

Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario y su eje transversal de Participación Ciudadana

Integral Model of Family and Community Health and its transversal axis of Citizen Participation

Priscila Ahumada ¹

En medio de un contexto histórico adverso que pretendía borrar un sistema construido desde lo comunitario, surge “el Modelo de Salud Familiar en Chile en un contexto histórico de crisis y descontento en los Consultorios, junto con la Medicina Familiar en Chile” (1). El proceso histórico, cómplice de generar una sociedad fragmentada, no sólo se visualiza en las comunidades sino también en el sistema de salud, que concibe al paciente como un ser individual, centrado en otro modelo, el Modelo Biomédico “curativo”, que por años fue exitoso frente a toda una sociedad.

Fue así como se abre paso al Modelo de Salud Familiar, su origen basado en declaración de Alma Ata, el cual tiene como enfoque ser un Modelo Biosicosocial de Salud, y según lo referido por Engel en 1977 “*creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social [...] el desarrollo del modelo biosicosocial en su vertiente de práctica clínica ha dado lugar al llamado “modelo centrado en el paciente”*” (2) que recomienda de forma vehemente averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en el plano de igualdad en la toma de decisiones” es muy interesante su abordaje, ya que considera las creencias que pueden ser culturales, su relación con el entorno, como también el rol protagónico del paciente en el proceso de salud enfermedad.

En Chile este Modelo de Salud Familiar toma fuerza y es impulsado desde el Ministerio de Salud (MINSAL) con la administración del ex presidente Aylwin, quien definió “*la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación Social como orientaciones de las políticas públicas de salud acontecimiento de real importancia que tiene como meta la modernización de los sistemas y con ello la incorporación de esta nueva mirada de la Salud, dando prioridad a descentralización y otorgando a las personas la oportunidad de participar en los cuidados de su salud, exigiendo además la salud como un derecho*” (3). Este cambio estructural de la Salud Pública en Chile en el proceso del retorno a la democracia, sobre todo en la Atención Primaria de Salud, genera un cambio a nivel organizacional, que nos incita a tener nuevos mecanismos de organización tanto nacional, como local, por lo que es importante poder manifestar lo que este modelo genera en los equipos, en los usuarios, en las organizaciones, y en el entorno.

Paralelamente a este surgimiento de un Modelo que se proyectaba más equitativo, con justicia social, solidario, integral, de calidad, con participación social, donde la apuesta política e incluso romántica, pretende articular la pérdida histórica dejada en la dictadura, proponiendo el surgimiento y movilización de la participación social de una forma institucionalizada. Es así como comienzan a articularse nuevos Comités de Salud Ciudadana, y de a poco la comunidad se muestra esperanzada y quiere ser parte de este proceso de inclusión. Ya han pasado 30 años desde este momento esa sociedad que un día se sintió motivada e incluida, hoy se encuentra agotada y desgastada. La baja participación social hoy es el producto de una sociedad descontenta, individualista y sin sentido comunitario y representa un factor que dificulta la apropiación e implementación del modelo.

Resulta interesante hacer referencia según mi experiencia a los factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar y los factores que facilitan el Modelo de Salud Familiar.

1. Factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar:

Recibido el 18 de septiembre de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

¹ Trabajadora social. Referente Comunal de Participación Social. Correspondencia a: cms@colegiomedico.cl

- Rotación del personal, equipos de cabecera, mayoritariamente profesionales médicos
- Rol del jefe de sector, ¿liderando equipos o siendo funcional a un sistema administrativo?
- Debilidad en la comunicación con las Redes Asistenciales y organizaciones locales
- Bajo nivel de formación en el Modelo de Salud Familiar, en los equipos de salud
- Desconocimiento del territorio y de la población en la cual se encuentran insertos los Centros de Salud Familiar
- Baja Participación Social, desmotivación ciudadana
- Cambio de paradigma, aún predomina el modelo biomédico

2. Los factores que facilitan el desarrollo del Modelo son:

- Compromiso de los Equipos de salud
- Procesos de motivación, considerando contexto locales o comunales complejos
- Centros de Salud Familiar sectorizados
- Equipos de Cabecera Multiprofesionales
- Continuidad de la atención
- Salas de Rehabilitación Comunitarias

Se logran visualizar algunas barreras para el logro del Modelo de Salud Familiar, pero hay dos de ellas que me gustaría destacar, el Rol del Jefe de Sector, personaje clave tanto en la organización de los equipos multiprofesionales, como en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar (se visualizan pocos profesionales médicos en este rol); El segundo factor es el desconocimiento del territorio. Según mi punto de vista esta fusión debe ser un pilar básico en la gestión y organización de un Centro de Salud Familiar. Si bien el rol del jefe de sector está marcado por una gran carga tanto en lo administrativo, como en lo organizacional, es la persona que debe tener mayor claridad y conocer la población a cargo, debe estar en conocimiento de cuáles son los recursos comunitarios con que cuenta su sector, cuáles son sus redes locales y comunales. Lograr generar estrategias en la comunidad que le aporten a su trabajo dentro del CESFAM y buscar, o motivar en el caso que no existan agentes comunitarios, a dirigentes sociales, personas que se vinculen activamente entre la comunidad y el CESFAM, para lograr una Gestión Participativa. Se visualiza una tensión con el trabajo comunitario, se carece de herramientas para generar procesos metodológicos exitosos en esta área, se piensa que salir a terreno es hacer trabajo comunitario, pero no se logra articular ni generar procesos participativos, porque carecemos

también de procesos sistematizados que vayan guiando el trabajo dentro y fuera del centro de salud, y más aún carecemos de la co-construcción con la comunidad.

Sin embargo, considero primordial lograr un cambio de paradigma, los procesos de motivación y encantamiento resultan ser los más complejos de abordar. Este cambio se realiza con hechos empíricos, en lo cotidiano, encontrándole un sentido al trabajo que hacemos, logrando el reconocimiento por el otro, como un sujeto portador de experiencias, considerando las opiniones de todos los profesionales (equipos multiprofesionales) para observar la realidad con distintas miradas, cada uno aportando desde lo suyo, pero generando una idea colectiva.

La resistencia al cambio no termina de un día para otro, se va transformado con ejemplos tangibles, con discursos coherentes, con empatía, con cercanía y finalmente serán cambios que se verán reflejados a largo plazo, que deben ser instalados en la Cultura Organizacional y guiados por los líderes no solo de la institución, sino también de la comunidad.

En este escenario esperamos que se desarrolle la Participación Social “institucionalizada”, ¿por qué le llamo así? porque solo algunas experiencias surgen de la naturaleza propia de la comunidad. Especialmente en comunidades que han mantenido vigente sus procesos históricos y luchan por mantener activa sus códigos culturales. En la mayoría de los casos resulta de una construcción de la institución para generar proceso de inclusión y equidad con la comunidad, pero poco tienen de participativa. Existe mucho desgaste de parte de los dirigentes sociales, la mayoría de ellas mujeres adultas, y adultos mayores, que lucharon por el retorno a la democracia, otros que son integrantes de organizaciones sociales de base, pero que también han buscado en esta participación una relación ganancial con la institución. Sin embargo, existen Centros de Salud emblemáticos, que mantienen vigente su visión política y de construcción social, donde no es casualidad que se mantengan y sean liderados por profesionales que protegen en su accionar y convicción la relación profesional y comunitaria. Donde la apuesta es el empoderamiento de la Gestión Participativa, como una herramienta potente del desarrollo del Modelo de Salud Familiar y la Participación Social.

Si bien la Gestión Participativa, surge como una estrategia de las directrices institucionales,

nos incita a considerar temas relacionados tanto con la Participación Social como con el Modelo de Salud Familiar, ambos como ejes transversales. Son pocos los que van en esta senda, quizás podría explicarse que para los gestores, puede resultar menos complejo trabajar desde lo biomédico, manteniendo relaciones verticales, muchas de ellas cargadas en el manejo del poder, que abrir camino a escenarios más democrático o al menos inclusivos, donde se reconozca el conocimiento natural de las personas que habitan el territorio, de sus códigos, de su cultura, su lucha e historia, que las personas de la comunidad puedan comprender y entender que su participación es un derecho tanto a la información, como a la toma de decisiones de su propio estado de salud. Y que a su vez los actores comunitarios no lo vean como una explotación de la institución, porque son voluntarios, porque no son remunerados o porque muchas veces no respondemos a sus ideales de inmediatez o estado subsidiario. Que la comunidad lo vea como una oportunidad de decidir, mientras más empoderados estén más se les tomará en cuenta; es impresionante como algunos dirigentes se manejan en temas de salud, como impulsan ideas o trabajo colaborativos en los centros de salud. Muchas de las construcciones (CESFAM) son respuesta a las demandas y exigencias que la propia ciudadanía ha hecho, se sienten dueños de estos espacios, porque existe un sentido de pertenencia cultural, social no solo con la construcción, sino con la demanda que ellos mismos levantaron y con su territorio.

Desde la experiencia esto ha resultado poco alentador, ya que en general se percibe poca movilidad desde los equipos de salud como de la propia comunidad. Se generan instancias participativas, pero no se logra la vinculación ni se considera la carga cultural que portan los usuarios, se sigue trabajando en distintas esferas, aun cuando se colabora mucho para instancias participativas. Lo que no se genera desde la comunidad es el involucramiento de querer ser parte en la toma de decisiones. Y de parte de los equipos de salud las acciones vinculantes muchas veces están ligadas

al cumplimiento de metas o exigencias que se establecen desde los lineamientos ministeriales, pero no porque existe un reconocimiento de los usuarios y de su comunidad: no se consideran que estos pueden ser un aporte fundamental al desarrollo del Modelo con enfoque comunitario, salvo los centros de salud emblemáticos que ya fueron señalados y que mantienen vigente esta estructura organizacional.

Para concluir quisiera detenerme y me encantaría poder plasmar una serie de discusiones y reflexiones que surgen en los ideales de sentir que aún queda tanto por hacer. Que los procesos nos demandarán mucho tiempo más para ver impacto en la comunidad como en los equipos de salud. De aterrizar ciertas ideas en estrategias para generar articulación y acciones reales que se plasmen en voluntades políticas, en sentido de pertenencia, en reconocimiento de los sujetos sociales portadores de códigos culturales y experiencia, en relaciones más horizontales, en las Redes Integrales de Salud, y podría continuar describiendo muchas más, pero solo quiero detenerme a pensar que todo lo descrito, incluso los factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, son oportunidades de mejora para la comunidad, que si logramos dejar de mirar desde la fragmentación y logramos mirar desde lo colectivo, podríamos pensar que es coherente instalar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario con Participación Social.

REFERENCIAS

1. Segovia I., Muñoz R. El Modelo de Atención de Salud Familiar. Atención Primaria; Modelo de Salud; Participación Comunitaria e intersectorialidad. Módulo 1. En: Diplomado Gestión en Centros de Salud Familiar.
2. Borrell i Carrió F. "El modelo biopsicosocial en evolución" *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9
3. Hidalgo C., Carrasco, E. *Salud Familiar: "Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria"* Santiago: Universidad Católica;1999