

Estrategia “salud en tu casa”: redefinición de la atención primaria de la salud en la comuna de Curarrehue

Strategy “Health at your Home”: Redefining Primary Health Care in the rural Municipality of Curarrehue, Chile

Dr. Hugo Vásquez V.¹

Resumen

Con el propósito de volver a la integralidad de la APS, la comuna de Curarrehue desde el año 2010 está impulsando la estrategia “Salud en tu Casa”, la cual es una herramienta que apunta hacia el desarrollo local donde, a través del trabajo transdisciplinario, fundamentado en la intersectorialidad, el trabajo comunitario y el aumento del capital social, ha puesto en el eje del sistema de salud la promoción y la prevención de manera real y en su amplio sentido, fundamentado en el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se expone el proceso que ha llevado adelante el equipo de salud local de Curarrehue en la tarea de reorientar la APS de la comuna desde el enfoque de determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: atención primaria de salud, equidad en salud, acción intersectorial, participación comunitaria, promoción de la salud.

Abstract

Since 2010, Curarrehue, a small town in the south of Chile, is driving an strategy called “Health at Home” in order to return to the comprehensive model of Primary Health Care. This is a tool aimed at local development through transdisciplinary work, intersectorial action, community work and increased social capital. Its axis has been health promotion and prevention based on addressing the social determinants of health. The process that has been driven by the local health team of Curarrehue in the task of reorienting the Primary Health Care in view of the social determinants of health, is here presented.

Key Words: primary health care; equity in health; intersectorial action; community participation; health promotion.

Recibido 03/04/2012. Aceptado 13/04/2012

1 © Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local. Universidad de la Frontera. Encargado de la Subdirección de Promoción y Desarrollo del Departamento de Salud de Curarrehue. Correspondencia a: hugo.vasquez.v@gmail.com.

1. ANTECEDENTES

1.1 La Comuna de Curarrehue y sus problemas

En medio de la Cordillera de los Andes, en la región de la Araucanía, en Chile, se encuentra la comuna de Curarrehue. A 40 kms. de la frontera con Argentina, sirve de paso hacia el vecino país. Presenta una geografía montañosa y un clima mediterráneo templado a frío y lluvioso con nevazones en los sectores de más altura en las estaciones de otoño, invierno y primavera. Las precipitaciones alcanzan los 3.500 mm anuales. Su superficie es de 1.170 km² y su población alcanza los 7.474 habitantes, con aproximadamente un 80% de personas mapuche (1).

Es un pueblo pequeño, donde la mayor parte de su población vive en sectores alejados del centro cívico. Presenta un 72,6% de ruralidad y una densidad poblacional de alrededor de 6 habitantes/km². Su población vive fundamentalmente de la actividad agropecuaria y el comercio. Existe un alto nivel de pobreza, probablemente muy por sobre las cifras oficiales que la ubican en un 14,5%.

Las condiciones descritas y el aislamiento producto de la geografía y las condiciones climáticas adversas durante los meses fríos, producen situaciones de exclusión que afectan fundamentalmente a las personas, pero también a los gobiernos local y central en su tarea de satisfacer las necesidades de la población.

Esta situación de vulnerabilidad se traduce en resultados desfavorables en la salud de la población. Así, la tasa de mortalidad general es de 5,8 por 1.000 habitantes, la cual al ser ajustada por edad y comparada con las cifras nacionales y regionales es mayor casi en todos los grupos etáreos como se aprecia en la Tabla 1. Además, presenta una esperanza de vida al nacer menor que la región y el país, mientras que Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y proporción de embarazo adolescente mayores que la región y el país (2). Todos estos son ejemplos de cómo se expresan las inequidades en salud en relación a los promedios nacionales y, para qué decir, comparado con las comunas más ricas de Chile (3).

Tabla 1.
Indicadores que permiten observar resultados de salud dispares entre la comuna de Curarrehue, la región de la Araucanía y el país.

	Curarrehue		Región		País	
Tasa ajustada de mortalidad general* (2009)	5,8		6,1		5,4	
Tasa ajustada de mortalidad infantil* (2009)	9,2		8,7		7,9	
Tasa ajustada de mortalidad adolescente* (2009)	0,7		0,4		0,4	
Tasa ajustada de mortalidad adultos entre 20 y 44 años* (2009)	H**	M***	H	M	H	M
	1,6	0,6	1,8	0,7	1,46	0,86
Tasa ajustada de mortalidad adultos entre 45 y 64 años* (2009)	H	M	H	M	H	M
	7,4	4,74	7,4	4	6,6	3,7
Años de vida potenciales perdidos* decenio 1997-2006	104,1		90,50		80,3	
Proporción de embarazo de menores de 20 años (2008)	35,5		22,2		19,9	
Esperanza de vida al nacer decenio 1997-2006	73		74,92		75,52	

Fuente: MINSAL DEIS 2011

* por 1.000 habitantes.

** Hombres

*** Mujeres.

1.2. El sistema de salud local

El Departamento de Salud Municipal (DSM) de Curarrehue tiene a cargo la salud de la población la cual está dividida en tres sectores: el Urbano, el Periurbano (entre 0 y 20 kms desde el pueblo aproximadamente) y el Rural (desde 20 a 50 kms desde el pueblo aproximadamente). El Consultorio General Rural de la comuna atiende a la población de los tres sectores, pero, además, cuenta con cuatro postas rurales y dos estaciones médico-rurales (EMR) a cargo de técnicos paramédicos que prestan atención en el Sector Rural. Con esta distribución se intenta dar la mayor cobertura posible, sin embargo, el Sector Periurbano, al no contar con postas o EMR y presentar distancias considerables del Consultorio en algunos de los subsectores, todavía presenta serios problemas de acceso y oferta de atención, lo cual evidencia que una estrategia centralista, incluso a nivel local, no permite una cobertura y participación adecuada de la población más aislada.

1.3. Norma nacional versus realidad local

Como la mayoría de los centro de APS de nuestro país, el Consultorio de Curarrehue se encontraba dedicado principalmente a la acreditación como CESFAM lo cual haría posible una atención de calidad basada en los principios de la Salud Familiar y Comunitaria, por cierto, importantes y valorables (4). Sin embargo, se pretendía alcanzar este objetivo sin tener en cuenta la realidad local, fundamentalmente en cuanto a la dotación de personal, dispersión de la población y dificultades geográficas.

Así, la población de Curarrehue se sectorizó, constituyéndose las tres áreas mencionadas. No obstante, al momento de la constitución de los equipos de cabecera de cada sector, se observó la primera dificultad que consistía en contar con sólo un equipo profesional que hasta el momento funcionaba de manera transversal. Con el propósito de cumplir con los requisitos se dividió al personal, dejando a sectores con diferencias en cuanto a las disciplinas que los constituían (por ejemplo, el sector urbano contaba con la enfermera, mientras que el periurbano con la matrona y el rural con la psicóloga). Además, el hecho de tener un solo equipo de profesionales, sumado a la alta demanda asistencial y a la elevada dispersión de la población, hacía que la mayor

parte del tiempo el equipo de salud se concentrara en labores asistenciales de policlínico, con escasa participación comunitaria.

Tal como los ejemplos citados, existían otras situaciones que hacían compleja la consecución de los objetivos dada la realidad local y que, finalmente, un modelo bien intencionado y pertinente en el papel se convirtiera en una dificultad más que una verdadera ayuda para el desarrollo humano y de la salud de las familias de Curarrehue. A pesar de los esfuerzos del equipo de salud de impulsar el modelo de Salud Familiar y Comunitaria, se mantenía en la práctica un sistema principalmente orientado a la recuperación de la enfermedad y la disminución de sus consecuencias más que a la promoción de la salud y el desarrollo integral de su población. Esto último, más bien representaba un anhelo limitado por la realidad del asistencialismo que copaba la agenda del centro de salud.

2. HIPÓTESIS

- a) Insuficiencias de cobertura por parte del sistema de salud pueden deberse a distorsiones estructurales de los sistemas locales.
- b) Dichas distorsiones estructurales pueden ser corregidas por los equipos locales de atención, con el apoyo de la autoridad local, obteniéndose mejoras en la cobertura, particularmente de acciones de promoción y prevención.

3. OBJETIVOS

- a) Generar un cambio en el sistema de atención de salud local desde el año 2010 dándole un enfoque de equidad y determinantes sociales de la salud.
- b) Diseñar e implementar una nueva estrategia de atención, que se llamaría "Salud en tu Casa".
- c) Aplicar los principios de atención de salud familiar y comunitaria con pertinencia territorial.

Estos objetivos fueron viabilizados por la decisión política del Alcalde de la comuna de Curarrehue y el apoyo de su Concejo Municipal.

4. METODOLOGÍA

El equipo de salud local inició el año 2010 una serie de cambios y reorientaciones de algunos recursos tanto humanos, físicos como financieros, además de algunos procesos e instrumentos de gestión para iniciar el desarrollo de la estrategia "Salud en tu Casa". La iniciativa pretendía modificar el sistema de atención de salud comunal con el propósito de mejorar la salud en conjunto con la calidad de vida y el desarrollo humano de la población.

El inicio no estuvo libre de dificultades, sobre todo por la necesidad de aunar voluntades y romper las resistencias esperables que genera este tipo de cambios.

Una de las primeras decisiones de la Comuna fue detener la carrera por la acreditación, la cual fundamentalmente se limitaba a realizar una serie de documentos y procesos burocráticos que tenían poca traducción práctica. Posteriormente, se introdujeron modificaciones en la estructura organizacional del Departamento de Salud Municipal (DSM), creándose dos Subdirecciones como nuevas unidades de gestión: la de Promoción y Desarrollo (SPyD) y la de Gestión Clínica (SGC).

La SGC procuraba mantener la gestión de toda la dimensión clínica y asistencial del DSM, pues los cambios propuestos no implicaban desconocer que los aspectos curativos y de rehabilitación, orientados a la recuperación de la enfermedad mitigando las consecuencias de las inequidades, son responsabilidad y parte necesaria del sistema de atención. Ahora, al mismo tiempo, a través de la SPyD, se reivindicaba la promoción, el desarrollo y el abordaje de los determinantes sociales, orientados a la mantención de la salud y al abordaje de las causas de la enfermedad. Esta unidad de gestión, técnica más que administrativa, incluyó como campo de trabajo la promoción de salud, la gestión del trabajo comunitario, la vinculación directa con el intersector, la complementariedad intercultural, la docencia (considerando la vinculación iniciada con universidades como parte de la estrategia de aumento

de capital social), la salud ambiental y la investigación en salud (principalmente de epidemiología social, necesaria para entender y abordar los procesos de salud-enfermedad del colectivo).

Con esta reforma de la organización interna del DSM, la SPyD inició un proceso de construcción y sustento teórico de la propuesta denominada "Salud en tu Casa". Los referentes de esta propuesta aparecen en la Medicina Social, en el modelo de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y en el movimiento de Salud Colectiva impulsado desde hace algunas décadas en Latinoamérica (5,6,7,8,9). Según estos, el campo de la salud se encuentra en el límite de lo social y lo biológico, siendo los fenómenos de salud-enfermedad del colectivo principalmente determinados por los fenómenos sociales.

Bajo esta orientación, la SPyD impulsó una serie de cambios funcionales. Como una forma de ordenar el proceso de implementación de la estrategia y considerando la complejidad de la tarea, estos cambios se iniciaron con mayor fuerza en el sector Periurbano, el cual, como ya se ha descrito, presentaba los mayores problemas de cobertura, pues no existía presencia constante del equipo de salud en el territorio, prácticamente no había participación comunitaria, ni planes de educación para la salud o promoción de esta, donde su población principalmente acudía al centro de salud por atención biomédica, teniendo una de las tasas de policonsulta más altas de la comuna.

Como parte de la metodología, los cambios promovidos por la SPyD se pueden resumir en las seis dimensiones siguientes: 1) Trabajo en terreno; 2) Trabajo comunitario; 3) Promoción de la salud; 4) Acción intersectorial para disminuir las inequidades en salud; 5) Aumento del capital social y; 6) Reorientación de los programas clínicos con enfoque de determinantes sociales.

En la primera dimensión, se llevó el "objeto salud" fuera de las paredes del consultorio, haciendo que miembros del equipo sanitario de manera constante recorrieran el territorio, compartiendo con las familias y su entorno lo cual permitiera realizar mejores diagnósticos e intervenciones de situaciones que estuviesen causando enfermedad, en conjunto con iniciativas que fomentasen la salud y el bienestar de la

población. Para esto se asignaron al sector Periurbano dos Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS) los cuales comenzaron a recorrer el sector visitando a las familias durante toda la semana, principalmente aquellas en riesgo biopsicosocial, a aquellas con niños menores de 6 años, las con mayores niveles de poli-consulta y a los adultos mayores solos. Este trabajo ha sido apoyado por un médico de terreno algunos días de la semana, quien además ha asumido el rol de coordinación de la SPyD, permitiendo una visión integrada de los diferentes cambios impulsados. Así también, se han ido sumando otros profesionales liberando espacios en sus agendas para salir al territorio, aunque no con la velocidad inicialmente esperada. Por último, como parte del método de esta dimensión se ha implementado una modalidad de educación para la salud que consiste en reunir familias vecinas unidas por lazos familiares o de amistad el cual se comenta en los resultados.

La segunda dimensión, el trabajo comunitario, fue facilitada por la implementación de la primera. Se basó en la multiplicación de los comités comunitarios de Salud y en el estímulo a la formulación de proyectos por ellos mismos. Para ello se invitó y motivó a las personas del Sector Periurbano, el cual fue priorizado a causa de la realidad antes descrita. En una primera etapa de acercamiento a la comunidad se socializaron los fundamentos y objetivos de la estrategia "Salud en tu Casa". Para ello se detectaron los líderes y representantes de cada localidad, los cuales, a través de reuniones masivas con los vecinos, le dieron al equipo de salud el espacio para iniciar la vinculación.

En la tercera dimensión se impulsó un plan de promoción que no consistiera sólo en educación para la salud, sino que surgiera desde la comunidad, generando competencias y condiciones que mejorasen la calidad de vida y salud de la población, apuntando a la equidad y al contexto social, cultural e histórico. Se consideró que este enfoque es más pertinente que el que se dirige al riesgo individual, tomando en cuenta la poca efectividad lograda respecto a la obesidad infantil, el tabaco o el sedentarismo.

Respecto de la cuarta dimensión, la SPyD ha tendido a orientar y consolidar una acción intersectorial (AIS) sostenible, tanto de arriba hacia abajo como

de abajo hacia arriba. La acción de arriba hacia abajo surge desde las autoridades y encargados de cada repartición hacia el resto de la organización. Con este enfoque se invitó, a mediados del 2010, a constituir un equipo de trabajo compuesto por el jefe del departamento social, un miembro directivo del Departamento de educación, el jefe del Centro de Gestión y Negocios y algunos miembros del Departamento de Salud. Trascurridos cuatro meses, ante los escasos resultados, se hubo de finalizar el trabajo de este equipo para replantear la estrategia de la AIS. Paralelamente se comprobó que la gran mayoría de las iniciativas generadas desde la comunidad para mejorar la salud de los sectores implicaba la actuación de otros departamentos municipales, de donde resultó el enfoque de la AIS de abajo hacia arriba, pensada, sugerida e incluso implementada desde niveles comunitarios y más bien operativos de los equipos de salud y de los demás sectores involucrados. Actualmente, junto con seguir potenciando la AIS de abajo hacia arriba, la cual ha sido exitosa, la SPyD le planteó a la máxima autoridad comunal la necesidad de retomar el trabajo para estructurar una AIS de arriba hacia abajo con el propósito de darle sustentabilidad a la intersectorialidad en la Comuna. Para no repetir el fracaso anterior, se propuso que el convocante no fuera el sector salud sino más bien la Jefa del Gabinete municipal, con la SPyD actuando como orientadora y facilitadora.

Una quinta dimensión fue la de aumentar el capital social. Como una de las formas de "capital intangible" que representa la predisposición a la ayuda interpersonal basada en la confianza, la formación de redes de colaboración y la participación social (10), su fomento fue considerado indispensable para generar estrategias que permitan el desarrollo sanitario basado en el enfoque de determinantes sociales. Este se potenció, en primer lugar, a partir del propio trabajo comunitario, pero, además, se trabajó para abrir las redes de colaboración hacia afuera de la comuna, considerando que los recursos propios son escasos y no permiten el desarrollo integral de todas las iniciativas formuladas por la comunidad o el equipo de salud. Por ello se ha invitado a ONGs y universidades, tanto de la Región como de la capital.

Finalmente, en relación a la sexta dimensión, la SGC ha iniciado la reorientación los programas clínicos

poniendo el acento en el enfoque de equidad y de los determinantes sociales de la salud, además de optimizar el uso del tiempo de los profesionales mediante la centralización de sus agendas de atención por el Servicio de Orientación Médica y Estadística (SOME). Para este rediseño de los programas clínicos la SPyD inició la búsqueda y revisión de la literatura disponible durante el año 2011, además de invitar a expertos en el tema.

5. RESULTADOS

5.1. Trabajo en terreno

El método de trabajo en terreno ha generado resultados que hasta el momento han tenido relación con aspectos clínicos, pero sobre todo con aspectos promocionales y de desarrollo socio-sanitario. Desde la perspectiva clínica ha habido avances como el rescate de pacientes crónicos inasistentes, el control clínico de pacientes con importantes problemas de acceso, el aumento de Exámenes Médico Preventivos (EMP) y tamizaje de cáncer cervicouterino o la disminución del número de policonsulta en policlínico y servicio de urgencias del consultorio (Tabla 1).

Tabla 2.
Actividades realizadas por los TENS de terreno del sector periurbano el año 2011

Actividades realizadas por TENS periurbanos 2011	nº
PAP gestionados	66
Exámenes médico preventivos realizados en terreno	75
Visitas domiciliarias a pacientes policonsultantes	510
Visitas domiciliarias a adultos mayores solos o en riesgo	288
Visitas domiciliarias a postrados	73
Visitas domiciliarias a familias con menores de 6 años	89
Rescate y pesquisa pacientes crónicos	34
Visitas con médico	153
Actividades educativas	20
Reuniones con organizaciones sociales	26

Elaboración propia

La idea no era replicar el asistencialismo ahora en las propias casas. Muy por el contrario, los resultados más importantes vienen desde la perspectiva promocional y de la construcción colectiva de la salud. El primero, y muy importante, lograr un vínculo afectivo del equipo de terreno con las familias del sector. Tanto para cumplir con los aspectos curativos como para trabajar en los promocionales y preventivos, la complementariedad y el encajamiento² con la

comunidad son fundamentales y esto no se logra con reuniones aisladas con una u otra organización de la comunidad (11). Muy por el contrario, es a partir del compartir cotidiano con las familias y sus realidades que el equipo de salud ha logrado vincularse y ganar la confianza de los vecinos. De hecho, a un año de haber iniciado esta experiencia, se realizaron entrevistas

2 Evans (1996) plantea dos formas de relación exitosa entre los que implementan una política y quienes la reciben y participan de ella: la complementariedad y el encajamiento. La primera ocurre

cuando ambas partes tienen interés común en un resultado exitoso y cada una puede proporcionar lo que la otra necesita pero no tiene. La segunda, el encajamiento, guarda relación con la confianza generada entre los implementadores del programa y la comunidad local, lo cual a su vez facilita la complementariedad.

a personas de la comunidad que nos permitieron evaluar lo realizado hasta el momento³. De éstas se desprenden respuestas interesantes donde se valora la confianza y la vinculación generada (Cuadro 1).

Cuadro 1.
Extractos de entrevistas a la comunidad a un año del inicio de la estrategia Salud en tu Casa

¿Cuáles cree Ud. que han sido los beneficios de la estrategia Salud en tu Casa?

“Tenemos más confianza con los paramédicos y el doctor. Puedo conversar más por que los conozco. Ellos comparten con uno en la mesa. Los paramédicos y el doctor llegan a la gente” (MM, mujer, 36 años).

“Ha sido importante para aprender la importancia de un buen baño, una buena casa, el medio ambiente, la basura...Hay un comité de salud en este sector. Sabemos lo que significa. No es sólo pastillas. Es Higiene, salud. Por ejemplo, bañarse en un pozo limpio es importante”. (SL, hombre, 65 años).

“Ha sido un facilitador de procesos. Yo misma he aprendido a hacer de facilitadora para solucionar problemas. (Una como dirigente está entregada a preocuparse por su sector. Podemos tener buenas intenciones. Por ejemplo, yo ayudé a una persona a recibir subsidio, beneficios.)” (EL, mujer, dirigente, 54 años).

¿Qué es para Ud. la Salud?

“Un conjunto de cosas. Hábitos de alimentación. Una casa confortable, dormitorios abrigados. El bienestar de una persona. La salud es saber cuidarse uno mismo”. (AC, mujer, 28 años).

“Es estar sano, viene de sanidad. La salud empieza desde la cuna, el cuidado, la alimentación. La salud entra en todo el bienestar, la casa, el trato social. La alegría.” (EL, mujer, 54 años).

“Ayudar a la gente. Salvar vida. Estar bien. Mejor calidad de vida. Estar con los hijos, con la familia. Cuando estás enfermo se complica a la familia.” (MM, mujer, 36 años).

Elaboración propia.

Otro de los buenos resultados apunta a un aumento considerable de las actividades de educación para la

salud por parte del equipo de terreno a las familias de la comunidad. De forma espontánea o planificada se han realizado charlas y talleres a distinto nivel. Desde aquellas realizadas a cada familia en alguna de las visitas hasta aquellas más masivas en sedes comunitarias. Entre ambas modalidades ha surgido un método que ya mencionado y que ha tenido buen resultado, el cual consiste en sesiones de conversación de temas de salud con un número limitado de familias vecinas. Habitualmente las casas en el sector rural se agrupan por lazos familiares, por lo cual considerando esta realidad y de común acuerdo con las personas, el equipo de salud se reúne con aquellas familias en alguna de las casas, generando un espacio de mayor confianza que aquellos dados en las educaciones más masivas, lo que permite mayor participación y un diálogo más fluido. Además, es relevante señalar que la educación para la salud no ha sido sólo desde el equipo hacia los vecinos de forma unilateral, sino que, entendiendo que la salud se construye desde lo social y lo cultural, también ha sido la propia comunidad la que ha aportado con sus saberes y prácticas. Por lo mismo, los contenidos de las actividades educativas iban desde aspectos informativos respecto de cómo prevenir ciertas enfermedades hasta la discusión colectiva de cómo los condicionantes sociales, ambientales, económicos u otros más allá de lo biológico pueden determinar la salud de sus sectores y familias.

Tanto la experiencia de educación para la salud que ha permitido llevar los temas de salud y calidad de vida a los propios sectores fuera del edificio del consultorio como la vinculación afectiva del equipo de salud con la comunidad han influido en otro de los resultados obtenidos hasta el momento relacionado con el cambio en la significación de la salud para muchas de las personas de la comunidad. Antes de iniciar la estrategia Salud en tu Casa, las personas habitualmente asociaban la salud como un estado de ausencia de enfermedad vinculando el trabajo del equipo de salud fundamentalmente con la atención clínica, las rondas médicas, la disponibilidad de medicamentos, entre otros aspectos más bien curativos. Sin embargo, después de cierto andar, las personas de los sectores en los que se ha trabajado han ido cambiando su visión de la salud, considerándola más bien un estado de equilibrio y bienestar que tiene directa relación con

³ Estas entrevistas fueron realizadas por un colaborador externo, antropólogo docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, con el propósito de disminuir el sesgo en las respuestas de las personas.

la calidad de vida, el desarrollo humano e incluso la cohesión social o la alegría (Cuadro 1).

Todos estos resultados han sido posibles en gran medida gracias al trabajo y compromiso de los TENS de terreno, a los cuales se los ha situado como agentes muy importantes de la estrategia. Actualmente, no sólo el sector Periurbano cuenta con este recurso humano. Desde el año 2011 se sumaron al trabajo en terreno TENS en el sector Urbano, siempre desde esta perspectiva más integral de salud, mientras que en el sector Rural se ha iniciado con los TENS encargados de posta un trabajo de capacitación y socialización de elementos de la Salud Colectiva y Determinantes Sociales con el propósito de potenciar su trabajo con la comunidad y la promoción de la salud en paralelo a sus labores asistenciales. En el caso de este último sector ha sido más rápida la incorporación de los elementos mencionados, pues es sabida la gran labor del TENS de posta rural en el trabajo con su comunidad a cargo.

5.2. Trabajo comunitario

La metodología utilizada para el trabajo comunitario ha dado los resultados que se describen a continuación.

Cuadro 2. Resumen de la presencia de comités de salud en los subsectores y su inicio en relación a la estrategia Salud en tu Casa

<p>Subsectores con comité de salud iniciados previo a la estrategia Salud en tu Casa: Con Posta Rural: Flor del Valle, Reigolil, Epewkura, Quiñenahuin, Maite y Catripulli. Periurbanos: Carén.</p>
<p>Subsectores con comité de salud iniciados con la estrategia Salud en tu Casa: Periurbanos: Panqui, Los Chilcos, Huitraco, Maichín Bajo, Los Sauces, Quilonco, Huincapalihue, Trancura, Pocolpén, Añihuarraqui, Puesco y Puala.</p>
<p>Subsectores aún sin comité de salud: Rural (Catripulli): Loncofilo, Rinconada, Santa Elena y Huampoe. Periurbanos: Puente Basas Grande, Angostura, Pichicurrehue y Maichín Llafa. Sector urbano.</p>

Elaboración propia.

Previo al inicio de la estrategia existían seis comités de salud. Estos se ubicaban en los lugares donde existía posta rural o EMR, los cuales se enumeran en el cuadro 2. Su finalidad era principalmente la formulación de proyectos que beneficiasen la atención clínica en su respectivas postas de salud. Así, la construcción de un box dental, la reparación de la infraestructura de la posta, la implementación de la misma o el aumento de horas de los profesionales, entre otras, eran las principales motivaciones de estos comités, los cuales, como es característico de las organizaciones funcionales, aunaban esfuerzos para la consecución de proyectos puntuales. Motivados por satisfacer aspectos asistenciales, los distintos comités fueron adoptando históricamente un carácter más clientelar que proactivo, entendible si consideramos el lento proceso de reconstrucción de la participación social posterior a la dictadura militar y, en este caso específico, que el rol curativo se asume como una responsabilidad técnica del equipo de salud, del cual se esperaban respuestas. Esta realidad de demanda social, aunque válida, impedía un cambio en la significación de la salud, en el rol del equipo sanitario y de la propia comunidad en la mantención y fomento de la salud. El resto de la comuna, constituido por el sector Periurbano y Urbano, contaba con sólo uno o dos comités de salud que funcionaban de manera esporádica.

De los dieciocho subsectores que componen el sector Periurbano, cada uno correspondiente a una unidad territorial bien definida y que albergan entre veinte y cuarenta familias aproximadamente, ninguno tenía una posta rural o EMR con TENS de residencia, sólo tres tenían ronda médica y sólo uno tenía un comité de salud funcionando con cierta regularidad (Cuadro 2). Se realizaron reuniones de socialización de la estrategia con la mayoría de estos subsectores, los cuales a la fecha no tenían una vinculación tan directa con el equipo de salud. Inicialmente, esta situación pareció ser un problema, pues en muchos de los lugares la primera solicitud era crear una ronda médica o aumentar sus cupos de atención, de acuerdo con la definición de salud que existía antes. Sin embargo, fue una gran oportunidad, pues al no existir comités de salud en esas localidades, no estaba tan arraigado el clientelismo y asistencialismo como en los comités ya formados. Esto permitió el convencimiento mutuo de que para mejorar las condi-

ciones de salud de las personas hace falta mucho más que rondas médicas o medicamentos.

Las comunidades que se interesaron por la propuesta empezaron a organizarse para constituirse como comités de salud, los cuales desde un inicio fueron acompañados por algún miembro del equipo de profesionales del DSM y los TENS de terreno. La idea fue siempre mantener la autonomía de los grupos y empoderarlos como socios de la iniciativa y no sólo como beneficiarios.

Con los comités de salud ya formados, hubo reuniones mensuales entre los representantes de los distintos subsectores y el equipo de la SPyD. Ejemplos de productos generados por las comunidades luego de un año de trabajo son:

- operativos de desparasitación y vacuna de mascotas,
- construcción y mantención de huertos familiares saludables,
- construcción de baños para adultos mayores vulnerables,
- instalación de agua potable,
- planes de reciclaje de desechos,
- olimpiadas deportivas para niños,
- talleres de actividad física,
- talleres de autoayuda para mujeres jefas de hogar,
- formación de monitores de salud por cada subsector,
- entre otras.

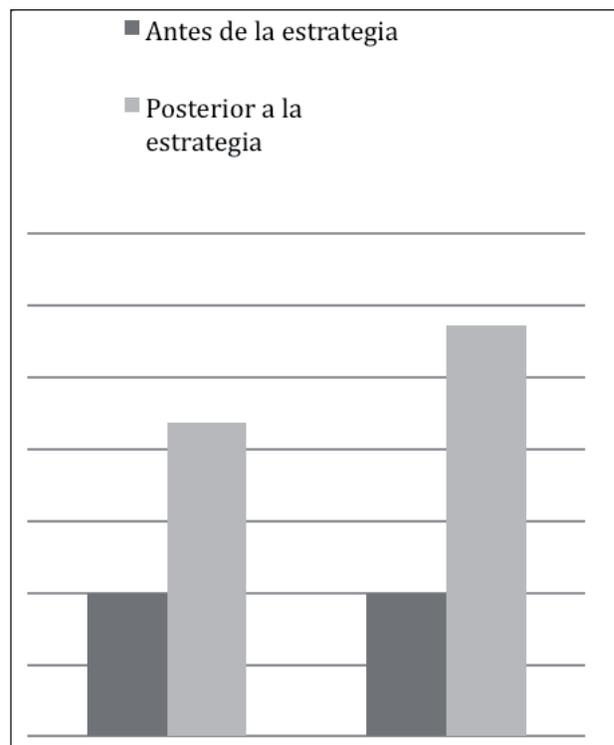
Mención especial merece la formación de monitores de salud, los cuales luego de un programa de capacitación en primeros auxilios, alimentación saludable, toma de signos vitales, entre otras competencias, se han ido transformado en referentes de salud desde la propia comunidad, fomentado la solidaridad y la cohesión social entre vecinos, además de satisfacer ciertas necesidades asistenciales básicas como la toma de presión arterial

en localidades donde a los pacientes se les hace difícil acceder al centro de salud.

Se han formado diez nuevos comités de salud, los cuales representan a doce de los subsectores del sector Periurbano, es decir, existen casi tres veces más comités de salud en la comuna que los que había antes de la estrategia (Gráfico 1).

También, se ha comenzado a reorientar el trabajo comunitario a nivel rural y a incentivarlo en el sector urbano con la incorporación de nuevos recursos humanos que permitieron a la SPyD aumentar su cobertura, coordinar a los actores involucrados y definir lineamientos comunes para el trabajo con la comunidad en todos los sectores.

Gráfico 1.
Relación de la promoción (nº de actividades) y el trabajo comunitario (nº de subsectores con comités de salud) antes y después del inicio de la estrategia Salud en tu Casa



Elaboración propia.

Este notable aumento en la participación comunitaria es clave en la serie de proyectos, iniciativas y propuestas

que han surgido para mejorar o mantener la salud de la población desde la perspectiva integral fundamentada en los determinantes sociales de la salud.

5.3. Promoción de la salud

Así como en muchos otros centro de APS, en Curarrehue la promoción de la salud se entendía fundamentalmente como educación para la salud, por lo que talleres y charlas en escuelas, grupos de adultos mayores u otras organizaciones monopolizaban el trabajo, el cual por lo demás se hacía sólo en los tiempos en que la agenda asistencial lo permitía. En la práctica, la promoción de la salud quedaba relegada a un segundo plano tras lo asistencial y orientada principalmente a actividades educativas.

La estrategia “Salud en tu Casa”, sin dejar de lado la educación para la salud, fomentó la promoción de la salud desde la comunidad, a través de una serie de acciones que permitiesen generar competencias y condiciones que mejorasen la calidad de vida y salud de la población apuntando a la equidad y al aumento del capital social.

Cuadro 3.
Ejemplos de algunas de las actividades de promoción de la salud con base comunitaria a un año del inicio de la estrategia Salud en tu Casa.

- **Abastecimiento de agua potable** sectores de Trancura y Maichín Bajo.
- **Construcción de baños para familias vulnerables** en los sectores de Pocolpén, Quilonco y Huincapalihue.
- **Operativo de desparasitación y vacuna de mascotas** en el sector de Huitraco.
- **Talleres laborales y de actividad física con enfoque de salud mental y autoayuda** en los sectores de Trancura, Carén, Maichín Bajo y Maite.
- **Formación de monitores de salud** en los sectores de Pocolpén, Trancura, Maichín Bajo, Panqui, Huitraco y Carén.
- **Huertos familiares saludables** en los sectores de Pocolpén, Huitraco y Panqui.
- **Operativo de reciclaje** en los sectores de Trancura y Maichín Bajo.

Elaboración propia.

A un año de iniciada la estrategia Salud en tu Casa se ha más que duplicado el número de actividades de promoción realizadas respecto a las del año precedente (43 y 94 actividades respectivamente). La mayoría tuvo el componente comunitario ya descrito, manteniendo, eso sí, aquellas necesarias de educación para la salud como jornadas de educación sexual y afectividad, plan de educación continua en salud para escuelas básicas del sector periurbano, talleres de prevención de enfermedades respiratorias en cada comité, entre otras (Gráfico 1, Cuadro 3).

5.4. Acción intersectorial

En Curarrehue no había existido una idea de intersectorialidad que fuese sostenible o que fuera más allá de meras acciones puntuales (12,13,14). Se reproducía constantemente la figura de “mesas de trabajo” en que se reunían funcionarios de distintos departamentos para abordar cierta problemática particular, pero muchas veces sin estar dentro de los lineamientos centrales de cada sector, por lo cual dichas experiencias una vez concluidas, no se traducían en avances hacia una acción intersectorial sostenible. Esta afirmación es compartida por la mayor parte de los jefes de departamento, quienes además sostienen que la situación descrita conlleva mal uso de los recursos en una comuna pobre y la duplicación de trabajo y esfuerzo.

El DSM, a través de la SPyD ha realizado una serie de propuestas e iniciativas que orienten y consoliden una acción intersectorial (AIS) sostenible, las cuales pueden ser agrupadas como acción intersectorial de arriba hacia abajo y acción intersectorial de abajo hacia arriba, conceptos que se han desprendido del trabajo diario.

A la fecha se han realizado una serie de experiencias exitosas de AIS que no han implicado a los niveles gerenciales de las distintas instituciones, sino más bien a los niveles operativos y a la comunidad comprometida con los proyectos. Dos de estas experiencias que reflejan bien esta modalidad de AIS son el proyecto de Huertos Saludables Familiares y la reorientación del Programa “Mejor Empleo”.

Huertos saludables familiares. Al igual como es la tendencia mundial, las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes han

ido aumentando aceleradamente en la comuna, y sabemos que la alimentación constituye uno de las dimensiones a considerar. Por otro lado, mantener en Curarrehue una alimentación saludable con un alto contenido de frutas y verduras es difícil si no se cuenta con huertos propios, principalmente por los precios y el acceso.

Esta realidad de difícil acceso a frutas y verduras, se condice con la creciente disminución de la agricultura como actividad productiva en la comuna. Cada vez son menos las hectáreas utilizadas para la siembra, según relatan los propios habitantes del sector. Esto trae consigo consecuencias, como la desvalorización de la agricultura familiar y el alejamiento del compromiso con estrategias que fomenten la soberanía alimentaria.

Esta preocupación fue comentada y priorizada por los comités de salud de los sectores de Pocolpén, Panqui y Huitraco, surgiendo desde ellos la iniciativa de promoción "Huertos Saludables Familiares", la cual incluye, desde un enfoque de acción intersectorial de abajo hacia arriba, la participación de la comunidad, el equipo de salud a cargo de los aspectos nutricionales y el equipo del Programa de Desarrollo Rural (PRODER), quienes a través de un ingeniero agrónomo, se interesaron en aportar recursos tanto físicos como de capacitación y orientación agrícola a las familias. PRODER, dependiente del Centro de Gestión y Negocios de la comuna, ha participado activamente de la iniciativa, pues no sólo contribuye con los propósitos de la comunidad y el equipo de salud, sino cumple, además, sus metas sectoriales comprometidas en la gestión. Trabajo en terreno en conjunto del equipo de salud y el equipo de PRODER, sesiones de capacitación a las familias donde se aborda la alimentación saludable, la soberanía alimentaria y la agricultura familiar, y el compromiso de las familias con su propio desarrollo han sido algunos de los resultados de este proyecto de AIS, el cual incorpora a alrededor de 17 familias y persiste actualmente en curso, sumando más personas a medida que se obtienen buenos resultados con aquellas que iniciaron el proceso.

Reorientación del programa "Mejor Empleo". La otra iniciativa intersectorial por la salud, que destaca por la innovación, es el trabajo que se ha realizado entre

la comunidad, la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL) y el equipo de salud. En Chile, existe a nivel municipal un programa social llamado "Mejor Empleo", el cual a través de la OMIL de cada comuna, entrega oportunidades de trabajos temporales a los adultos de familias vulnerables. Estos empleos duran tres meses y buscan otorgar un salario que, por lo menos por ese período, permita a la familia satisfacer mejor sus necesidades mientras se encuentran trabajos estables. Estos trabajos temporales se orientan en general a actividades como la limpieza y el ornato, la reparación de caminos u otras similares. Algunas veces, lo prioritario no es necesariamente generar un impacto o gran beneficio con el trabajo realizado, sino más bien cumplir el rol social de otorgar salarios a las familias participantes del programa.

En septiembre del 2011 el programa "Mejor Empleo" benefició a 10 familias del subsector de Panqui y estando en una reunión del comité de salud con el equipo sanitario, los propios vecinos (incluyendo los beneficiados por los empleos) plantearon la idea de orientar el trabajo de las diez personas en actividades que tuviesen mayor impacto que las realizadas habitualmente. La iniciativa consistía en abordar algunos de los determinantes sociales de la salud predominantes en el sector a través del trabajo de las 10 personas que iban a ser empleadas. Apoyados totalmente y acompañados por el equipo de salud, se solicitó a la OMIL poder concretar su propuesta, lo cual fue autorizado. Así, durante los tres meses que duró el programa en Panqui, los vecinos trabajaron mejorando las condiciones sanitarias de la escuela Ruka Pewen que recibe a los niños del subsector, realizaron reparaciones en viviendas deterioradas de adultos mayores que vivían solos y que por su condición necesitaban de la ayuda de otras personas para dichas mejoras, iniciaron las gestiones para la construcción un huerto comunitario en la escuela con el propósito de contar con verduras y hierbas medicinales, entre otras actividades que mejoraban la salud de toda la comunidad. Si bien es cierto se podría señalar que en esta iniciativa no intervino mayormente el sector salud, su acción de abogacía y orientación permitió triangular la información entre los vecinos y la OMIL, generando un trabajo coordinado que, además de beneficiar a diez familias con el empleo, sirvió para mejorar dentro de las posibilidades de dichas acciones las condiciones de salud de toda la localidad de Panqui. Por otro lado, esto

destaca la horizontalidad en el protagonismo de otros sectores distintos a salud en el abordaje de temas sanitarios. Se pretende que esta iniciativa sea socializada y promovida en otros lugares donde pueda ser beneficiosa para la población.

Además de estas dos experiencias, y en vista de los buenos resultados obtenidos, se han promovido otras iniciativas de AIS de abajo hacia arriba. Junto con esto, como se comentó en la metodología, se ha retomado el trabajo por estructurar una AIS desde arriba hacia abajo desde fines del año 2011. El propósito es elaborar un política común que oriente el trabajo integrado a través de planificaciones anuales donde se integren metas y objetivos de los distintos sectores, se creen presupuestos compartidos entre distintas reparticiones u otros instrumentos que permitan una AIS institucionalizada en favor de la salud de Curarrehue. Como resultado se ha creado una agenda de trabajo que ha permitido avanzar en la elaboración teórica de la intersectorialidad comunal en paralelo a intervenciones prácticas que implican el trabajo conjunto, como es el caso de la disminución de la alta prevalencia de escabiosis que afecta a las personas del sector de Epewkura, trabajo que ha comprometido a varios de los departamentos municipales.

5.5. Aumento del capital social

Dada la ausencia de ONG's dentro de la comuna se debió tocar puertas fuera de sus fronteras para implementar el método planteado. Con la socialización de la estrategia Salud en tu Casa se logró motivar y acordar trabajo colaborativo con diversas organizaciones como Socorro Animal Chile (SACH), Acercando Salud, Fundación Cristo Vive, Comunidades Juveniles Escolapias (CJE), Red de Acción por los Derechos Ambientales (RADA), entre otras.

Ejemplos de estas vinculaciones son los operativos de desparasitación y vacunación de mascotas a cargo de SACH, la construcción de baños e instalación de suministro de agua potable para familias vulnerables realizada por voluntarios de CJE, la asesoría por conflictos medioambientales al comité de salud de Huitraco por parte de RADA y la participación en el I Congreso de Salud y Pobreza el cual sirvió como vitrina para socia-

lizar la iniciativa y aumentar las redes, esto gracias a la invitación de Acercado Salud.

En el año 2010 se realizaron las primeras conversaciones con la Universidad de Chile, a través de su Escuela de Medicina y la Escuela de Salud Pública, y con la Pontificia Universidad Católica de Chile, a través de su Escuela de Enfermería. Así, durante el año 2011 comenzaron a realizar su rotación de internado rural alumnas de enfermería de la PUC, las cuales han sido un gran aporte desde la perspectiva asistencial como promocional y comunitaria.

Durante el año 2011 se iniciaron conversaciones con la Universidad de la Frontera (UFRO), que es la Universidad pública de la Región de La Araucanía. Su pertinencia sociocultural y su inserción en el territorio la convertían en un importante colaborador potencial. A través de su Departamento de Salud Pública, se logró firmar, a inicios del año 2012 un convenio de colaboración mediante el cual Curarrehue se ha convertido en uno de los campos de práctica para el Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI). Internos de las carreras de Medicina, Obstetricia y Puericultura, Enfermería, Kinesiología, Odontología, Nutrición y Dietética, Fonoaudiología y Trabajo Social cursan actualmente su internado rural en la comuna, contribuyendo notablemente al desarrollo de la propuesta sanitaria para la APS impulsada por el equipo local, potenciando principalmente el trabajo comunitario, promocional y preventivo, en conjunto con el apoyo a las labores asistenciales. Lo interesante de la alianza es la concordancia en cuanto a la visión de la salud y el rol de los equipos sanitarios, donde tanto el equipo de salud local y el PIRI pretenden mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los colectivos, en este caso de Curarrehue, a través del desarrollo local, la pertinencia territorial y el enfoque de determinantes sociales. El Departamento de Salud Pública, ha manifestado su disposición para colaborar con asesorías técnicas, desarrollo de líneas de investigación en salud dentro de la comuna, capacitación del personal y otros aspectos.

5.6. Reorientación de los programas clínicos con enfoque de determinantes sociales

Si bien es cierto la estrategia Salud en tu Casa ha puesto el acento en la reivindicación de los aspectos promo-

cionales, preventivos y de desarrollo en salud, no ha dejado de lado la dimensión clínica, la cual presenta mejoras en su funcionamiento desde la creación de la Subdirección de Gestión Clínica. Ésta, junto con la SPyD, han avanzado en la intención de vincular la atención clínica con el fomento de la equidad y el abordaje de los determinantes sociales, siendo el rediseño de los programas clínicos la bisagra entre ambas unidades de gestión.

Dentro de los resultados se encuentra una agenda de trabajo a partir del estudio y revisión de los documentos y orientaciones elaborados por la Secretaría Ejecutiva de Determinantes Sociales del Ministerio de Salud el año 2008. Contar con un sistema de APS donde todos los procesos y prestaciones, incluidos los clínico-asistenciales, vayan orientados al abordaje de los determinantes sociales de la salud ha sido una de las preocupaciones de la SPyD, ya que lograr esto permitiría evitar el quiebre que habitualmente se produce entre la clínica y la promoción de la salud, incluyendo la participación comunitaria y el trabajo intersectorial como elementos transversales a ambos.

Por esto, durante el año 2011 se comenzó a estudiar la implementación de un rediseño, partiendo con el Programa de Salud Mental por su vinculación más directa y clara con los procesos sociales. Ya se han realizado reuniones que han servido para iniciar el proceso, el cual está siendo acompañado por una colaboradora externa, salubrista, consultora de la OMS, la cual es experta en la materia. Se espera que en noviembre del 2012 se concluya el rediseño de este primer programa clínico, luego de lo cual se continuará con otros.

6. DISCUSIÓN

A dos años del inicio de la estrategia "Salud en tu Casa" se han realizado una serie de cambios y aportes para conducir a la APS local hacia una visión más integral de la salud. La experiencia de innovar y construir en conjunto con la comunidad y el intersector ha significado ganancias enormes desde el punto de vista técnico como humano. De hecho, impulsar conceptos de salud colectiva ha permitido una vinculación mucho más afectuosa y cercana del equipo de salud con la comunidad y ha traído consigo una serie de ventajas tangibles

e intangibles. Ejemplos son: el mayor conocimiento de la población y sus necesidades, el aumento de la confianza de la comunidad en el equipo de salud, el mayor grado de compromiso y motivación de los profesionales, técnicos y administrativos del DSM que se han involucrado activamente en este proceso al generar vínculos de afecto con la población, la construcción de redes de colaboración fuera de la comuna, entre otras. Desde la perspectiva más medible están la serie de actividades y productos del trabajo comunitario e intersectorial en los ámbitos de promoción y desarrollo ya descrito, la contribución en actividades clínicas, tanto preventivas como curativas, al mejorar la cobertura del territorio, con la consecuente contribución al cumplimiento de las metas sanitarias establecidas por el Ministerio y a la disminución de la demanda asistencial.

Sin embargo, la generación de productos a corto plazo, correspondiente al momento actual de la iniciativa, es sólo el inicio. El propósito es seguir avanzando en esta línea, para que los productos obtenidos hasta ahora se traduzcan en resultados que a mediano y largo plazo impacten positivamente en la salud de la gente de Curarrehue. Pretender cambiar tasas de incidencia de enfermedad u otros indicadores duros de la salud de la población a dos años de iniciada la experiencia sería no entender que estos procesos son lentos y requieren años de trabajo y seguimiento. Los resultados más inmediatos que se han podido obtener tienen que ver con la satisfacción usuaria, la cual ha mejorado por las razones ya comentadas. A pesar que estos procesos son largos en algún punto de la historia era necesario comenzar y esa ha sido la motivación del equipo de salud actual.

Ahora bien, llevar a cabo esta orientación social y comunitaria de la salud ha significado hacer frente a ciertas dificultades como la complejidad del trabajo comunitario ya descrita y, por sobre todo, la poca flexibilidad de la autoridad sanitaria central. Por ejemplo, en la dimensión de promoción de la salud generalmente se restringe el financiamiento en base a sus lineamientos que siguen centrados en factores de riesgo individual en ámbitos como la actividad física, la disminución del tabaquismo o la alimentación saludable. Esto ha significado tener que doblar esfuerzos, tanto en trabajo como en la captación de recursos, para cumplir con actividades que cumplan con los planes de la autoridad central

y en paralelo seguir impulsando aquellas que surgen de la comunidad y se orientan a otros ámbitos de la promoción de la salud.

Por otro lado, el año 2008, desde la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), se intentó impulsar el rediseño de los programas clínicos incluyendo el enfoque de equidad y determinantes sociales (15). Esto surgía como respuesta a programas clínicos que, en opinión de la autoridad sanitaria de la época, mantenían las inequidades al definirse desde aproximaciones biomédicas e individuales que no consideran que las condiciones sociales son causas fundamentales de la salud de los colectivos buscando mitigar los efectos de las inequidades más que actuar sobre sus causas. A pesar de algunas experiencias aisladas al respecto, esta iniciativa no se ha logrado implementar ampliamente en el país. De hecho, la Secretaría Ejecutiva de Determinantes Sociales, unidad técnica del MINSAL encargada del proceso, fue cerrada posterior al cambio del Gobierno en Chile, y el consecuente cambio de prioridades el año 2010, lo cual constituye otro ejemplo que dificulta el avance en materia de equidad en salud y que, si bien es cierto fue decidido a nivel central, impacta a nivel local.

No obstante los buenos resultados hasta el momento, la intención no es idealizar el trabajo comunitario en Curarrehue, pues, como parte de un sistema social, no está ajeno a los conflictos de interés, luchas de poder y otras barreras que surgen de las relaciones humanas. Considerar esto ha sido un aprendizaje del equipo de salud y ha permitido disminuir la frustración en los momentos en que los procesos comunitarios se han enlentecido o simplemente han cambiado de rumbo.

Entre las dificultades enfrentadas por el equipo de salud en el proceso de implementación de la estrategia Salud en tu Casa, hay cuatro que destacan por su impacto en el trabajo diario. La primera de ellas se relaciona con la tensión que se genera entre los criterios políticos que mueven a la autoridad local y los criterios técnicos del equipo de salud encargado de diseñar e implementar la iniciativa. Esta relación político-técnica por momentos se ha tornado difícil entendiendo que a veces ambas partes apuntan a propósitos distintos. No obstante lo anterior y como ya se ha expuesto, el resultado de esta relación ha traído más avances que retrocesos al

desarrollo de la estrategia. El segundo problema se vincula con las resistencias que se producen dentro de la organización frente a cambios como el propuesto. De hecho, ha sido mucho más fácil para la comunidad cambiar su visión de la salud y del sistema de atención que para una parte de los funcionarios que siguen considerando los aspectos sólo asistenciales como el gran rol de la APS. Un tercer problema es la evidente escasez de recursos de todo tipo que afecta a las instituciones locales, lo cual trae consigo dificultades prácticas como, por ejemplo, la irregularidad en la disponibilidad de medios de movilización, lo cual es fundamental dentro de la estrategia. Por último, y vinculado a lo anterior, están los problemas de gestión a distinto nivel que por momentos han significado barreras frente al avance de la implementación de la iniciativa local descrita.

Estas barreras han sido superadas muchas veces por el compromiso y vocación de servicio de gran parte del equipo de salud compuesto por profesionales, técnicos, administrativos y otros que se han motivado con la tarea de humanizar la APS, acercarla al territorio y orientarla al abordaje de los determinantes sociales de la salud, pensando siempre en el bienestar y calidad de vida de la población en vez de la mera atención de la enfermedad.

7. CONCLUSIÓN

Asumiendo que la estrategia local "Salud en tu Casa" es un proceso que recién comienza, quedan una serie de tareas por realizar como: seguir avanzando en la vinculación de la clínica con la promoción y el desarrollo sanitario desde el rediseño de programas; consolidar una estrategia de acción intersectorial comunal innovando en la elaboración de políticas públicas locales; mejorar los sistemas de registro, sobre todo de aquellas actividades o prestaciones propias que, en el ámbito del desarrollo humano y local desde la salud, habitualmente no son evaluadas por la autoridad sanitaria central; fomentar el trabajo intercultural, lo cual ha sido una de las grandes deudas hasta el momento; desarrollar investigación en epidemiología social que permita obtener información de las inequidades en salud en Curarrehue facilitando generar estrategias más pertinentes; y motivar a más personas con esta forma de ver la salud

y los sistemas de atención, tanto dentro como fuera del equipo de salud.

Para que estos procesos de innovación puedan ser viables y alcanzar el impacto esperado es importante el compromiso y motivación de la autoridad política local. El poder, y quiénes lo detentan, es quizás uno de los factores más importante entre los que determinan los fenómenos de salud-enfermedad de los colectivos, en cuanto, dentro de sus distintas formas, orienta las políticas públicas, el carácter de las instituciones, y hasta la forma en que se organiza la sociedad. Es por eso que a nivel local, por el tipo de dependencia municipal de la APS en Chile, el sistema que se quiera implementar depende principalmente de la decisión y compromiso de las autoridades políticas y administrativas no sólo del país, sino también de cada comuna. Por más que un equipo de salud quiera innovar y emprender estrategias propias, si no cuenta con el respaldo de quienes toman las decisiones, es muy difícil que estas lleguen a ser viables.

A pesar de las dificultades y las tareas pendientes, la estrategia "Salud en tu Casa", con sus buenos resultados hasta el momento y su motivación por hacer más pertinente el sistema de salud local a las necesidades de la población, es una muestra de cómo es posible innovar y comprometerse con reformas que parecieran muy lejos de las posibilidades de equipos sanitarios en pueblos pequeños y aislados. Si bien es cierto que los lineamientos de la autoridad central permiten encauzar los procesos locales, en ningún caso pueden fomentar la pasividad y conformismo de quienes trabajan en los distintos territorios. La atención primaria está llamada a ser, no sólo en el discurso, el engranaje clave del sistema de salud, por lo que ser protagonistas del desarrollo local, junto con la comunidad, debiese ser una de las motivaciones de los equipos de APS en nuestro país.

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO.

REFERENCIAS

1. Guajardo N. *Actualización Plan de Desarrollo Comunal 2010. Municipalidad de Curarrehue. 2010.*
2. Echeverría P. *Perfil epidemiológico de la comuna de Curarrehue, Novena Región de la Araucanía. Tesina para optar al grado de MBA con especialización en salud. Instituto Salud y Futuro. Universidad Andrés Bello, Chile. 2011:*
3. Arteaga, O. *Información para la equidad en salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11 (5/6): 374-385.*
4. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, Segovia I. (2008) *"En el camino a centro de salud familiar". 1º Ed. Santiago de Chile: MINSAL.*
5. Iriart C y cols. *Medicina Social Latinoamericana: Aportes y Desafíos. Pan Am J Public Health 200; 12 (2): 128-136.*
6. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS. Resumen analítico del informe final "Subsanar las desigualdades en una generación". Ginebra: Ediciones de la OMS. 2008.*
7. Wilkinson, R. & Marmot, M. *Social Determinants of Health: The solid facts. Ginebra: Ediciones de la OMS. 2003.*
8. Solar, O. & Irwin, A. *Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. Health Promotion Journal of Australia 2006; 17 (3): 180-184.*
9. Almeida N, Silva J. *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuad Med Soc (Rosario, Argentina) 1999; 75: 5-30.*
10. Boisier S. *Política económica, organización social y desarrollo regional, Cuadernos del ILPES N° 29. 5ª Ed. Santiago de Chile: 1991.*

11. Evans P. *Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy*. *World Development* 1996; 24 (6): 1119-1132.
12. WHO Policy Maker Resource Group on Social Determinants of Health. *Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation*. Geneva: WHO, 2010.
13. Leppo K. *Health in All Policies: Perspectives from Europe*. *Public Health Bulletin, South Australia* 2008; 5 (1): 6-8.
14. Cunill N. *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.
15. MINSAL. *Informe I: Estrategia para la integración de los determinantes sociales y equidad en los programas de salud del Ministerio de Salud de Chile*. OPS-MINSAL. Santiago de Chile, 2008.