comité Asesor de Bioética y
Biosseguridad
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Universidad del Bío-Bío

Sede Concepción

Avenida Colles N° 1232 Casilla 5-C Fono: (56-41) 261200 FonoFax: (56-41) 328811 -VI Región - Chile

Sede Chillán

Avenida Anacleto Bello s/n Casilla 447 FonoFax: (56-41) 253301 / Departamento Depesca Biología Fono: 253340 -VI Región - Chile

E-mail: ubio@ubio.bio.cl

www.ubio.bio.cl