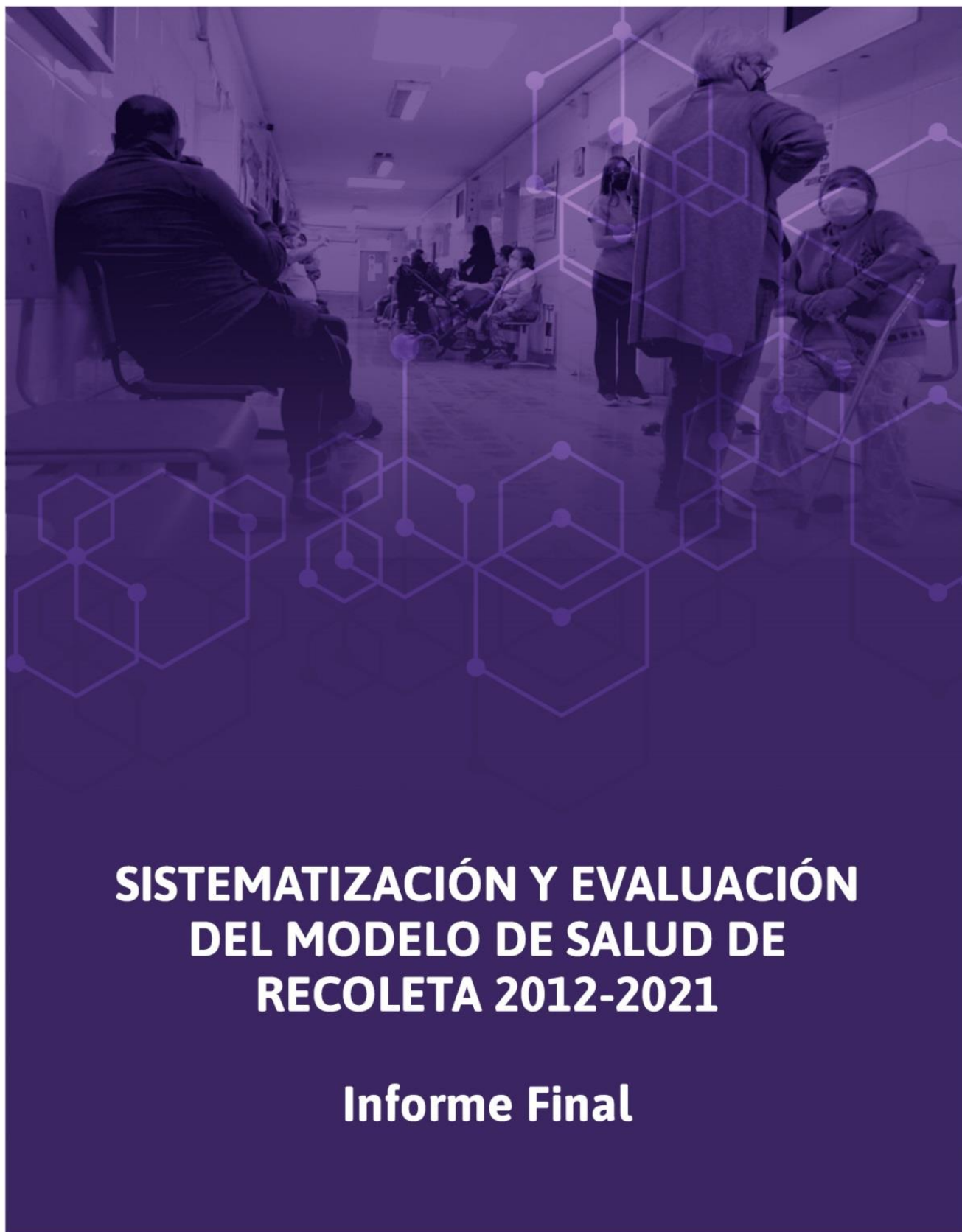




SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE SALUD DE RECOLETA 2012-2021

Informe Final

SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE SALUD DE RECOLETA 2012-2021 INFORME FINAL

Autores:

Lorena Etcheberry R.
Jorge Ribet B.
J. Cristóbal Feller V.
Valentina Flores C.

Colaboraron en esta investigación:

Alison Morales S.
Margarita Barría I.
Pablo Alvarado A.
Héctor Utreras H.
Emilia Chellew T.
Gonzalo López A.
Juana Montupil C.
Melisa Pavez P.

Este estudio fue desarrollado por la Universidad Abierta de Recoleta, entre los meses de agosto de 2021 y julio de 2022. Los contenidos de este informe pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente.

Cómo citar este informe:

UAR (2022), Sistematización y evaluación del Modelo de salud de Recoleta 2012-2021. Informe Final, Chile:
Etcheberry, L; Ribet, J.; Feller, C & Flores, V.

PRESENTACIÓN

Cuando asumimos por primera vez la Alcaldía de Recoleta en 2012, tras 12 años de gobiernos comunales de carácter neoliberal, pudimos constatar un deterioro significativo de la salud municipal. Entre otros problemas, nos encontramos con bajos niveles de calidad en la atención de las personas usuarias, problemas de acceso a los servicios comunales, escasez sistemática de especialistas en las áreas geriátrica y pediátrica -que atienden a poblaciones altamente vulnerables-, falta de capacitación a trabajadores de la salud y un vínculo muy débil con las personas con dependencia severa de la comuna.

Para enfrentar esta situación, y desde una concepción de la salud como un derecho y no como un bien de mercado, propusimos un programa de gobierno orientado a la promoción de un modelo de atención de salud preventivo y familiar, con protocolos que resguardaran la calidad de la atención y la dignidad de las personas, con mejores tecnologías y con mecanismos de participación efectiva de la comunidad. Para ello, hemos venido implementando en la comuna un modelo de atención territorial, que busca acercar la atención de salud a las y los recoletanos, desarrollando acciones de promoción y prevención atingentes a cada comunidad.

Esta tarea no ha sido sencilla, ya que hemos debido enfrentar la realidad cotidiana que se vive en los centros de salud primaria, que deben cumplir estas tareas con un presupuesto muy reducido. A pesar de sucesivos incrementos anuales, el monto que entrega el Estado alcanza apenas a los \$10.000 por cada persona usuaria en 2023. Esto se traduce en una dotación insuficiente de profesionales de la salud e insumos, que limita las posibilidades de entregar una atención integral en salud a nuestras vecinas y vecinos.

En 2021, transcurridos 9 años de la implementación del modelo territorial de salud, creímos necesario evaluar este proceso y sus resultados. Para ello, el Departamento de Salud y la Universidad Abierta de Recoleta iniciaron un trabajo colaborativo que culmina con la presentación de este estudio de “Sistematización y evaluación del modelo de salud de Recoleta 2012-2021”. Estos resultados nos permiten contar con una visión crítica de nuestra gestión comunal en salud e identificar los principales desafíos que deberemos abordar para entregar una mejor atención a la comunidad de Recoleta.

Este tipo de investigaciones son muy relevantes para fortalecer y mejorar la gestión local, y confirman el enorme potencial que representa para Recoleta el contar con una Universidad abierta y popular, con capacidad de desarrollar investigaciones situadas en nuestra comuna.

Daniel Jadue
Alcalde de Recoleta

Contenidos

I. INTRODUCCIÓN	5
I.1. Objetivos	6
I.2. Metodología	7
II. LA SALUD EN RECOLETA	16
II.1. Contexto Comunal	17
II.2. Institucionalidad de Salud en Recoleta	22
II.3. Funcionamiento del sistema de salud de Recoleta	30
III. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO	35
III.1. Caracterización del MAIS	35
III.2. Implementación del MAIS	39
III.3. Evaluación de los centros de salud	47
IV. MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE TERRITORIAL “SALUD EN TU BARRIO”	55
IV.1. Salud territorial en Recoleta	55
IV.2. Implementación del enfoque territorial “Salud en tu Barrio”	61
IV.3. Evaluación del modelo de salud territorial	65
V. BALANCE ESTRATÉGICO DEL MODELO DE SALUD DE RECOLETA	71
V.1 Conclusiones generales	71
V.1. Nudos Críticos Generales de la Territorialización	72
VI. PROYECCIONES PARA EL MODELO DE SALUD DE RECOLETA	75
VI.1. Definiciones estratégicas	75
VI.2. Plan de Mejora	77
VIII. Notas bibliográficas	87

I. INTRODUCCIÓN

A mediados del año 2021, al comenzar un nuevo período en el gobierno local del alcalde Daniel Jadue, surgió entre las nuevas autoridades comunales de Salud la inquietud por conocer con mayor profundidad qué sucede en materia de salud en la comuna de Recoleta, y así poder dar respuesta a las necesidades organizacionales y de funcionamiento que presenta el sistema, frente a un contexto altamente complejo y desafiante, a la luz de la revuelta social y la pandemia de COVID- 19.

Para dar respuesta a esta inquietud, el Departamento de Salud (DESAL) y la Universidad Abierta de Recoleta (UAR) unieron sus esfuerzos con el propósito de desarrollar un proceso de sistematización y evaluación del modelo de salud de la comuna. Se inició así un proceso de investigación-acción participativa, coordinado por la Dirección de Investigación de la UAR, que se extendió entre septiembre de 2021 y julio de 2022, contemplando el despliegue de diversas técnicas cualitativas y cuantitativas de producción de información, junto a la participación activa de las y los trabajadores de salud y de la comunidad usuaria de Recoleta.

El presente informe representa la culminación de este trabajo, estructurándose en cinco capítulos principales. En este primer capítulo se da cuenta de las características principales de este estudio, incluyendo sus objetivos y metodología. En el segundo capítulo, en tanto, se hace una caracterización de la realidad comunal en materia de salud, incluyendo una caracterización sociodemográfica y sociosanitaria de la comunidad usuaria de los centros municipales de salud; y se establece una descripción de las orientaciones políticas y del funcionamiento del sistema de salud comunal.

El capítulo 3 aborda el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, presentando sus lineamientos principales emanados desde el nivel central, evaluando su implementación en la comuna de Recoleta. El capítulo 4, por su parte, se enfoca específicamente en el Modelo de Salud con enfoque territorial específico de la comuna de Recoleta, dando cuenta de sus antecedentes, principios y orientaciones, y evaluando su implementación en la realidad local.

El capítulo 5 recoge las principales conclusiones que emanan de esta investigación y establece algunos nudos críticos para el mejoramiento de la gestión comunal en Salud. Sobre la base de estos resultados, el capítulo final presenta las proyecciones futuras de ese trabajo, ofreciendo un plan de mejora con acciones concretas.

I.1. Objetivos

Objetivo General

Desarrollar un proceso participativo de sistematización y evaluación del quehacer de la Municipalidad de Recoleta en materia de Salud, desde el año 2012 a la actualidad, poniendo acento en las áreas prioritarias para el Departamento de Salud: la territorialización y el proceso de sensibilización de trabajadores y trabajadoras de la salud.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el actual modelo de salud, enfocándonos en áreas prioritarias en torno a sus objetivos, estrategias y programas, poniendo atención al proceso de territorialización.
2. Evaluar las áreas prioritarias del actual Modelo de Salud de Recoleta en torno de sus objetivos y definiciones estratégicas, por parte de sus autoridades
3. Evaluar las áreas prioritarias del actual Modelo de Salud de Recoleta en torno de sus objetivos y definiciones estratégicas, por parte de trabajadores/as de la Salud.
4. Evaluar las áreas prioritarias del actual Modelo de Salud de Recoleta en torno de sus objetivos y definiciones estratégicas, por parte de las personas usuarias.
5. Definir un plan estratégico para el área de Salud, incluyendo definiciones, objetivos y acciones de capacitación, sensibilización (razón y emoción), comunicación e investigación/evaluación de mediano y largo plazo.

I.2. Metodología

La investigación buscó abordar el sistema de salud de Recoleta desde diversas dimensiones y perspectivas, e incorporar la participación de múltiples actores/as relevantes de la salud territorial de la comuna, en la lógica de una Investigación Acción Participativa. Para ello, combinó el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas, en las que participaron cientos de personas usuarias y funcionarias, como también el equipo directivo de los distintos CESFAM y centros de Recoleta, además de observaciones etnográficas en salas de espera de recintos de salud.

El diseño metodológico utilizó técnicas cualitativas -grupo de memoria, comunidades reflexivas y observaciones etnográficas en sala de espera- que han sido adaptadas para este caso de la comuna de Recoleta en Chile, inspiradas en el Método TASM (2019), para el análisis participativo y de género de las instituciones y los servicios de salud, cuyo desarrollo han liderado el Dr. Enrico Mora y la Dra. Margot Pujal i Llobart de la Universitat Autònoma de Barcelona.

El trabajo en terreno estuvo concentrado principalmente los cuatro CESFAM municipales (Quinta Bella, Recoleta, Dr. Juan Petrinovic y Dr. Patricio Hevia), aunque se incluyó también en las indagaciones al CESFAM Cristo Vive que, si bien depende de la Fundación del mismo nombre, mantiene vínculos con el municipio por trabajar con población de la comuna¹. Además, se incluyeron en la investigación el SAR Dr. Juan Carlos Concha, el COSAM y la Farmacia Popular. No se incluyeron servicios de urgencia ni SAR, debido a la inconveniencia de hacer trabajo en terreno en contextos de urgencia médica.

Posteriormente, tanto los equipos directivos, como concejales/as, trabajadores/as y dirigentes/as sociales participaron en la socialización de los resultados parciales del estudio, lo que permitió nutrir y retroalimentar este informe, con miras a generar un plan de mejora que contemplara cambios y transformaciones en espacios prioritarios para el avance del modelo, así como para la sensibilización de la mirada de la salud como derecho social más allá de la universalización en el acceso, direccionándola hacia una mirada que profundizara en la Atención Primaria en Salud, potenciando sus componentes de participación, promoción y prevención.

Si bien el objetivo de generar una Investigación Acción Participativa sólo se cumplió parcialmente, ya que en el transcurso del tiempo el equipo motor (Comité Facilitador) fue debilitando su accionar, la metodología utilizada sí cumplió con incorporar la participación significativa de múltiples actores/as de la salud comunal, posibilitando procesos profundos de sensibilización, principalmente en los equipos de trabajadores y trabajadoras de los centros y actores/as históricos/as que se desempeñan en la institución.

I.2.1. Comité Facilitador (equipo motor)

Para promover la participación de actores/as claves a lo largo de todo el proceso investigativo, se conformó un Comité Facilitador (llamado en la IAP como equipo motor), integrado por trabajadores/as de salud de Recoleta, directivos/as, concejales/as y dirigentes/as sociales, cuyo objetivo fue dar seguimiento y retroalimentación al estudio.

¹ Se encuentra estructurado bajo el DFL 36.

A lo largo de la investigación, el Comité Facilitador fue consultado para el diseño de cada una de las técnicas metodológicas desplegadas. Inicialmente participó de manera activa, entregando retroalimentación sustantiva para el primer informe parcial del estudio. Posteriormente, la participación decayó, debido a varios factores:

- Falta de tiempo de sus integrantes y pocas expectativas de cambios en el ámbito de salud comunal.
- Falta de conocimientos sobre metodologías cualitativas para retroalimentar el diseño de instrumentos.
- Dificultades técnicas para realizar reuniones virtuales, en especial por parte de dirigentes/as sociales.
- La emergencia sanitaria por COVID- 19 retrasó el proceso de investigación en cuanto a sus actividades presenciales, y generó una reorientación en las prioridades de la salud comunal, en desmedro de actividades menos urgentes como la investigación.
- Duplicación de instancias informativas sobre los avances del estudio, por lo que algunos/as participantes recibieron información reiterativa.

Tabla 1: Integrantes Comité Facilitador

Cargo / Institución	Nombre
Subdirectora de Salud Recoleta	Alison Morales
Presidencia AFUSAR	Rosa López
Unidad Técnica Depto. Salud Recoleta*	Galia Godoy
Directora CESFAM Recoleta*	Marta Saavedra
Concejala Recoleta	Jocelyn Parra
Concejal Recoleta	Fares Jadue
Dirigenta social	Amanda Peña
Dirigenta social, CDL Petrinovic	Cecilia Jerez
Dirigente social, CDL Quinta Bella	Carlos Recabal
Dirigentes sociales CDL Patricio Hevia	María Olivares y Luis Ormazábal
Dirigentes sociales CDL Recoleta	Jésica Uranovic y Erasmo Muñoz

*Hasta el 1er semestre de 2022

I.2.2. Entrevistas a directivos/as DESAL y centros de salud

Entre los meses de septiembre y octubre de 2021 se aplicaron 11 entrevistas semiestructuradas a directivos/as del Departamento de Salud de Recoleta (DESAL), de los CESFAM, SAR y COSAM. El objetivo de las entrevistas fue indagar sobre las percepciones acerca del modelo de salud, sus principios, estrategias, evaluación de funcionamiento de los centros, ventajas y desventajas de la territorialización, impacto de la territorialización en trabajadores/as y personas usuarias, elementos de mejora, entre otras dimensiones². A continuación, se detallan los/as participantes en las entrevistas:

² En los anexos 1 y 2 se presentan la pauta de preguntas y el consentimiento informado utilizados.

Tabla 2: Entrevistados/as DESAL y Centros de Salud

Dirección DESAL	1. Eduardo Sendra	Director
	2. Allison Morales	Subdirectora
	3. Vanesa Aguad	Unidad de Atención de Modelo Integral
	4. Katherine Peña	Unidad Gestión de Demanda y Procesos de Atención
Directivos/as Centros de salud	5. Andrea Fernández ³	CESFAM Patricio Hevia
	6. Marta Saavedra ⁴	CESFAM Recoleta
	7. Eduardo Bartolomé	CESFAM Petrinovic
	8. Marisol Prado	CESFAM Quinta Bella
	9. Yazan Osta ⁵	SAR Juan Carlos Concha
	10. Macarena Leguía	COSAM
	11. Marla Solari	Fundación Centro Cristo Vive

Fuente: Elaboración propia

El registro de audio y posterior transcripción de las entrevistas, así como también de las demás actividades cualitativas descritas en esta metodología, fue permitido por los/as participantes a través de un consentimiento informado, leído y firmado por parte de las personas participantes. Para el análisis se utilizó el software Atlas Ti 9.0. Se realizó un análisis de contenido, estableciendo las principalmente las categorías y subcategorías de análisis, de manera deductiva, y categorías emergentes por medio de una mirada inductiva.

I.2.3. Grupo de Memoria y Autobiografía Laboral

El Grupo de Memoria y Autobiografía Laboral (GMyAL) tuvo como objetivo generar un espacio de reflexión y de memoria en torno al proceso de territorialización en salud de Recoleta. Participaron 7 personas consideradas “actores/as históricos/as” por tener más de 8 años de antigüedad en la institución y haber vivido el proceso de territorialización desde sus inicios.

El grupo se reunió en el mes de octubre del año 2021. Previo a la sesión, cada participante escribió una reflexión de una plana, referida a su historia biográfica laboral, comentando cuáles habían sido los hitos más relevantes que les había tocado vivir en el marco de su trabajo, desde el año 2012 a la fecha. Durante la sesión, se realizó una bienvenida y presentación de las personas que conformaban el grupo. Luego, se realizó un trabajo de consciencia corporal y emocional, y se reflexionó sobre ¿qué entendemos por memoria laboral? y ¿cómo fue el proceso de escribir una plana de memoria laboral? Finalmente, se desarrolló una conversación de acuerdo a una pauta construida para esta instancia, a modo de grupo focal⁶.

³ También participó en la entrevista: Alejandra Avalos (Subdirectora).

⁴ También participó en la entrevista: Amaya Candia (Subdirectora).

⁵ También participaron de la entrevista: Wladimir Farias (Enfermero Jefe) y Gonzalo Tello (Médico).

⁶ Los anexos 3 y 4 presentan la pauta y el consentimiento informado utilizados en los GM y AL.

Tabla 3: Actores/as históricos/as invitados/as al GM y AL

Nombre	Unidad/Centro
1. Mirta Díaz	Unidad Técnica DESAL (Curso de vida adulto)
2. Roberto Díaz	Unidad Técnica DESAL (Imágenes Diagnósticas)
3. Karen Guzmán	Unidad Técnica DESAL (Programa Mujer)
4. Silvia Escobar	Unidad Técnica DESAL (Curso de Vida infancia)
5. Rosita Bichet	Departamento de Administración y Finanzas DESAL
6. Verona Méndez	Dra. encargada punto de atención territorial #2. CESFAM Petrinovic.
7. Ana Fajardo	Encargada de Promoción CESFAM Patricio Hevia

Fuente: Elaboración propia

I.2.4. Comunidades Reflexivas y Mapeos Colectivos

Entre noviembre de 2021 y junio de 2022 se llevaron a cabo jornadas de Comunidades Reflexivas y Mapeos Colectivos en los CESFAM Quinta Bella, Recoleta, Juan Petrinovic, Patricio Hevia y Cristo Vive, el COSAM y el SAR Doctor Juan Carlos Concha, además del nivel central del DESAL, con participación de trabajadores/as del centro o unidad correspondiente⁷. Se intencionó que participaran las mismas personas en ambas sesiones.

El propósito de estas técnicas fue brindar un espacio de reflexión entre trabajadores/as de la salud de Recoleta, que permitiera indagar en los principios, funcionamiento y proceso de territorialización del modelo de salud comunal, además de llevar adelante un proceso de sensibilización⁸. Para aquello se desarrollaron dos sesiones:

En la primera sesión se realizó una bienvenida y presentación de las personas participantes y un trabajo de consciencia corporal y emocional, que favoreciera un proceso reflexivo interno y colectivo-externo. Posteriormente, se llevó a cabo un grupo focal dirigido a evaluar el funcionamiento de los centros de salud, así como el modelo de territorialización en términos generales.

En la segunda sesión se presentó una sistematización de la sesión anterior (Comunidad Reflexiva), tratando de profundizar en algunos aspectos donde quedaron puntos inconclusos o poco definidos. Estos aspectos se sistematizaron en el presente informe para la identificación de “nudos críticos”. Luego, se generó la instancia de Mapeo Colectivo, pidiéndoles a los/as participantes que en un papelógrafo fueran detallando el recorrido que hacía una persona usuaria desde su hogar hasta el centro de salud, resaltando las características de dicha persona, las emociones que vivía en ese camino, las relaciones, el trato recibido, entre otros elementos. Finalmente, se desarrolló una plenaria donde se expuso el trabajo realizado.

Los registros de las instancias de Mapeo Colectivo incluyeron la síntesis del trabajo de los grupos, además de un registro fotográfico de cada sesión desarrollada. Esto fue enviado a los directores/as de los centros y a los/as participantes de los mapeos, con el objetivo de realizar una devolución de la experiencia⁹.

⁷ Cabe destacar que aquello fue posible en la mayoría de los casos, aunque existieron Centros donde participantes de las Comunidades Reflexivas se encontraron con feriados legales o licencias médicas lo que implicó tener que buscar a nuevas personas para efectos de establecer un equilibrio numérico que permitiera desarrollar la actividad.

⁸ Los anexos 5 y 6 presentan la pauta y el consentimiento informado utilizados en las Comunidades Reflexivas.

⁹ El anexo 7 presenta el registro fotográfico de los mapeos colectivos.

I.2.5. Observaciones Etnográficas

Durante los meses de abril y mayo del año 2022, se realizaron observaciones etnográficas en las salas de espera o puntos de acceso (según lo permitía el contexto sanitario) de la Farmacia Popular Ricardo Silva Soto, los 5 CESFAM de la comuna y 4 puntos territoriales seleccionados (uno dependiente de cada CESFAM municipal).

En cada una de estas locaciones se realizaron dos jornadas de 2 horas c/u, una en horario de baja demanda y otro de alta demanda de atención, de acuerdo al siguiente protocolo de observación: las personas investigadoras permanecieron en un punto de observación y llevaron un registro, evitando realizar muchas anotaciones para no generar suspicacia entre las personas presentes. Posteriormente, elaboraron un reporte escrito de no más de 5 páginas, a modo de crónica en primera persona, con anotaciones más descriptivas y profundas en relación a las siguientes dimensiones¹⁰:

- Características sociodemográficas de personas usuarias y funcionarias.
- Características fenotípicas y de vestimenta de personas usuarias y funcionarias
- Dinámicas entre personas usuarias, funcionarias y acompañantes.
- Trato a la persona usuaria y a funcionarios/as, bidireccionalmente.
- Movimiento corporal en el espacio de personas usuarias y funcionarios/as.
- Señalética, afiches, material informativo.
- Espacio de espera, infraestructura, iluminación, ventilación, etc.
- Emociones de las/os investigadores mientras se encontraban en el espacio.

I.2.6. Entrevistas a dirigentes/as sociales

Durante los meses de abril y mayo del año 2022, se aplicaron 12 entrevistas a dirigentes/as sociales de Recoleta, usuarias/os del sistema de salud municipal. Para incorporar las diferentes visiones posibles, se definió una muestra de carácter estructural, contemplando los siguientes criterios de heterogeneidad:

- 8 dirigentes de juntas de vecinos/as correspondientes a 4 puntos de atención territorial de los distintos CESFAM de la comuna (2 por cada JJ.VV.)
- 4 presidentes/as o vicepresidentes/as de Consejos de Desarrollo Local de Salud correspondientes a los CESFAM. de la comuna.
- Sexo: dentro de las personas entrevistadas, hubo 6 hombres y 6 mujeres.

El cuestionario utilizado se encuentra en el Anexo 9.

¹⁰ Estos reportes pueden encontrar en el Anexo 8.

I.2.7. Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta

Durante los meses de noviembre de 2021 y marzo y abril de 2022, se aplicó una encuesta que tenía por objetivo medir el conocimiento y la evaluación de usuarios y usuarias sobre el sistema de salud comunal.

Para ello, el equipo de investigación de la UAR diseñó un cuestionario dirigido a personas de ambos sexos, de 18 años y más, usuarias de atención primaria de salud de Recoleta, de acuerdo a los objetivos propuestos para esta evaluación. Las principales temáticas que se abordaron en el cuestionario fueron: i) Características sociodemográficas, ii) Funcionamiento y valoración de centros; iii) Territorialización y participación y iv) Conocimiento y promoción¹¹.

La encuesta se aplicó presencialmente en cada uno de los centros de atención de salud de la comuna, por medio de encuestadores/as, utilizando la plataforma de encuestas UAR y apoyados/as por dispositivos electrónicos (smartphone o Tablet). En un 30% de los casos, se debió utilizar una versión impresa del instrumento, que posteriormente fue digitada en el mismo link, lo que minimiza errores de digitación y/o inconsistencia en los datos. Se utilizó una muestra por cuotas a nivel de centro de atención. En cada uno de ellos, los casos se seleccionaron de manera aleatoria y sistemática, estableciéndose cuotas diarias a nivel de sexo y edad.

La muestra lograda fue de 633 casos, que permite inferir un error muestral de +/- 3,8% a nivel total, bajo supuestos de aleatoriedad simple, un nivel de confianza de 95% y varianza máxima ($P=0,5$) de los estimadores. La distribución de la muestra y el error muestral según los estratos predefinidos es la siguiente:

Tabla 4: Encuesta de percepción usuaria. Tamaños muestrales y errores alcanzados.

Centros de Atención	N° Muestra	+ - Error
CESFAM Recoleta	103	9,5%
CESFAM Petrinovic	104	9,5%
CESFAM Patricio Hevia	102	9,5%
CESFAM Cristo Vive	104	9,5%
CESFAM Quinta Bella	115	9,2%
COSAM	105	9,5%
Sexo	N° Muestra	+ - Error
Hombres	311	5,5%
Mujeres	317	5,5%
Tramo Edad	N° Muestra	+ - Error
18 – 34	161	7,7%
35 – 49	152	7,9%
50 - 64	169	7,5%
65 y más	151	7,9%
Total	633	3,9%

Fuente: Elaboración propia

¹¹ El cuestionario utilizado se encuentra en el Anexo 10.

Posteriormente, para obtener una correcta representación a nivel comunal del universo objeto de estudio, se ponderó la muestra considerando el número real de población usuaria según centro de salud, sexo y tramo etario¹². Una vez ponderada la base de datos, se procesaron los resultados en SPSS, generándose un reporte con tablas univariadas, y se realizó un análisis estadístico bivariado, con el fin de identificar diferencias significativas¹³ en la evaluación y valoración del servicio según las siguientes variables:

- Centro de salud
- Sexo
- Rango de edad
- País de origen
- Situación de discapacidad
- Conocimiento de centro o lugar de atención territorial
- Acceso a información sobre actividades de salud municipal durante la pandemia

Los resultados de esta encuesta se presentan íntegramente en el Anexo 12.

I.2.8. Encuesta de percepción de trabajadores de salud de Recoleta

Durante los meses de noviembre de 2021 y marzo y abril de 2022 (en paralelo a la encuesta a personas usuarias), se realizó también una encuesta dirigida a trabajadores/as de salud de Recoleta, que permitió conocer sus percepciones sobre el sistema de salud y el funcionamiento de sus centros.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado elaborado por el equipo de investigación de la UAR, según los objetivos propuesto en esta evaluación. Las principales temáticas que se abordaron en el cuestionario fueron: i) características sociodemográficas y sociolaborales; ii) definiciones del modelo y estratégicas; iii) ambiente laboral y condiciones de trabajo; iv) funcionamiento de las unidades respectivas; y v) proceso de territorialización¹⁴.

La encuesta se aplicó de manera online, utilizando la plataforma de encuestas UAR. Esto permitió obtener validaciones automáticas respecto al ingreso, saltos y filtros de preguntas, evitando así errores de digitación y/o inconsistencia en los datos. El marco muestral correspondió al listado elaborado por la Dirección de Salud con información de 692 trabajadores/as con datos de contacto (email y lugar de trabajo). A todas estas personas se les envió una invitación por correo electrónico y sucesivos recordatorios a aquellos que no habían contestado.

A pesar de que la encuesta podía ser contestada por todas las personas que recibieron y abrieron el email de invitación, el diseño muestral utilizado no es probabilístico¹⁵ sino más bien por conveniencia. En este sentido, los resultados obtenidos fueron producto del interés y posibilidades de participar. No obstante, la distribución de los casos que efectivamente respondieron la encuesta es proporcional entre los distintos centros de atención, por lo que sus resultados son autoponderados y representativos.

¹² La fórmula para el cálculo de los coeficientes de ponderación se presenta en el anexo 11.

¹³ Para determinar la significación estadística, se realizaron test de diferencias de proporciones mediante pruebas Z para cada set de preguntas.

¹⁴ El cuestionario se presenta en el anexo 13.

¹⁵ Esto se debe a que solo tenían la posibilidad de responder la encuesta aquellos trabajadores que estaban en el listado, disponían de correo electrónico y leyeron el mensaje del correo.

La muestra lograda fue de 318 casos, que permite inferir un error muestral de $\pm 3,0\%$ a nivel total, bajo supuestos de aleatoriedad simple, un nivel de confianza de 95% y varianza máxima ($P=0,5$) de los estimadores. La distribución de la muestra obtenida según los estratos considerados y el error muestral obtenido en cada uno de ellos es el siguiente:

Tabla 5: Encuesta de percepción funcionarios/as de Salud. Tamaños muestrales y errores alcanzados.

Centros de Atención	N° Marco Muestral	N° Muestra	+ - Error
CESFAM Quinta Bella	171	69	7,1%
CESFAM Recoleta	131	56	7,5%
CESFAM Petrinovic	129	57	7,3%
Dirección de Salud	76	40	7,4%
CESFAM Dr. Patricio Hevia Rivas	75	38	7,9%
COSAM	38	22	9,0%
S.A.R. Recoleta	24	12	14,7%
SAPU Valdivieso	18	5	Sobre 20%
Modulo Dental	9	5	Sobre 20%
Farmacia Popular	9	5	Sobre 20%
Óptica Popular	7	6	6,6%
Centro Audiológico	3	1	Sobre 20%
UAPO	2	2	0%
Total	692	318	3,9%

Fuente: Elaboración propia

Para efectos de análisis de información a nivel desagregada y comparativo por centro, solo se consideran los cuatro CESFAM, la Dirección de Salud, el COSAM y el SAR Recoleta, excluyéndose las otras categorías de servicios por su mayor error muestral y/o número limitado de casos.

Los resultados se procesaron en SPSS, generándose un reporte con tablas univariadas, y se realizó un análisis estadístico bivariado, con el fin de identificar diferencias significativas¹⁶ en la evaluación y valoración del modelo de salud según grupos específicos de funcionarias/os, según las siguientes variables:

- Caracterización: Dependencia laboral (centro de salud), Sexo, Rango etario, Tipo de contrato.
- Conocimiento: Conoce modelo biopsicosocial de salud; Conoce cómo está organizado el sistema de salud de Recoleta; Conoce cómo funciona el modelo de "Salud en tu Barrio" de Recoleta.
- Vinculo: Nivel de involucramiento emocional con la salud de las personas usuarias.
- Experiencia: Experiencia respecto a relación con jefatura; Experiencia respecto a las condiciones laborales; Experiencia respecto acceso a instancias de capacitación y formación; Experiencia respecto a la comunicación y coordinación entre los distintos centros y unidades municipales de salud.

Los resultados de esta encuesta se presentan íntegramente en el Anexo 14.

¹⁶ Para determinar la significación estadística, se realizaron test de diferencias de proporciones mediante pruebas Z para cada set de preguntas.

I.2.9. “Planificando Salud en tu Barrio”

Bajo el nombre “Planificando Salud en tu Barrio”, los días viernes 5 de noviembre y miércoles 24 de noviembre de 2021 se realizaron dos jornadas de jornadas de planificación estratégica del modelo de Salud en tu Barrio de Recoleta. Esta actividad se encuadra dentro de un proceso en curso, dirigido por el DESAL, orientado a la construcción de una planificación estratégica general para el área. En las jornadas participaron 11 directivos/as del DESAL y los centros de salud de Recoleta

Tabla 6: Participantes jornadas “Planificando Salud en tu Barrio”

Institución	Nombre	Unidad / Centro	Jornada 1	Jornada 2
Dirección DESAL	1. Eduardo Sendra	Director		
	2. Vanesa Aguad	Modelo de Atención Integral		
	3. Ivan Lebil	Administración y Finanzas		
	4. Katherine Peña	Gestión de Demanda y Procesos de Atención		
Directores/as Centros de salud	5. Andrea Fernández	CESFAM Patricio Hevia		
	6. María José Montoya*	CESFAM Recoleta		
	7. Eduardo Bartolomé	CESFAM Petrinovic		
	8. Marisol Prado	CESFAM Quinta Bella		
	9. Yazan Osta	SAR		**
	10. Macarena Leguia	COSAM		
	11. Marla Solari	Centro Cristo Vive		

Fuente: Elaboración propia

* Subdirectora

** Reemplazada por el Coordinador SAR Wladimir Farías

En la primera sesión se presentaron los principales hallazgos parciales de las entrevistas a directivos/as y el Grupo de Memoria, y se trabajó en grupos en torno a los ejes y desafíos estratégicos del Modelo de Salud en tu Barrio.

En la segunda sesión se presentó una propuesta de sistematización de estos desafíos y ejes estratégicos, y se desarrolló un espacio ampliado entre directivos/as donde se consolidaron estas definiciones. Como resultado, el equipo investigador elaboró una propuesta que identifica Desafíos estratégicos, Ejes estratégicos, Objetivos Estratégicos y Propuestas de Mejora, y que se incluye en el capítulo VI de este informe

II. LA SALUD EN RECOLETA

En este segundo capítulo se presentan los principales antecedentes del estudio, comenzando por una descripción del contexto comunal que incluye indicadores sociodemográficos y socioeconómicos de la comuna, así como también un perfil de los usuarios y usuarias del sistema de salud de Recoleta y el panorama que enfrentó la comuna producto del Covid-19.

En un segundo apartado, se describe el panorama institucional de la salud de Recoleta, presentando los programas de Gobierno Local que enmarcan las estrategias de salud implementadas en el territorio. Junto a lo anterior, se presenta un organigrama que explica la organización de la institución sanitaria y una caracterización de las y los trabajadores de salud de la comuna.

Finalmente, se encuentra un apartado que presenta el funcionamiento del sistema de salud, mostrando los componentes que tiene la estrategia de salud comunal, una descripción de las relaciones entre los actores que se vinculan en ese contexto y los roles que se asignan y esperan de los trabajadores y trabajadoras de la salud.

Todo lo anterior, se describe en base a una revisión bibliográfica y análisis de encuestas, entrevistas y espacios de diálogo participativo que se realizaron en el marco del presente estudio.

II.1. Contexto Comunal

II.1.1. Perfil sociodemográfico y socioeconómico de Recoleta

La comuna de Recoleta presentó una proyección de población para el año 2021 de 193.605 habitantes. Esto corresponde aproximadamente a un 2,3% de la población de la Región Metropolitana, la cual se estima en 8.242.459 habitantes para ese mismo añoⁱ. Según las proyecciones de los datos comunales de la Biblioteca del Congreso Nacionalⁱⁱⁱ¹⁷, para el 2021 se esperaba que la composición por sexo de la población comunal fuera de 96.192 varones (49,7%) y 97.413 mujeres (50,3%). Estas proyecciones son concordantes con la tendencia de la Región Metropolitana, la cual estaría compuesta por 4.071.264 (49,4%) varones y 4.171.195 mujeres (50,6%).

Tabla 7: Composición por sexo de la población comunal y nacional

Año 2021	Recoleta	Región Metropolitana
Mujeres	97.413 (50,3%)	4.071.264 (49,4%)
Varones	96.192 (49,7%)	4.171.195 (50,6%)

Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional. Reporte comunal 2021

Al observar la distribución de la población de Recoleta por tramos etarios, se puede dar cuenta de que el grupo entre 15 y 29 años fue el más numeroso para el año 2021, con una proyección de 43.264 personas. Focalizándonos en la población de adultos/as mayores, es posible establecer que existió una proyección de 25.903 habitantes en ese grupo de edad para el año descrito.

Por otro lado, respecto a la población migrante presente en la comuna, podemos establecer que ésta constituyó un 15,3% (24.065) de la población total de Recoleta para el año analizado. Asimismo, de acuerdo a la desagregación por sexo, se puede observar que existió un mayor número de varones, representando un 51% de la población extranjera, mientras que las mujeres representaron un 49% de la población comunal migrante.

En relación a la pobreza por ingreso, la Encuesta CASEN (2017)ⁱⁱⁱ constata que de las 52 comunas de la Región Metropolitana, Recoleta ocupa el 17° lugar en orden ascendente, con 6,9% de personas con pobreza por ingresos (correspondiente a 7.251 habitantes). En la pobreza multidimensional, en tanto, la comuna ocupó el lugar 29 en posición ascendente, con un 22,5%^{iv}.

De acuerdo a lo constatado en el Plan de Salud 2022, a septiembre de 2020, Recoleta tenía 131.830 personas con su Registro Social de Hogares (RSH) completado, es decir un 76% de la población, constituyendo un total de 61.637 hogares con registro activo. De este número, el 58% de los hogares se encuentran en el tramo de menor ingreso, superando el porcentaje de la Región Metropolitana, y ubicándola en el tercer lugar de menores ingresos del área norte de la región^v.

Finalmente, al realizar un análisis de la composición de hogares de la comuna, se observa que los hogares con jefatura adulto/a mayor, hogares unipersonales, porcentajes en tramo 40 de clasificación socioeconómica¹⁸ y porcentaje de hogares con jefatura mujer, se encontraban todos por sobre los porcentajes a nivel de la Región Metropolitana, como se ilustra en la tabla a continuación.

¹⁷ Los datos más recientes publicados en la Biblioteca del Congreso Nacional corresponden al año 2021.

¹⁸ Corresponde a hogares ubicados en el tramo de 0% a 40% de menores ingresos según el Registro Social de Hogares.

Tabla 8: Clasificación de la composición de hogares a nivel comunal y regional

Año 2021	Recoleta	Región Metropolitana
Hogares con jefatura adulto/a mayor	30,0%	29,2%
Hogares unipersonales	40,2%	37,7%
Hogares tramo 40 de clasificación socioeconómica	58,3%	54,2%
Hogares con jefatura mujer	57,8%	57,4%

Fuente: Biblioteca del Congreso de Nacional de Chile. Reporte comunal 2021

II.1.2. Perfil de las personas usuarias de los centros de salud de la comuna

Teniendo en consideración los principales indicadores puntualizados anteriormente, resulta interesante ver cómo estas descripciones se pueden caracterizar en las personas que utilizan los centros de salud comunal. Para esto, se describen a continuación antecedentes del Plan de Salud 2022 en conjunto con la caracterización que permitió realizar la “Encuesta de percepción usuaria de los centros de Salud de Recoleta”, realizada en el marco de esta investigación. Respecto a la composición por género, el perfil de quienes contestaron la encuesta es principalmente femenino, ya que un 56,9% se identificaron con ese género, como se observa en la tabla que se presenta a continuación. Este porcentaje es significativamente más alto que en la distribución de la población regional y nacional, en que poco más del 51% son mujeres^{vi}.

Tabla 9: Personas inscritas en centros de Salud de Recoleta según Género

	N°	%
Femenino	360	56,9
Masculino	269	42,6
Otro	1	0,2
Prefiere no responder	2	0,4
Total	633	100,0

Fuente: Encuesta percepción usuaria centros de salud de Recoleta. N: 633

En torno a los grupos de edad, la mayor cantidad de personas encuestadas se encuentra en el rango de 18 a 34 años, correspondiente a un 32,4%. Por otro lado, la población de adultos/as mayores de 64 años corresponde a un 19,5% de quienes contestaron la encuesta, cifra muy superior al total regional y nacional, que bordea el 11%^{vii}. El detalle de los diferentes rangos etarios presentes en la encuesta se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 10: Personas inscritas en centros de Salud de Recoleta según Rangos de Edad

	N°	%
18-34	205	32,4
35-49	159	25,1
50-64	145	23,0
65 y más	123	19,5
Total	633	100,0

Fuente: Encuesta percepción usuaria centros de salud de Recoleta. N: 633

Por otra parte, de las personas que contestaron la encuesta, un 11,3% reconoce su pertenencia a algún pueblo originario, principalmente mapuche (9,9%). Esta cifra es inferior al total nacional (12,4% de población perteneciente a PP.OO.) pero superior al promedio de la Región Metropolitana (9,8%)^{viii}.

Asimismo, un 23% cuenta con alguna discapacidad diagnosticada, también por encima del promedio de la población nacional (20%)^{ix}. Este porcentaje es significativamente más alto en los tramos de mayor edad,

llegando al 48,7% entre los mayores de 64 años. A nivel de centros, el CESFAM Recoleta atiende significativamente menos población con discapacidad diagnosticada que los centros restantes, con apenas un 7,8%.

Una variable de relevancia para este estudio dice relación con el país de origen, ya que, como se vio en el apartado anterior, alrededor de un 15% de la población comunal corresponde a personas migrantes. No obstante, según lo señalado por el Plan de Salud 2022, a marzo de 2021 se podían identificar 26.770 personas migrantes inscritas en los CESFAM de la comuna, lo que corresponde a un 27,4% del total de inscritos/as¹⁹. Estas cifras son muy superiores a la población nacional, donde el porcentaje de migrantes llega a 7,6%, y también al conjunto de la Región Metropolitana, donde alcanza el 9,9%^x.

El Plan de Salud 2022 también menciona que la comunidad peruana es aquella que sostiene mayor presencia en la comuna, con 13.780 personas, mientras que en segundo lugar se encuentra la población de nacionalidad venezolana con 3.475 personas, seguida por la haitiana, en tercer lugar, con 3.276 personas inscritas en los CESFAM de la comuna. La comunidad boliviana ocupa el cuarto lugar, con 1.757 personas, seguida de la nacionalidad colombiana (1.743 personas) y la dominicana (1.011 personas).

Tabla 11: Población extranjera, según nacionalidad y CESFAM Recoleta (marzo 2021)

Nacionalidad	Recoleta	Quinta Bella	Patricio Hevia	Juan Petrinovic	Total
Peruana	8.184	3.428	979	1.189	13.780
Venezolana	1.904	987	142	442	3.475
Haitiana	937	1.727	294	318	3.276
Boliviana	1.011	349	265	132	1.757
Colombiana	830	487	107	319	1.743
Dominicana	486	425	29	71	1.011
Ecuatoriana	335	244	18	85	682

Fuente: Plan de Salud 2022 Recoleta

Esta información es concordante con la proporcionada por la encuesta a usuarios y usuarias de los servicios de salud de la comuna. Si bien la mayor cantidad de personas encuestadas nacieron en Chile, se constata una alta prevalencia de población migrante atendida en los centros APS en Recoleta, principalmente provenientes de Perú (11,7%), Venezuela (8,4%) y, en menor medida, Haití (2,6%).

Tabla 12: Personas inscritas en centros de Salud de Recoleta según País de origen

	N°	%
Chile	464	73,2
Perú	74	11,7
Venezuela	53	8,4
Haití	17	2,6
Bolivia	8	1,3
Colombia	7	1,2
Otros latinoamericanos	9	1,5
Total	633	100,0

Fuente: Encuesta percepción usuaria de Salud de Recoleta

¹⁹ Cabe consignar que el número de personas migrantes inscritas en el sistema de salud de la comuna ha decrecido en los últimos años, ya que para el año 2019 alcanzó a 31.170.

Al observar en detalle la población migrante inscrita en los distintos servicios de salud de la comuna, se puede ver lo siguiente:

Tabla 13: Personas extranjeras inscritas por Centros de Salud en Recoleta, año 2021

CESFAM	Población inscrita	Población Extranjera **			Total Población Extranjera	% Población Extranjera
		Hombres	Mujeres	No precisa		
Recoleta	34.847	5.262	8.944	17	14.223	40,8%
Quinta Bella	27.858	3.279	4.677	2	7.958	28,6%
Patricio Hevia	10.430	849	1.062	0	1.911	18,3%
Juan Petrinovic	24.472	1.074	1.600	4	2.678	10,9%
Total	97.607	10.464	16.283	23	26.770	27,4%

Fuente: Plan de Salud de Recoleta, 2022

* Fonasa, corte julio 2020 (base pago 2021)

** Registro Rayen

Como se ve en la Tabla 15, un 40,8% de la población inscrita en el CESFAM Recoleta corresponde a migrantes. Le sigue el CESFAM Quinta Bella, con un 28,6 %. Por último, los CESFAM Patricio Hevia y Juan Petrinovic tienen un 18,3% y 10,9% respectivamente, de población extranjera inscrita validada. De acuerdo a esta misma encuesta, existen una mayor concentración de personas migrantes en los tramos de edad bajo los 49 años.

De acuerdo a estos resultados, la población usuaria de los centros de salud municipales de Recoleta incluye proporcionalmente más mujeres, más personas mayores, más personas con discapacidad y más migrantes que el promedio de la Región Metropolitana y del país en su conjunto. Todas estas son características que se asocian históricamente a discriminaciones o inequidades sociales que afectan la salud e incidencia de enfermedades, lo que supone mayores desafíos para la salud municipal. Además, en muchos casos estas características se superponen entre sí, lo que obliga a un abordaje interseccional de las problemáticas sanitarias.

II.1.3. Impacto del COVID en Recoleta

En el Plan de Salud 2022 de la comuna se hace referencia al impacto en Recoleta de la pandemia del COVID- 19. De este modo, se constata que la atención primaria en salud se ha visto bastante tensionada por dicho panorama, recayendo en que los centros de salud “hayan concentrado su quehacer en la mantención de la atención de morbilidad y de urgencias, especialmente con énfasis en enfermedades respiratorias, para pesquisar COVID-19, y en el rol preponderante de testeo, trazabilidad y el aislamiento de los pacientes, además de las acciones de vacunación a la población, según los grupos de riesgo que define el Ministerio de Salud”^{xi}.

Esto coincide con la visión de las autoridades de salud comunal, que apuntaron a los efectos de la pandemia COVID-19 sobre el campo de la APS nacional y comunal como un factor crítico, debido a que el combate frente a la diseminación del virus absorbió el quehacer sanitario dentro de la comuna, comprometiendo la prioridad sobre sus recursos financieros, humanos y operativos.

Como ha señalado la dirección del CESFAM Quinta Bella, ya en el periodo pre- pandemia la carga de los centros de salud era alta, agudizándose al comienzo de esta debido a la reorientación de recursos y limitación en la capacidad de trabajo intramuros al establecerse las restricciones por aforo.

“La pandemia fue una patología aguda que llegó y que te consumió todo lo que tenía, además de que te disminuyó el aforo, por lo tanto, todo lo que tú podías hacer, no tenías cómo hacerlo, ni por el espacio y tampoco por los profesionales que tenían que estar enfocados en esto.”

(Dirección CESFAM Quinta Bella).

Según los/as directivos de salud, la temporada sociosanitaria 2020-2022, habría afectado fundamentalmente a personas con enfermedades crónicas, generando que altas tasas de muerte sean adjudicadas a la falta de control en salud y episodios de descompensación. De esta manera, tras el último peak de contagios, se observó un nuevo sentido de urgencia vinculado con el control y rescate de los pacientes crónicos, por lo que, de manera indirecta, el COVID continúa absorbiendo las capacidades del nivel primario de salud.

De acuerdo al reporte epidemiológico N° 194 del Ministerio de Salud (publicado el 15 de julio de 2022), Recoleta sostenía una tasa de incidencia acumulada de 17.859,5 casos por cada 100.000 habitantes confirmados con COVID, junto con 34.859 casos de COVID-19 acumulados desde 2019 a la fecha. En relación con la comparación nacional y regional, es posible dar cuenta que la Región Metropolitana contaba con 21.292,6 casos por 100.000 habitantes, mientras que a nivel país existía una tasa de incidencia acumulada de 22.414,0 casos por cada 100.000 habitantes.

Respecto al comportamiento de los casos activos, el Plan de Salud 2022 planteaba que el año 2021 fue similar al 2020 en la comuna, lo que se vio reflejado en un aumento progresivo en el primer semestre, una disminución entre los meses de junio-julio y luego una estabilización baja en la curva durante el tercer trimestre del año.

De acuerdo con dicho comportamiento en la demanda de la APS a nivel local, se destacó el cansancio vivido por los/as trabajadores de salud, señalando a las mujeres madres como uno de los grupos más exigidos por la duplicación del esfuerzo laboral, repartido entre el trabajo en salud y el trabajo doméstico históricamente feminizado. En particular, se identificó el caso de madres solteras quienes, en el contexto del cierre de los establecimientos educacionales, tuvieron dificultades con el cuidado de sus hijos/as.

II.2. Institucionalidad de Salud en Recoleta

II.2.1. Programa Gobierno Local (2012)^{xii}

En el primer programa de gobierno municipal de Recoleta, elaborado durante la campaña para el período 2012-2016 del actual alcalde Daniel Jadue, se identificaron una serie de problemáticas asociadas a la gestión municipal anterior:

- Gasto en programas sin impacto ni relevancia social para la vida de las personas y comunidades.
- Despreocupación por el entorno vecinal y la infraestructura comunal.
- Deterioro de la educación y salud municipal.
- Falta de instancias de esparcimiento y desarrollo cultural para la población joven.
- Necesidad general de la población de Recoleta por acceso a la vivienda.

Frente a este panorama, uno de los principios centrales que se planteó en el programa tuvo que ver con el eje democracia y participación, en el sentido de establecer la mejor garantía para una administración eficiente, equitativa y transparente por medio de una ciudadanía activa. Para ello, se propuso la reformulación de todos los planes estratégicos en procesos participativos y plebiscitarios.

Junto a esto, otro principio planteado en torno al quehacer municipal está relacionado con la eficiencia y gestión de calidad, por medio del desarrollo de una nueva cultura orientada al servicio de los/as vecinos/as y vinculada a la realidad de la comuna. Para eso, se propuso la implementación de planificación estratégica y evaluación de políticas y programas como práctica regular de la gestión.

Finalmente, como otro principio de relevancia en el quehacer municipal, se encuentra la garantía de derechos básicos, por medio de la reorientación de recursos municipales en atención en salud primaria de calidad, educación pública de calidad, espacios comunitarios de encuentro y desarrollo equipados; y calles y veredas limpias, iluminadas y seguras.

Específicamente en el ámbito de la salud, el programa del gobierno local del primer periodo del alcalde Daniel Jadue, indagó en las principales problemáticas identificadas por trabajadores/as de salud y personas usuarias, las que se detallan a continuación:

1. Bajos niveles de calidad en la atención y funcionamiento hacia la persona usuaria.
2. Problemas sistemáticos en la mantención de la dotación de médicos/as.
3. Insuficiente dotación en las áreas geriátrica y pediátrica para atender a poblaciones significativamente más vulnerables.
4. Carencia de una política de capacitación a trabajadores y trabajadoras.
5. Accesibilidad a los servicios comunales (solicitud de horas médicas oportunas, atención domiciliaria para personas usuarias con dependencia severa, etc.).
6. Vínculo con personas usuarias con dependencia severa.

Teniendo en consideración estos elementos sobre el diagnóstico existente en la comuna en materia de salud, el programa del gobierno local 2012 proponía las siguientes medidas:

1. Promoción del modelo de atención preventivo y familiar.
2. Compromiso en la generación y búsqueda de fondos para incrementar especialistas médicos/as (geriatría, pediatría, oftalmología, odontología, etc.).
3. Revisión de protocolos de atención y resguardo de los estándares de dignidad y calidad.
4. Promoción de cobertura y calidad de atención en salud mental, aumentando disponibilidad de recursos y eficiencia (prevención y tratamiento de drogas y alcohol, depresiones, etc.)
5. Gestión de recursos para la instalación de un centro de rehabilitación comunal enfocado en consumo de alcohol y drogas.
6. Gestión de recursos para la instalación de una casa de acogida para adultos/as mayores y personas en situación de calle.
7. Promoción de salud integral sobre la base de miradas complementarias y alternativas (medicina mapuche, acupuntura, reiki, etc.).
8. Implementación de nuevas tecnologías que faciliten la atención a la persona usuaria, tales como agenda de horas telefónicas e incorporación de telemedicina.
9. Fortalecimiento de los comités de personas usuarias de la salud primaria, por medio de la participación efectiva.
10. Directorios participativos en centros de salud como fórmula para asegurar la pertinencia de los servicios y la calidad en la atención.

II.2.2. Plan Estratégico de Salud Comunal 2022-2025

De acuerdo al Plan de Salud 2022, a contar del inicio de un nuevo período del alcalde Daniel Jadue desde el 28 de junio de 2021, se propuso “avanzar en las definiciones de un plan estratégico de salud comunal 2022-2025, cuyo producto inicial ha sido obtener la Visión, Misión y Valores institucionales, en un trabajo de definiciones en cascada con participación de los directivos de los establecimientos comunales y profesionales de la dirección de salud”^{xiii}.

Este proceso contó con la participación de las direcciones centrales y de cada uno de los centros de salud de la comuna, cuyo resultado será compartido y redefinido de acuerdo a las propuestas futuras de las dirigencias sociales de la comuna vinculadas al ámbito de la salud. A continuación, se presenta una síntesis del trabajo efectuado hasta el momento.

▪ Visión comunal de salud en Recoleta

“Ser una red de salud pública comunal, comprometida con el bienestar integral de las personas, familias y comunidades, que brinde servicios en el transcurso del ciclo de vida, con calidad, humanizados, solidarios, visualizando la salud desde un enfoque de derechos humanos, de género e interculturalidad, entre otros. Entregando una atención oportuna, integral, segura y de calidad, haciendo partícipes a las y los vecinos en los servicios de la red comunal”.

▪ Misión de salud comunal en Recoleta

“Somos un equipo de salud comprometido, que busca la transformación de la salud pública comunal, orientados a fortalecer, ampliar e innovar en el quehacer a través de los diferentes dispositivos de salud territorial, respondiendo a las necesidades de nuestros/as vecinos/as, sus diversidades y pertinencias culturales, mejorando el acceso a diferentes prestaciones, con calidad, trato humanizado; con perspectiva promocional, preventiva, intercultural, integral y participativa, poniendo a la persona y familia como centro”.

▪ Valores de la organización

“Solidaridad, equidad, respeto, responsabilidad. Integralidad, justicia, humanidad, dignidad. Inclusividad, participación comunitaria, compromiso, buen trato. Horizontalidad, Empatía, autocrítica, calidad. Transparencia, honestidad, trabajo en equipo, colaboración”.

▪ Objetivos estratégicos

- “OE1: Mejorar el acceso, oportunidad y cobertura de la atención de salud, con énfasis en los más desfavorecidos, vecinas/os migrantes, disidencias y con enfoque de género.
- OE2: Garantizar una atención digna, con trato humanizado, de calidad y con seguridad.
- OE3: Fortalecer el modelo territorial de salud respondiendo a las necesidades de las y los vecinos.
- OE4: Fortalecer y articular la red de salud comunal, con el trabajo intersectorial y la participación vinculante de la comunidad”.

Este trabajo se encuentra en su etapa inicial, por lo que aún no se desarrollan las estrategias, actividades y metodología de evaluación del plan estratégico. El presente plan comunal, desde el año 2023, será formulado bianualmente, acorde al proceso de planeación estratégica en desarrollo.

▪ Principios que orientan el quehacer en salud en Recoleta

- **Salud como derecho humano fundamental**
Se considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y el derecho a la atención en salud su eje central. Además, desde esta perspectiva, se deben fomentar desde el ámbito sanitario la protección y aseguramiento de otros derechos sociales, así como también la autonomía y autodeterminación de usuarios/as sobre su propia salud. Finalmente, resulta relevante potenciar equipos de trabajo que aseguren una atención inclusiva, con foco en la equidad, integración y la no discriminación.
- **Abordar los determinantes sociales de la salud**
Comprender cómo los determinantes sociales afectan la salud de las personas de manera inequitativa es fundamental. Por esto, se propone que desde la Atención Primaria se debe identificar a los grupos sociales excluidos de las iniciativas sanitarias, para así reducir y eliminar las barreras de acceso a la salud y servicios sociales de las poblaciones más vulneradas. Esto implica también generar políticas intersectoriales que mejoren las condiciones de vida de las personas de manera integral y promover la relevancia del trabajo territorial en el ámbito sanitario.
- **Profundizar la participación social y comunitaria**
La participación es un mecanismo de ejercicio de derechos para las personas y comunidades y permite incorporar sus perspectivas en la gestión de la salud comunal, además de ser un principio orientador de la gestión municipal en general. Por esto, es relevante generar un proceso de descentralización de la gestión a niveles barriales, tal como se ha llevado a cabo por medio de la estrategia de enfoque territorial por parte del DESAL, ya que ésta potencia la participación social de vecinos y vecinas.
- **Avanzar hacia una mayor equidad en salud**
La equidad en salud comprende que las diferencias de estado y resultados de salud entre los distintos grupos presentes en la sociedad son resultados de procesos sociales y económicos. Esto implica que la APS puede intervenir para mejorar la equidad en salud, poniendo foco, por ejemplo, en grupos vulnerados por la sociedad (pueblos indígenas, personas migrantes, disidencias sexo- genéricas).
- **Incorporar la equidad de género en salud:**
Incorporar una perspectiva de género en el trabajo en salud es fundamental para alcanzar la equidad e igualdad de género. En este sentido, se propone generar iniciativas que fomenten la equidad a nivel de usuarias (detección de enfermedades con perspectiva de género, acceso a servicios y atenciones de salud), pero también a nivel de trabajadoras de la salud (mayor participación en toma de decisiones e influencia en la política de salud comunal).
- **Acompañamiento durante todo el curso de vida.**
La perspectiva del curso de vida permite comprender los cambios que se generan en la salud de las personas según sus diferentes etapas vitales, entendiendo que ciertas condicionantes etáreas y su conjugación con los determinantes sociales, pueden requerir intervenciones específicas de salud. La incorporación de este enfoque permite que los equipos de salud acompañen a los/as usuarios/as en sus distintas fases de vida, interviniendo según las necesidades de cada momento del ciclo.

II.2.3. Perfil de trabajadores/as de la salud de Recoleta

Las y los trabajadores de la salud son quienes llevan a cabo la atención directa con los usuarios y usuarias y, por ende, ponen en acción los principios y prácticas del modelo de salud comunal. Por esto, resulta relevante conocer su perfil, por medio de información emanada de la “Encuesta de percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta”, realizada por esta investigación.

Respecto a las características sociodemográficas, la encuesta recogió información respecto al género, edad, país de origen, pertenencia a algún pueblo originario y la existencia de alguna discapacidad, obteniéndose los siguientes resultados.

Entre quienes respondieron, un 73% declaró identificarse con el género femenino, un 26% con el género masculino y un 1% se identifica con otro género o no responde.

Tabla 14: Trabajadores de Salud Recoleta según Género

	N°	%
Femenino	232	73,0
Masculino	83	26,1
Otro	2	0,6
Prefiere no responder	1	0,3
Total	318	100,0

Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318.

Un 38% de trabajadores encuestados/as se concentra en el tramo de 30 a 39 años, en tanto que el tramo más joven (de 20 a 29 años) representa el 20%, igual proporción que el tramo de 40 a 49 años. El 22% restante supera los 50 años de edad.

Tabla 15: Trabajadores de Salud Recoleta según Rangos de Edad

	N°	%
20 a 29	63	19,8
30 a 39	120	37,7
40 a 49	63	19,8
50 a 59	44	13,8
60 y más	28	8,8
Total	318	100,0

Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318.

Por otro lado, un 8,2% se reconoce como perteneciente a algún pueblo originario, predominando el pueblo mapuche (6,6%). Sobre su país de origen, las y los trabajadores de la salud son mayoritariamente nacidos en Chile (92,5%) y un 7,5% son migrantes, provenientes principalmente del Perú (2,2 %) y Venezuela (1,6%). Finalmente, un 3,8% de quienes respondieron la encuesta señaló presentar algún tipo de discapacidad.

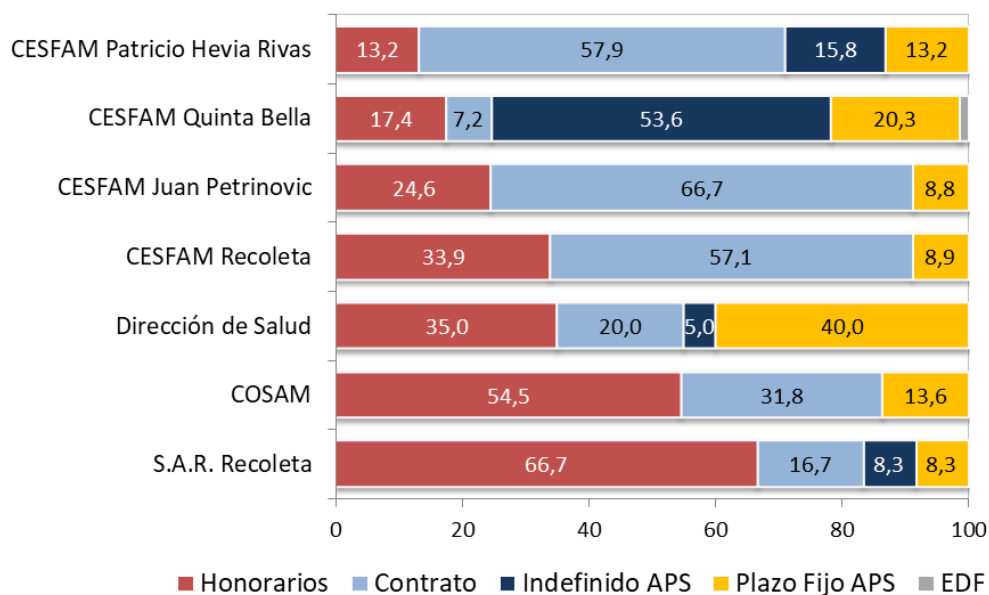
Otra característica general de las y los trabajadores del sector salud de la comuna es la referida al tipo de contrato laboral. Se identifica que un 38,1% tiene contrato, un 28,9% está en condición de honorarios y un 17,9% figura con la modalidad de contrato a plazo fijo APS. Finalmente, un 14,8% de los encuestados/as mantiene un contrato indefinido APS.

Tabla 16: Trabajadores de Salud Recoleta según Tipo de vinculación laboral

	N°	%
Contrato	121	38,1
Honorarios	92	28,9
Plazo Fijo APS	57	17,9
Indefinido APS	47	14,8
EDF	1	0,3
Total	318	100,0

Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318.

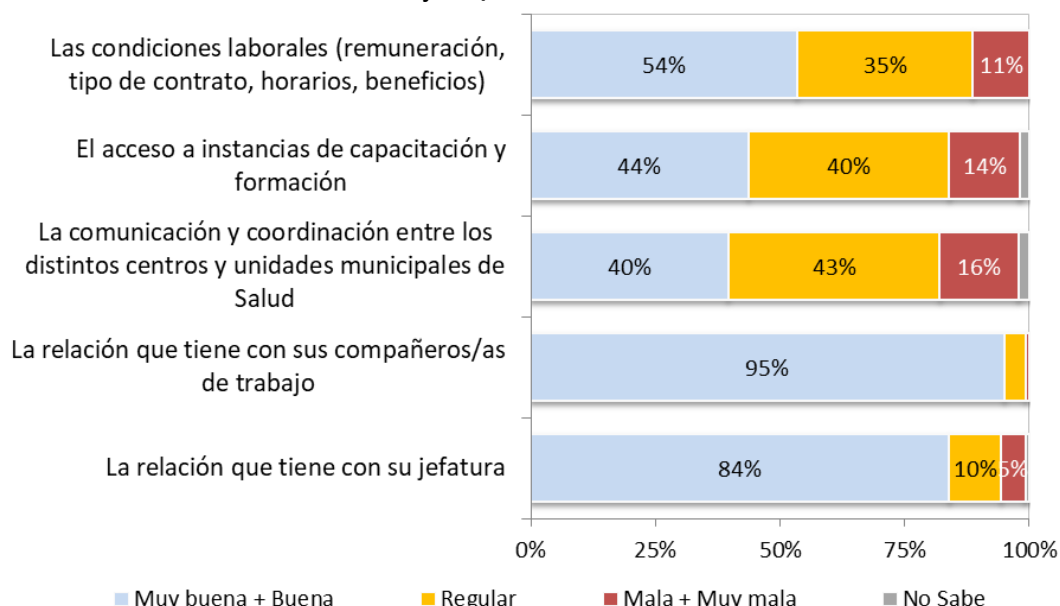
Respecto al tipo de contrato, se observan diferencias significativas según su edad. Entre los/as trabajadores de 20 a 29 años, poco más del 60% están en condición de honorarios, porcentaje significativamente más alto que en cualquier otro tramo etario, donde no superan el 28%. Asimismo, hay diferencias relevantes entre algunos de los centros de salud comunales en esta temática. En particular, hay una mayor prevalencia de encuestados/as en condición de honorarios en el SAR y en el COSAM de Recoleta, en comparación con otros centros de salud comunales, como, por ejemplo, los CESFAM Dr. Patricio Hevia o Quinta Bella, que presentan la menor cantidad de casos en esta condición para esta medición.

Gráfico 1: Trabajadores de Salud Recoleta. Tipo de vinculación laboral según Centro de Salud

Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Al observar en específico las condiciones laborales de las y los trabajadores de la comuna, la encuesta de percepción indagó, entre otros aspectos, la remuneración, el tipo de vínculo laboral, los horarios y otros beneficios. Al respecto un 54% las considera “muy buenas” o “buenas”, un 35% señalan tener condiciones regulares y un 11% afirma que estas son “malas” o “muy malas”.

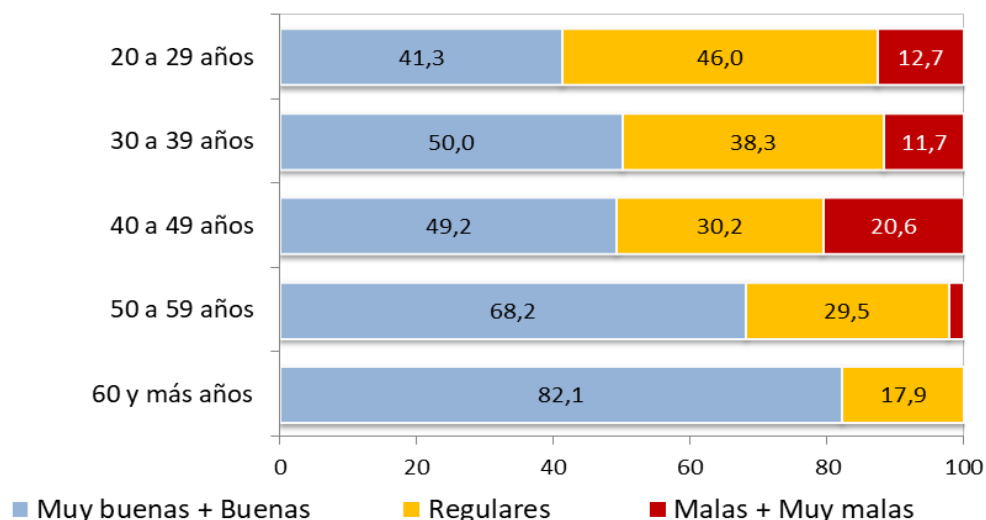
Gráfico 2: "Evalúe los siguientes aspectos relacionados con su experiencia como trabajador/a de la Salud de Recoleta"



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Como se observa en el gráfico siguiente, las evaluaciones menos positivas de las condiciones laborales se dan entre los/as trabajadores del tramo de 40 a 49 años, y en menor medida en los menores de 40 años; como también entre aquellas personas que han tenido alguna experiencia negativa en su relación con su jefatura.

Gráfico 3: Evaluación de las condiciones laborales según tramos de edad



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Referido al acceso a instancias de capacitación y formación, un 44% lo evalúa de manera favorable, mientras que un 40% dicen que el acceso a esas instancias es regular, y finalmente un 14% menciona que son malas o muy malas.

Al respecto, el análisis muestra que las personas que reportan menor acceso a instancias de capacitación y formación también tienden a declarar con mayor frecuencia que se involucran “poco” o “nada” con la salud de las personas usuarias, evalúan más negativamente sus condiciones laborales y reportar más experiencias “negativas” o “regulares” en su relación con sus jefaturas.

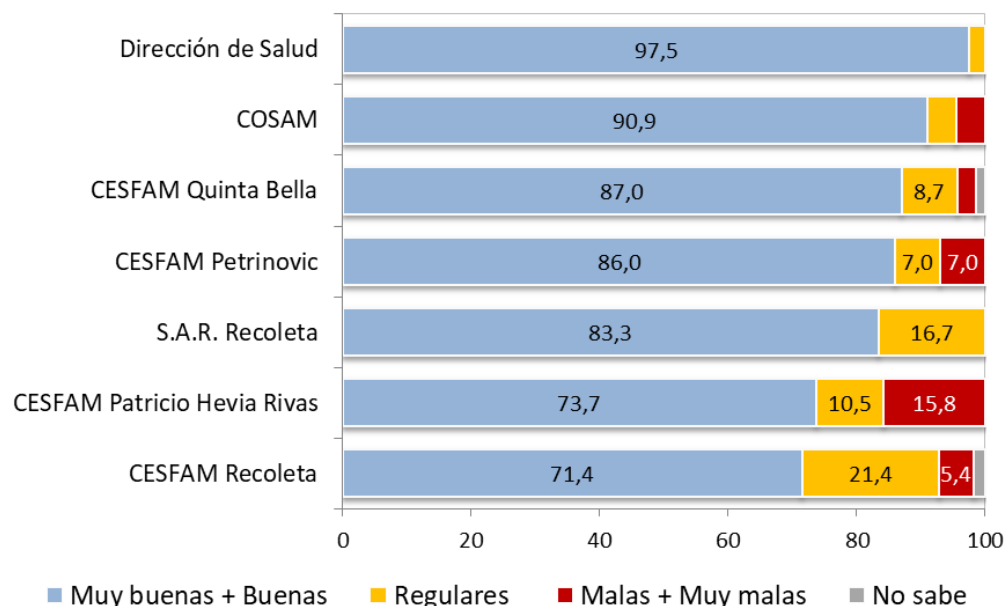
Por otra parte, solo un 40% de los/as trabajadores señalaron que la comunicación y coordinación entre distintos centros de salud comunal es “muy buena” o “buena”. Al contrario, un 43% dice que las comunicaciones y coordinación son regulares y un 16% menciona que son malas o muy malas. Las evaluaciones menos positivas de estos aspectos se correlacionan con evaluaciones desfavorables en las relaciones con sus jefaturas, en las condiciones laborales o en el acceso a instancias de capacitación y formación.

Por último, en relación a los vínculos que generan como en el ámbito laboral, la encuesta muestra que en general los/as trabajadores señalan tener relación muy buena o buena con sus compañeros/as de trabajo (95%) y con sus respectivas jefaturas (84%).

Se puede observar que los/as trabajadores que reportan mejores relaciones interpersonales en el ámbito laboral coinciden con quienes evalúan de manera más favorables las condiciones laborales, el acceso a instancias de capacitación y formación y la comunicación y coordinación entre los distintos centros y unidades municipales de salud.

Finalmente, en la relación con las jefaturas, se observan diferencias significativas en este ámbito según dependencia laboral. Específicamente, la califican como “muy buena” en mayor proporción quienes son funcionarios del COSAM o la Dirección de Salud, en comparación que los/as trabajadores de los CESFAM Patricio Hevia y Recoleta.

Gráfico 4: Evaluación de la relación con su jefatura según Unidad o centro de salud al que pertenece



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

II.3. Funcionamiento del sistema de salud de Recoleta

II.3.1. Componentes de la estrategia de salud comunal

El funcionamiento establecido para la red de Atención Primaria de Salud (APS) de Recoleta se ha definido en base a los dos marcos de referencia que componen su modelo de salud: el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que proviene del MINSAL, y la apuesta local en salud, representada por el Modelo de Atención Territorial. Correspondientemente, las fórmulas dispuestas para la organización de la atención en cada modelo son la sectorización y la territorialización²⁰, las cuales rigen para los cuatro CESFAM de la comuna.

Al momento de establecerse la administración del alcalde Daniel Jadue en la municipalidad de Recoleta, se plantea al DESAL el desafío de reestructurar la atención en salud para su red APS a partir del programa “Salud en tu Barrio”, con el cual que se inicia el proceso de territorialización. A partir de información generada a través del Grupo de Memoria de este estudio, se reconoce que dicha reestructuración fue experimentada por trabajadoras/es de la salud como una inflexión en el proceso de instalación del MAIS y la sectorización en Recoleta, que se venían implementando desde el año 2004.

Para el modelo general de salud de la comuna, contar con la estrategia territorial implica el desarrollo de una distribución geo demográfica de menor rango que la contemplada por la sectorización, manteniendo la lógica del equipo de cabecera multidisciplinar y la población a cargo, pero modificando el espacio donde se desarrollan las distintas asistencias y acciones de salud: desde el CESFAM (intramuros) o desde los puntos de atención territorial (extramuros).

En las entrevistas a directivos/as de salud, la modalidad intramuros es referida al trabajo que se desarrolla dentro de los centros de salud, considerando la amplitud de programas y prestaciones ofrecidas por la APS. Por otra parte, respecto a la modalidad extramuros, se plantea la generación de vínculos con la comunidad a través de equipos multidisciplinarios presentes en el territorio, desarrollando controles de salud, control cardiovascular y de morbilidad, atenciones psicológicas, vacunación de personas dependientes, despacho de medicamentos, alimentos, entre otros.

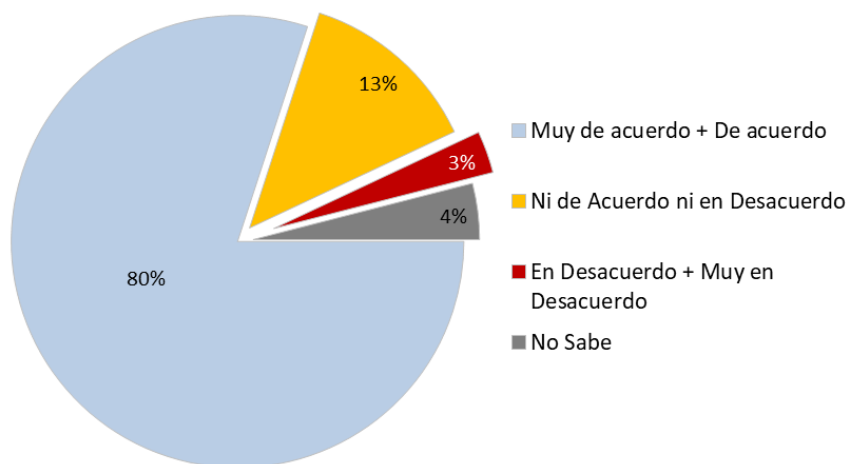
Debe considerarse que el SAR y el COSAM de Recoleta no adscriben al Modelo de Salud Familiar, y por ende no se organizan según los protocolos ministeriales de la organización sectorizada, ni por la estructuración territorial de la atención de salud. Sin embargo, desde el relato de trabajadores/as que participaron en las Comunidades Reflexivas de este estudio, se da cuenta que el COSAM desarrolló un esquema de sectorización territorial, en función de la distribución de los CESFAM municipales de Recoleta, con el objetivo de hacer más fluida la coordinación con la red APS de la comuna.

Por último, el CESFAM Cristo Vive, que organiza su funcionamiento a partir de la sectorización, al poseer una dependencia administrativa particular con la Fundación Cristo Vive (DFL 36) no adscribe al modelo territorial que dirige el Departamento de Salud municipal.

²⁰ Estas estrategias serán revisadas con mayor detalle en el siguiente capítulo de este informe.

Respecto a este tema, según la información recabada en la encuesta a trabajadores de la salud de Recoleta, casi un 80% de quienes contestaron la encuesta señalaron tener conocimiento de cómo está organizado en general el sistema de salud de la comuna, mientras que solo un 3,1% está en desacuerdo con esta afirmación.

**Gráfico 5: Indique su grado de acuerdo respecto a la siguiente afirmación:
“Conozco cómo está organizado en general el sistema de Salud de Recoleta”**



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

El menor nivel de conocimiento se da en el grupo más joven de trabajadores (20 a 29 años), como también entre aquellos/as que se encuentran trabajando a honorarios. Se observó también un mayor conocimiento de estos aspectos entre quienes declaran evaluar positivamente las condiciones laborales y el acceso a instancias de capacitación y formación.

Los programas específicos que se llevan a cabo en el marco de la estrategia de salud comunal se determinan desde distintos actores que intervienen en el panorama local. Por ejemplo, en la actualidad se están llevando a cabo iniciativas que provienen desde el MINSAL -alrededor de 30 actualmente-, otras que emanan directamente desde DESAL, como Salud en tu Barrio o los Círculos Comunitarios y, también, programas que emergen desde la propia comunidad, donde por medio de la organización de ésta se promueve la ejecución de determinadas iniciativas.

“Hay otras estrategias que han surgido desde la comunidad, como por ejemplo la atención de niños TEA, que es la que teníamos en Zañartu. Con un grupo de mamás, se organizó y empezó a manifestarle al alcalde que los niños con TEA no tenían ninguna atención. Entonces el alcalde dice ‘ya, organicense y yo las voy a apoyar’. Y también eso pasó un poco con lo que fue la Farmacia Popular o la Óptica Popular.”

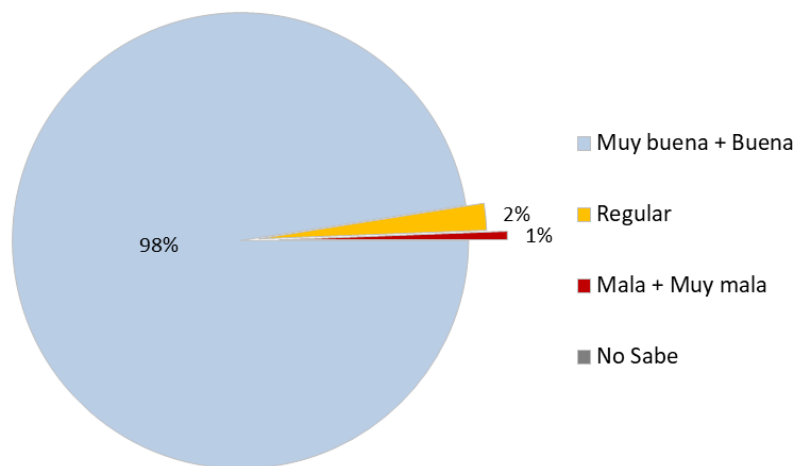
(Dirección DESAL)

Por su parte, los CESFAM también generan iniciativas y actividades específicas según sus priorizaciones internas y según los temas que les parecen más relevantes de trabajar en sus contextos. En estos espacios también resultan relevantes las instancias de participación con las comunidades, donde, por ejemplo, se planean actividades y estrategias en conjunto con juntas de vecinos/as con CDL, dirigentes/as sociales, etc.

II.3.2. Vinculación con las personas usuarias y sus comunidades

Uno de los principales vínculos que resulta interesante caracterizar en los centros de salud es el que se da entre trabajadores y usuarios/as. Al respecto, un 97,8% de los/as trabajadores menciona tener muy buena o buena relación con las personas usuarias.

Gráfico 6: Evalúe la relación que Ud. tiene con las personas usuarias



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Desde la visión de directivos/as de centros de salud de Recoleta, en tanto, se da cuenta que falta entre trabajadores y trabajadoras conocimiento y estudio sobre la historia reciente del país y la comuna, un conocimiento situado que permita acercarlos en mayor medida a las trayectorias de vida y las historias cotidianas de las personas usuarias.

Dicha necesidad es relevante para el quehacer de la APS, pues permite adaptar los formatos clásicos de la atención al contexto de la persona usuaria, integrando la iniciativa y creatividad de los equipos de salud a las diversas realidades culturales y socioeconómicas que conviven en la comuna. En concordancia, desde la visión funcionaria se desprende que Recoleta es una comuna receptora de población migrante, por lo que resulta pertinente experimentar opciones alternativas que tiendan al reconocimiento de la diferencia cultural y a la integración de ésta en las prácticas de salud.

“Cuando empezamos a recibir a mucha más población migrante, que es uno de los elementos trazadores de la comuna, yo me demoraba mucho en intervenir y en decir prepárele la leche con 60 ml de agua, y me decían ¿qué son los ml? No, esto me va a quitar mucho tiempo. Onza, voy a aprender a dividir todo en onzas y voy a intervenir desde su conocimiento para que para mí sea más fácil intervenir”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Recoleta)

Desde esta perspectiva, para el trabajo desarrollado en el área de salud, el operar bajo el reconocimiento de la diversidad cultural desde un enfoque de derechos, plantea el desafío de abordar las condiciones de irregularidad, discriminación y vulnerabilidad que envuelve a la población migrante.

En la misma línea, se considera que la vulnerabilidad socioeconómica es un rasgo transversal de la población a cargo de los centros de salud de Recoleta. Esta condición también determina la pertinencia del foco de trabajo utilizado por trabajadores y trabajadoras.

“No es lo mismo, por ejemplo, atender a un usuario que tiene casa propia, que no tiene problemas económicos para alimentarse, o por último tiene un ingreso concreto, a atender a un usuario que no tiene ingresos concretos, que no tiene dónde vivir o que no tiene situación regular migratoria, entonces las intervenciones van a ser completamente distintas, y el tiempo que uno va a requerir para intervenir a esos usuarios es completamente distinto”

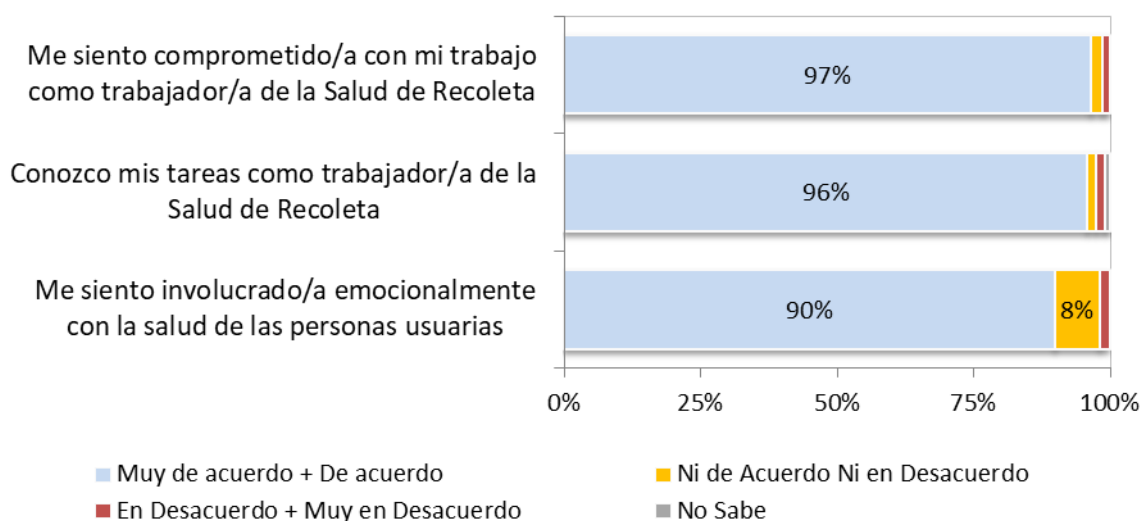
(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Recoleta).

De esta manera, resulta relevante para el funcionamiento del sistema de salud de Recoleta, el desarrollo de una mirada institucional que profundice la consideración y visualización constante del contexto de la persona usuaria en los procesos de salud. Es clave, en ese sentido, enfatizar sobre el marco teórico de los determinantes sociales, dado que, la realidad comunal se encuentra caracterizada por un perfil poblacional marcado por la desigualdad social en sus distintas dimensiones de vida (por ejemplo, clase, género, edad, etnia).

II.3.3. Rol de las y los trabajadores de salud: vocación y compromiso

Respecto a las preguntas sobre involucramiento de los trabajadores y trabajadoras de la salud de la comuna, se puede observar que una gran mayoría de quienes respondieron la encuesta dice sentirse comprometido/a con su trabajo, pues un 97% señala estar muy de acuerdo o de acuerdo con esta afirmación. Asimismo, un 96% afirma conocer sus tareas como trabajador(a) de la salud de Recoleta, mientras que un 90% menciona sentirse involucrado/a emocionalmente con la salud de las personas usuarias.

Gráfico 7: Indique su grado de acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con su rol de funcionario/a de salud



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Quienes señalan sentirse más comprometidos/as con su trabajo tienden a sentirse más involucrados/as emocionalmente con la salud de las personas usuarias. Otros aspectos que inciden en un mayor compromiso funcionario son las experiencias positivas en materia de condiciones laborales, el acceso a instancias de capacitación y formación, y la comunicación y coordinación entre centros y unidades municipales de salud.

Quienes declaran estar más desinformados sobre sus tareas como trabajador/a son quienes señalan tener bajo o nulo conocimiento respecto al modelo biopsicosocial de salud. Estas personas tienden también a sentirse menos involucradas emocionalmente con la salud de las personas usuarias.

Sobre la base de las entrevistas realizadas a directivos y directivas, se reconoce a la Unidad Técnica del DESAL como uno de los principales actores institucionales involucrados en la operacionalización estratégica del modelo de salud comunal. En esta unidad existe heterogeneidad respecto a la antigüedad laboral de sus integrantes, especialmente en términos de trayectoria en el trabajo municipal, destacándose en trabajadores/as antiguos y nuevos, compromiso y vocación por el funcionamiento del área.

Sin embargo, emergen consideraciones respecto al grado de flexibilidad y disposición al cambio entre aquellos/as trabajadores con mayor antigüedad y trayectoria laboral, cuestión que se da posiblemente por la rigidez propia del sistema de salud y las reticencias frente al modelo de salud territorial de la comuna.

“Yo creo que los trabajadores y trabajadoras, veo que hay mucha vocación. En general las personas para que se mantengan en el sistema tienen que tener vocación. Lo que pasa es que el sistema te permea, te va automatizando, despersonalizando, y es súper complejo, entonces cada cierto tiempo uno tiene que romper esa barrera, y en esa oportunidad y en esa fortaleza yo veo que mucha gente, en estas mismas personas que yo te mencionaba que están históricamente en esta trayectoria y súper rigidizadas y estereotipadas con el sistema, a la base igual hay vocación y hay compromiso”.

(Dirección DESAL).

III. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

En este capítulo se aborda el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), que rige en general para el nivel primario de la atención de salud pública en Chile y que constituye el componente principal del modelo general de salud de Recoleta.

En primer lugar, se desarrolla una caracterización del MAIS, repasando contenidos como el contexto que le da origen, sus principios y principales marcos de referencia (modelo biopsicosocial y las determinantes sociales de la salud). Luego se presentan antecedentes respecto a la implementación del MAIS en Recoleta, proceso que es reconstruido en función de los hitos, avances, énfasis y problemáticas centrales identificadas durante el proceso de investigación. Por último, se expone la evaluación de los 7 centros de Salud que fueron contemplados en este estudio: los 4 CESFAM dependientes de la administración municipal de Recoleta, el CESFAM Cristo Vive, el SAR Juan Carlos Concha y el COSAM de Recoleta.

III.1. Caracterización del MAIS

III.1.1. Contexto

En su origen, el actual modelo de atención (MAIS) que rige transversalmente para el nivel primario de la salud chilena, se inscribe dentro de las políticas de Estado impulsadas durante la primera década del nuevo siglo (2000-2010), las que estuvieron centradas en adaptar la estructuración del sistema nacional de salud a un escenario socio sanitario emergente. El envejecimiento poblacional, el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas hacia cuadros de enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, respiratorias crónicas, depresión y diabetes) y el incremento en las expectativas de la población respecto a los servicios de salud, motivaron un viraje en la estrategia sanitaria que hasta entonces concentraba su despliegue en torno a la dimensión curativa de la salud, desarrollada prioritariamente desde las instituciones hospitalarias de la red asistencial^{xiv}.

En respuesta a dicho panorama, el Ministerio de Salud fortaleció el espacio de la Atención Primaria de Salud (APS), para institucionalizar el concepto de anticipación al daño, enfatizando en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Además, el robustecimiento del nivel primario de la atención proyectaba que la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud de la población se realizase en los centros de salud (ex consultorios) distribuidos a nivel territorial^{xv}.

Este cambio paradigmático, base del actual Modelo de Atención Integral en Salud, hace converger en una misma estrategia dos antecedentes fundamentales para la concepción de un modelo de atención centrado en la APS:

- a) Desde 1980, por medio del Decreto con Fuerza de Ley N 13.063, se desarrolla en Chile la municipalización de los establecimientos de APS (consultorios urbanos, rurales y postas rurales)^{xvi}. Desde entonces, los municipios toman a cargo la gestión de la atención primaria, por medio de sus Departamentos o Corporaciones de Salud, siguiendo las directrices emanadas por el Ministerio de Salud. Para la implementación del MAIS, se mantuvo esta estructura organizativa que, por un lado, plantea la conveniente descentralización en la gestión de la APS, mientras que, por otro, separa al nivel primario del conjunto de la red asistencial^{xvii}. Además, la municipalización introduce mecanismos de financiamiento considerando el aporte complementario de las unidades municipales para el gasto en salud, generando desigualdades según la capacidad de inversión de cada municipio.

- b) Sobre la base de una larga tradición de la Medicina Familiar en Chile^{xviii}, el MAIS se basa en experiencias de salud familiar y en el desarrollo del ámbito académico y en los centros de la salud primaria. Puntualmente, al reorientar el espacio de acción prioritario para la provisión de servicios de salud hacia los establecimientos de baja complejidad, el MAIS inserta en el centro de su diagrama al Centro de Salud Familiar (CESFAM) como la puerta de entrada a la atención en el sistema.

III.1.2. Principios del MAIS

La salud de la comuna de Recoleta se establece como un sistema basado en la atención primaria, donde desde el MAIS^{xix}, se plantean los principios orientadores del personal de salud y de la red asistencial, desarrollándose desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, centrado en la familia y la comunidad. El MAIS comprende que la salud es un proceso integral y continuo, desarrollando su atención en las familias y las personas, basándose en el autocuidado por medio de hábitos y prácticas de vida saludables, intersectorialidad y de responsabilidad familiar y comunitaria.

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”^{xx}.

Según lo establecido en el documento institucional del MINSAL, “Modelo de Atención Integral en Salud” (2005)^{xxi}, para efectos del trabajo con los equipos de salud, estos principios orientadores son resumidos en tres irrenunciables en un modelo de atención integral basado en atención primaria: **Centrado en las personas**, la **Integralidad** y la **Continuidad en los cuidados**. Igualmente, es importante considerar los enfoques que el modelo propone para las acciones de salud, destacando el **intercultural** y el **enfoque de género**.

Asimismo, podemos dar cuenta de dos elementos centrales que alimentan el MAIS:

- El **modelo biopsicosocial**, que viene a ampliar la mirada de la salud, sacándola del ámbito exclusivamente asistencial y orientándola a elementos tales como la participación, promoción y prevención
- El paradigma de los **determinantes sociales de la salud**, que enfatiza el reconocimiento de las desigualdades sociales, materiales y subjetivas, en la práctica salubrista.

Figura 1: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario^{xxii}



Fuente: Adaptada de MINSAL, 2012

III.1.3. Modelo Biopsicosocial

El Modelo Biopsicosocial (MBPS) es reconocido por las autoridades de la Dirección de Salud como un referente para los lineamientos en el ámbito de salud en la comuna. Este modelo emerge alrededor de las décadas de 1970 y 1980 como respuesta al modelo biomédico dominante. Según el psiquiatra estadounidense George L. Engel^{xxiii}, el modelo biomédico se centraba en la persona como un ser orgánico (el cuerpo natural) donde lo relevante era la sintomatología para el tratamiento de las patologías. Engel realizó una crítica a este modelo biomédico, proponiendo uno más holístico, que integrase los ámbitos bio-psico-social. El MBPS considera una mirada más amplia en término de investigaciones científicas y en la relación entre profesional sanitario/a y persona usuaria, debido a que considera elementos psicosociales además de los orgánicos o sintomatológicos.

En la apuesta territorial de Recoleta, se vislumbra la conexión con el componente psico-social del modelo, considerando elementos contextuales incidentes en la salud de las personas. También es necesario destacar que esta mirada se vincula con la concepción de la salud de un modo holístico e integral, donde la persona, su centro, está relacionada con su medio, con su territorio, y las relaciones que establece y las distintas categorías de discriminación que le cruzan tienen impacto en su salud.

Por último, el modelo biopsicosocial también se vincula con los ámbitos de promoción y participación, en la medida que dichos ámbitos requieren de una mirada más amplia de la salud, que no sólo se centre en aspectos somáticos, sino que busquen la prevención por medio de hábitos y prácticas de vida saludables y el cultivo de un buen vivir.

III.1.4. Determinantes sociales de la Salud (DDS)

Desde la segunda mitad del siglo XIX, procesos modernos como la industrialización, la urbanización, la proletarianización y la cuestión social han motivado en los campos de la medicina y la salud pública el reconocimiento de que las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales tienden a condicionar desigualmente los estados de salud de la población²¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado y difundido esta perspectiva a partir del concepto de determinantes sociales de la salud (DSS), definiéndolo como "aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"^{xxiv}.

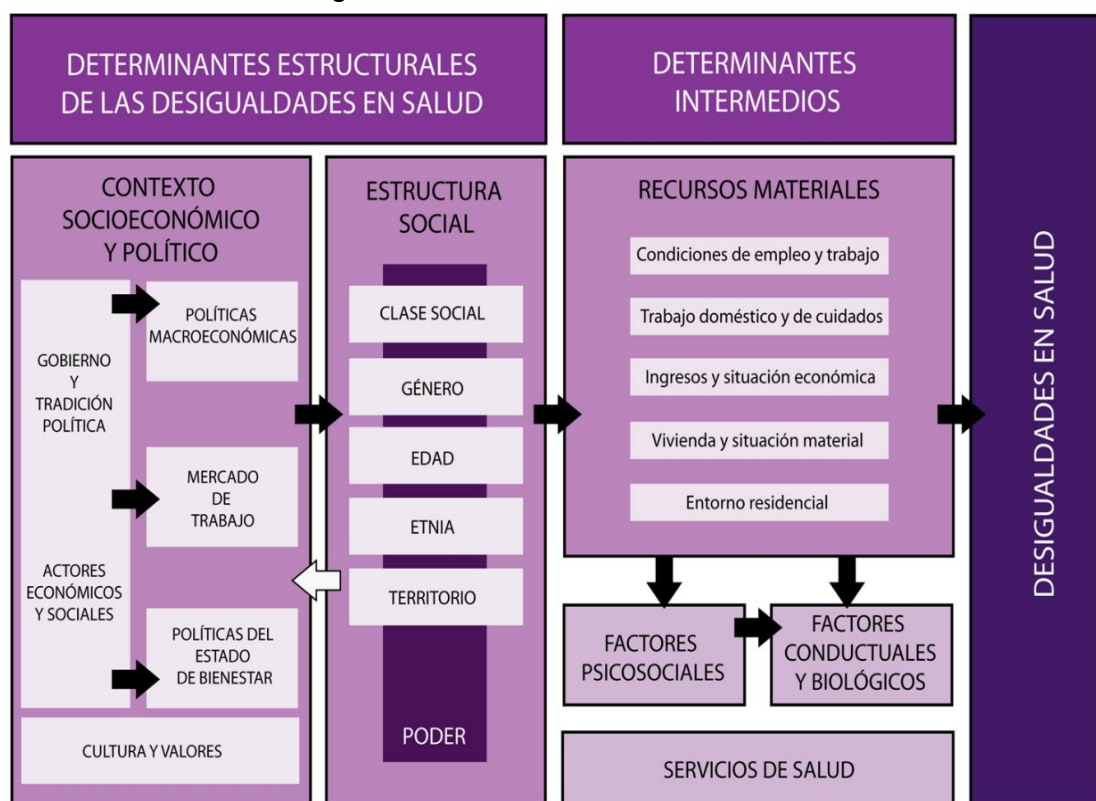
Para el enfoque en salud centrado en los determinantes sociales, "las variables explicativas que causan las enfermedades residen en lo social (tanto micro como macro), esto es, en lo colectivo o estructural del contexto del individuo"^{xxv}. En ese sentido, las determinaciones presentes en la organización social contemporánea (clase social, género, etnia, edad, territorio) definen, junto a otros condicionantes, inequidades que amplían o reducen las oportunidades de salud e incidencia de enfermedades.

Los determinantes estructurales incluyen, en términos amplios, el contexto socioeconómico y político que organiza la sociedad. Junto con ello, se contempla la estructura social, concepto sociológico que expresa la desigual distribución de poder y riqueza entre individuos y grupos, según condiciones de clase, género, edad, etnia o territorio. Por otra parte, figuran los determinantes intermedios, entre los que se ubican las condiciones materiales de vida, vivienda y trabajo, además de circunstancias psicosociales y factores conductuales.

Por último, en tanto paradigma de salud pública, los DSS amplían el campo de acción en salud integrando otros sectores del desarrollo social, como los casos de educación, vivienda, cultura, seguridad y obras públicas. En el caso de Recoleta, se pueden señalar algunos ejemplos de programas y planes implementados desde el gobierno local que apuntan a disminuir la inequidad social y a fortalecer mediante la provisión de derechos sociales, las condiciones de salud de la comunidad:

- Farmacia, Centro Audiológico, Óptica y Dentista Popular (DESAL de Recoleta)
- Inmobiliaria Popular (Innova Recoleta).
- Librería Popular (Corporación Cultural de Recoleta)
- Encuesta comunal de Discapacidad^{xxvi} y I Estudio comunal de Cuidados y Dependencia severa^{xxvii} (UAR-DESAL)

²¹ En Chile, la explicación social de la salud y la enfermedad se desarrolla junto con la aparición de la Medicina social, movimiento salubrista encabezado por Salvador Allende, que en su obra "La realidad médico-social chilena" de 1939, caracterizó las condiciones de vida de las clases trabajadoras, considerando la vinculación entre aspectos como el salario, la alimentación, la vivienda y la sanidad pública con el cuadro epidemiológico prevalente de la época; las condiciones del sistema sanitario chileno; y la necesidad de abordar decisivamente desde el aparato público las condiciones estructurales que afectaban la pauperización en salud de la población.

Figura 2: Determinantes Sociales de la Salud

Fuente: Plan de Salud 2022, Recoleta.

III.2. Implementación del MAIS

III.2.1. Sectorización de la salud

La sectorización es una herramienta de compartimentación geo demográfica difundida para la APS en el marco de la implementación nacional del MAIS. Tiene por objetivo generar las condiciones adecuadas para que los equipos sanitarios conozcan efectivamente a las unidades de atención prioritarias establecidas en el modelo: la persona, la familia y el entorno comunitario.

En ese sentido, las pautas ministeriales plantean la subdivisión de la población a cargo de los Centros de Salud Familiar, en función de unidades territoriales (sectores) que agrupan hasta 5000 personas^{xxviii}, definiendo para cada sector la asignación de un equipo de cabecera de carácter multidisciplinario que brinda atenciones integrales de salud, habitualmente²² desde las dependencias del CESFAM. La lógica sanitaria subyacente a esta herramienta señala que, “mientras menor sea el número de familias, mayor será la posibilidad de conocer en

²² Cabe señalar que el modelo ministerial de atención incluye la opción de que los “equipos de sector” puedan ubicarse en lugares más cercanos a la población a cargo, realizando atenciones extramuros al CESFAM, entre los que se mencionan: minicentros, estaciones médicas de barrio, CECOF y Unidades de salud familiar. Este dato resulta relevante para la consideración territorial de la atención en Recoleta. Ver MINSAL (2008, p.69).

profundidad a aquellas y hacer realidad el enfoque biopsicosocial. Tiene que ver con la capacidad limitada que tenemos como personas de abarcar grandes ámbitos”^{xxix}.

A partir de la información generada en el Grupo de Memoria y Autobiografía Laboral de esta investigación, fue posible determinar que el proceso de sectorización comienza a experimentarse en Recoleta entre los años 2003 y 2006, en línea con la reforma nacional de salud del año 2005, que motivó la adopción del MAIS en toda la red asistencial de la APS nacional.

“Cuando vino la sectorización fue el primer remezón de la reforma, porque tuvimos que formar equipos por sectores con el objeto de asumir la población, ahí se empezó a hablar de población a cargo”.

(Participante Grupo de memoria)

La adopción de la sectorización en Recoleta habría sido dispuesta mediante una instrucción ministerial dirigida por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde se comunicaba el énfasis por reorganizar el funcionamiento de los 4 CESFAM municipales, en virtud de las nuevas pautas.

Según el discurso de la trabajadora citada, a nivel de los CESFAM el proceso se inició con la adecuación de la infraestructura de los recintos, inaugurando espacios de atención debidamente identificados para cada sector y equipo de salud, los que en adelante fueron indexados a un color particular (sector amarillo, blanco, verde, etc.), con el objetivo de vincular a la persona usuaria con su correspondiente unidad de atención.

“Yo me acuerdo en el consultorio acarreando muebles, porque había que sectorizarse por colores.”

(Participante Grupo de memoria)

Por otra parte, a nivel interno del DESAL de Recoleta, se trabajó en propuestas elaboradas por un grupo interno de trabajadores/as, que realizaron pasantías técnicas en Argentina, Cuba y España con el objetivo de conocer las experiencias internacionales sobre el Modelo de Salud Familiar. Además, se formó un Comité Gestor de la sectorización, que contempló la preferencia de los/as trabajadores en la elaboración de su diseño.

“Después de mucho darle, las chiquillas hicieron una encuesta de los sectores, en qué lugar deberíamos atender en cada sector, en qué sector le gustaría trabajar, porque habíamos pensado en tres sectores y uno que era como el apoyo general [...] como la gente había puesto en qué le gustaría trabajar y donde le gustaría trabajar, en qué sector haciendo qué cosa, entonces de acuerdo a eso el Comité fue destinando los sectores”.

(Participante Grupo de memoria)

Los/as actores históricos participantes del Grupo de memoria, estuvieron de acuerdo en que la adopción de este nuevo régimen de atención fue estimulante y desafiante, desarrollándose un fuerte impulso hacia la participación comunitaria y el fortalecimiento de la mirada psicosocial en salud. En ese sentido, destacaron que la participación en el diseño de la iniciativa fue relevante para la adhesión de los/as trabajadores en la consecución del proceso.

III.2.2. Asimilación del modelo

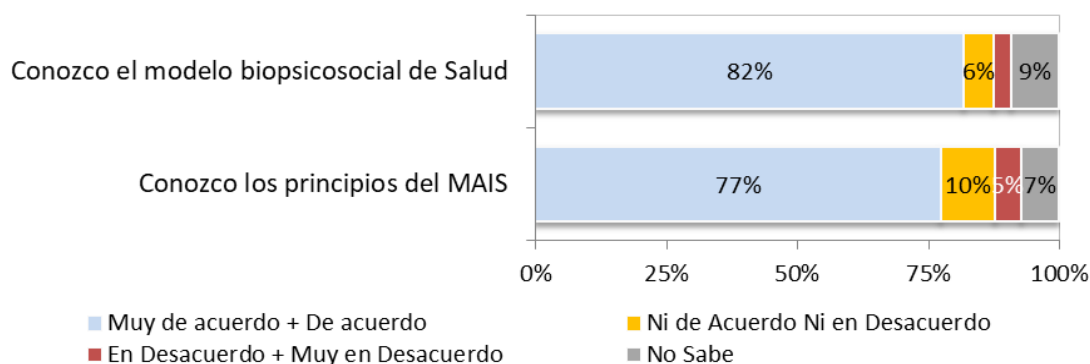
En el contexto de la implementación del MAIS, es relevante indicar que entre los/as trabajadores y directivos de salud de Recoleta se verifica conocimiento, asimilación y práctica de los principios que este modelo contempla.

Desde una aproximación cuantitativa, los resultados de la “Encuesta de percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta”, muestran que en general los/as actores de salud se encuentran vinculados con los principales marcos de orientación del quehacer en la salud primaria.

De este modo, un 82% de trabajadores/as afirma estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” respecto a conocer el modelo biopsicosocial. Quienes declaran tener mayor conocimiento sobre el modelo biopsicosocial son las personas que trabajan en el COSAM, en tanto que los/as trabajadores del SAR son quienes menos lo conocen. Entre quienes conocen poco el modelo destacan aquellos/as trabajadores que evalúan negativamente el acceso a instancias de capacitación y formación, o la comunicación y coordinación entre los distintos centros y unidades municipales de salud.

Respecto al conocimiento sobre el MAIS, un 77% señaló conocer cuáles son sus principios, siendo las trabajadoras mujeres quienes más declaran conocer estos principios.

Gráfico 8: Indique su grado de acuerdo respecto a las siguientes afirmaciones relacionadas con su conocimiento sobre el Modelo de Salud de Recoleta



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

A continuación, se desarrolla una visión complementaria, sobre la base de la información emergente de las Comunidades Reflexivas, donde se identificaron aquellos principios del MAIS que son asumidos y practicados por los/as trabajadores y directivos del área comunal de salud.

En primer lugar y referido al discurso de directivos de salud, se realiza una priorización de los principios, estableciendo que los derechos humanos son uno de los fundamentales y que engloba, de alguna manera, al conjunto de principios establecidos en el modelo de salud. Así, los derechos humanos se conectan con la perspectiva de género, con la mirada comunitaria, infancia y migración.

“Para mí el derecho humano, para mí es el principio. Los derechos humanos, con todo lo que conlleva. Yo creo que el derecho humano es lo que marca la diferencia, con enfoque de género, me entiendes, con enfoque comunitario, con enfoque de infancia, integración de migrantes.”

(Dirección CESFAM Recoleta)

Se añade a lo anterior la idea de que la salud, entendida como un derecho humano, implica reconocer las realidades propias y diversas de los territorios, grupos e individuos. De esta manera, la persona usuaria debe ser comprendida como un sujeto de derecho, portador /a de cultura y dignidad, siendo capaz de figurar protagónicamente en su propio proceso de salud. En ese sentido, el respeto de la diversidad, por ejemplo, desde la incorporación del enfoque de género en las atenciones, busca instalar la horizontalidad y la igualdad en los marcos de acción del quehacer en salud.

También, en el marco de los principios reconocidos por los/as trabajadores de salud dentro del MAIS y practicados en Recoleta, se encuentra la Interculturalidad. El principal valor reconocido hacia este principio consiste en que permite abordar la diversidad migrante constitutiva de la población recoletana. Entre los/as trabajadores del Nivel Central del DESAL, se verifica gratamente el posicionamiento transversal de la iniciativa intercultural en el área de salud, planteando que su concepción emerge “desde la realidad” como una respuesta institucional frente a la consolidación de la presencia migrante en la comuna.

Por otra parte, figura la Integralidad. Los/as trabajadores de la salud asocian este principio con el reto por habilitar nuevas miradas en los registros clásicos de la atención biomédica al interior de la Atención Primaria. A propósito, resulta relevante identificar que entre de los equipos de salud se reconoce la generación de habilidades perceptivas y analíticas en las evaluaciones diagnósticas concibiendo a la persona usuaria y su enfermedad junto con una variedad amplia de factores ambientales, familiares, sociales y económicos, en la línea del modelo biopsicosocial.

“Yo, de la atención que presto como enfermera en box, siempre trato de hacer la atención un poquito basada en el concepto de integralidad, pensando no en la persona que tengo al frente es diabético e hipertenso y solo veo eso, sino que trato mucho de ver lo que es el aspecto social, el económico, con los recursos que cuenta, el ambiente en el que vive, cómo es la vivienda. En ese aspecto, también los integrantes de la familia, qué antecedentes mórbidos tienen, también la escolaridad, la ocupación.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Cristo Vive)

Continuando con la integralidad, se destaca que los/as trabajadores del CESFAM Cristo Vive reconocen en la visita domiciliaria una práctica valorada por los/as equipos de salud, pues tienden a verificar directamente la realidad familiar y comunitaria en que se desenvuelve la vida de la persona usuaria, permitiéndoles generar respuestas integrales y multidisciplinarias dentro del abordaje de casos.

Otra experiencia vinculada a la integralidad es la informada por los/as trabajadores del COSAM de Recoleta, quienes han afirmado llevar adelante un “justo equilibrio en el quehacer” refiriendo al proceso de ingreso que debe realizar la persona usuaria en su primer contacto con el equipo de salud. En ese sentido, se acciona integral e integradamente en la resolución de casos, dando lugar a las distintas miradas de la salud mental que cohabitan en el Centro, incluyendo en ello a la propia persona usuaria.

Entre los/as trabajadores del nivel central del DESAL, fue resaltada la inclusión paulatina del enfoque holístico en salud, a través del cual se busca pavimentar “otra vereda” para la atención por medio de las medicinas complementarias, iniciativa que cuenta con prácticas como el Chi Kung, acupuntura, apiterapia y huertos medicinales.

“Me parece que el enfoque holístico ha sido un sello en esta comuna, porque ha permitido la incorporación de la medicina complementaria, como otra vereda de la atención que es distinta al modelo clásico. Probablemente está en otras comunas, pero me parece que es distintivo en esta comuna el enfoque holístico como principio de atención.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, Nivel Central)

También desde los/as trabajadores del nivel central fueron señalados los principios de Calidad y Ciclo Vital como ejes relevantes del trabajo en el área de salud. Respecto al principio de Calidad, se reconoce el interés por instituirlo como criterio transversal de funcionamiento, materializado en el establecimiento de una referencia comunal a cargo de tutelar su cumplimiento. En lo que respecta al Ciclo Vital, se releva la articulación estratégica de las distintas prácticas y programas de salud alrededor del curso de vida de la persona usuaria, buscando generar un enfoque de atención continua y ajustada a las distintas edades del trayecto vital.

“Nos ha tocado cruzarnos con varios a propósito de esta mirada, o de este principio, como tú dices, de curso de vida, desde la atención que se realiza en infantil, como todo se plasma ahí y cómo tiene sentido en la continuidad con la atención con el adolescente, con el adulto, con el adulto mayor.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, Nivel Central).

Finalmente, son relevantes las experiencias de trabajo en red identificadas por los/as trabajadores del COSAM, que se desarrollan desde la habituación de sus equipos a la coordinación e interconexión con diversos actores intra e intersectoriales. En ese sentido, se pudo conocer que, previo a la pandemia, este centro de salud mental generó una coordinación sectorizada con los CESFAM municipales, participó activamente en la instancia de las mesas psico socioeducativas con el área de Educación municipal de Recoleta y estableció colaboraciones con grupos de usuarios/as organizados y ONGs vinculadas a la promoción y defensa de la salud mental.

Contemplando el panorama expuesto sobre los principios del modelo ministerial y algunas de sus prácticas destacadas en el área comunal la salud, se puede afirmar que el modelo de salud de Recoleta cuenta con una orientación informada desde los marcos de referencia incluidos en el Modelo de Atención Integral en Salud.

III.2.3. Énfasis comunal en promoción de la salud

De acuerdo a la visión de los/as directores comunales de salud, es posible identificar dos principios del MAIS que son calificados de prioritarios para la APS comunal: la Participación y la Promoción de la salud. Como señala la dirección del CESFAM Recoleta, ambos elementos son orientaciones centrales dentro la política de salud definida para el nivel primario de la atención, cuyo influjo debería traducirse en el trabajo directo de los equipos de salud con la comunidad.

“Promoción y participación, yo creo que esos son los objetivos más políticos. Porque promoción es el paraguas que nos guía a nosotros, y se declaran objetivos para la década. Entonces promoción, durante diez años decidimos cuáles son los mayores problemas de salud de la población, y promoción define que hay que intervenir en esos problemas prioritariamente, en todo nivel, pero sobre todo en la APS. Entonces tú ahí intervienes con la comunidad.”

(Dirección CESFAM Recoleta)

Esta idea se refuerza al considerar la relevancia estratégico financiera que le cabe a la promoción en salud dentro del campo de la APS, ya que el modelo se encarece una vez que se hace cargo exclusivamente de las personas enfermas. En un contexto de recursos escasos, esto implica que los/as actores de salud deban tratar

con la disyuntiva de hacerse cargo de la promoción de la salud y el buen vivir entre la población a cargo, o bien, del control tardío de la enfermedad en el individuo.

El énfasis promocional fue discutido en las comunidades reflexivas con los/as trabajadores de la salud, a través de la pregunta por el estado de desarrollo del modelo biopsicosocial en Recoleta. La apreciación general fue negativa, señalando la falta de financiamiento para la promoción y prevención.

Junto con lo anterior, se verifica entre las personas usuarias una predilección por los exámenes, el diagnóstico médico y la receta farmacológica, lo que es interpretado por algunos/as trabajadores como una subestimación de otras miradas y prácticas salubristas. Esta situación refuerza la acción sanitaria fundada en la atención biomédica tradicional, excluyendo visiones relevantes que aportan en el reconocimiento activo de factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable.

“La población en general tiene tan instaurado el tema biomédico, que en realidad para ellos el que los atiendan en salud es darle pastillas, tomarles un examen, y si los miramos desde la disponibilidad de prestaciones, el único que lo da es el médico.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Juan Petrinovic)

Junto con lo anterior, se observa la constitución de una dinámica paternalista, donde la palabra médica se vuelve ley. En ese sentido, la replicación mecánica de las instrucciones médicas desactiva el protagonismo de la persona usuaria sobre su situación de salud y termina consolidando una espiral de irresponsabilidad respecto al cuidado propio. Esto implica a la vez un distanciamiento con las prácticas de anticipación del daño, consolidándose una cultura usuaria del cuidado tardío de la enfermedad.

Para obtener información actualizada sobre el ámbito promocional, el cuestionario de la Encuesta de percepción usuaria de Salud de Recoleta indagó en una serie de preguntas que buscan conocer si las personas conocen y participan en las actividades e instancias de promoción de salud ofrecidas por centros de salud en los diferentes barrios de la comuna. Entre sus resultados se observa que, antes de la pandemia, solo un 16% de los/as usuarios encuestados afirma haber estado informado de estas actividades de promoción de la salud, que incluían talleres, cabildos, huertos, asambleas, conversatorios y terapias complementarias. Entre quienes estuvieron informados/as, el 52% declaró haber asistido a dichas actividades.

Tabla 17: ¿Ud. estuvo informado/a sobre las actividades de promoción de la salud que ofrecían los centros de salud municipales en su barrio o territorio antes de la pandemia?

	N°	%
Sí	100	15,8
No	533	84,2
Total	633	100.0

Fuente: Encuesta percepción usuaria de Salud de Recoleta

Tabla 18: Antes de la pandemia. ¿Usted participo en actividades de promoción de Salud ofrecidas por los centros de salud municipales de su barrio o territorio?

	N°	%
Sí	52	52
No	48	48
Total	100	100.0

Fuente: Encuesta percepción usuaria de Salud de Recoleta

Durante los años recientes, las actividades de promoción de salud se enfocaron más bien a enfrentar la pandemia y sus impactos, a través de conversatorios sobre el COVID, difusión de toma de PCR, talleres de salud mental y autocuidado, entre otras. Al respecto, solo un 22% de las personas usuarias declaró estar informada. De este grupo, un 58% afirma haber participado de alguna actividad para cuidar o mejorar la salud ofrecida por los centros de salud municipal.

Tabla 19: ¿Ud. ha estado informado/a sobre las actividades que han ofrecido los centros de salud municipales durante la pandemia para cuidar o mejorar la salud

	N°	%
Sí	141	22,3
No	492	77,7
Total	633	100.0

Fuente: Encuesta percepción usuaria de Salud de Recoleta

Tabla 20: ¿Ha participado durante la pandemia en alguna de las actividades para cuidar o mejorar la salud ofrecidas por los centros de salud municipal?

	N°	%
Sí	82	58,3
No	59	41,7
Total	141	100.0

Fuente: Encuesta percepción usuaria de Salud de Recoleta

Sobre la base de esta información, es claro que existe una situación crítica en Recoleta respecto a la consecución del componente promocional del MAIS. Desde la visión de la Dirección de Salud, las estrategias utilizadas para la implementación del trabajo promocional fallan en la medida que no existe un diseño claro para procesos de fortalecimiento, acompañamiento y monitoreo. En este sentido, se establece la relevancia de avanzar sobre la definición y redacción de dicho diseño, plasmándolo en flujos y protocolos de acción que permitan desarrollar acciones afines al modelo deseado.

III.2.4. Problemas y dificultades en la implementación

Del discurso de los/as trabajadores y directivos de la salud se aprecia que la implementación del MAIS a nivel comunal se ha enfrentado con problemas y dificultades a lo largo de su marcha. A continuación, se presentan los obstáculos más representativos desde la percepción de los/as actores de salud de Recoleta.

En el ámbito económico, directivos y directivas mencionaron la escasez de recursos humanos y financieros para el fortalecimiento de la participación y promoción. Además, se señala que el déficit financiero impide contar con condiciones efectivas para el abordaje integral de la salud de la población. Esto se asocia a una estructura global de financiamiento desigual e insuficiente para la APS, que suele privilegiar la cobertura de los formatos biomédicos de la atención en detrimento de las instancias de desarrollo psicosocial, participativa y preventiva.

“El modelo que viene del servicio, ya viene con dificultades para poder ser entregado a toda la población que tenemos, si además de eso, nosotros le agregamos más actividades que tienen que ver con esto de la participación, la implementación, por decirlo así, una mirada colectiva y también una integralidad en la mirada de la salud y no mirarte por pieza, eso requiere de tiempo y recursos humanos también, y eso es difícil de encontrar.”

(Dirección CESFAM Quinta Bella)

En el ámbito de la gestión, se cuestiona la rigidez del modelo ministerial, señalando que el modelo de financiamiento condicionado al cumplimiento de metas ha encasillado a los equipos de salud en una dinámica de automatismo y “tareismo” que absorbe la capacidad reflexiva y propositiva de los/as actores de salud. Al utilizar metas e indicadores diseñados “desde arriba”, no se logra abordar la especificidad de la persona usuaria, sus estados y requerimientos de salud y tampoco los énfasis que el modelo de salud de Recoleta pretende desarrollar sobre la base del MAIS.

“Todavía las personas están con muchas rigideces, porque el sistema en sí mismo es muy rígido, es muy excluyente, es muy “tareísta”. Hay presupuestos precarios y más encima condicionados a lograr ciertas metas para poder tener financiamiento.”

(Dirección DESAL)

Otro elemento problemático concierne a la fragmentación del modelo de salud comunal, que impide llevar adelante las áreas y principios prioritarios. Para el modelo de salud de Recoleta, además de la fragmentación entre los componentes privado y público del sistema nacional de salud y el que existe entre los niveles secundario y primario de la atención pública, se reconoce otra fragmentación referida a la falta de integración de los PRAPS, programas de reforzamiento APS contemplados en el MAIS. Al respecto, en el discurso de la Dirección del Departamento de salud se plantea que, al momento de asumir el cargo (agosto de 2021), los programas funcionaban de manera fragmentaria y aislada, lo que deriva en acciones segmentadas que cohiben el desarrollo de la integralidad en la atención.

El perfil socioeconómico de la comunidad de salud en Recoleta también fue reconocido como una dificultad en la consecución del MAIS, debido a la importante vulnerabilidad social y económica que existe entre la población de Recoleta, incluyendo al personal de salud, ya que muchos/as trabajadores habitan en la comuna y/o forman parte de su comunidad por lazos familiares, de amistad o pertenencia territorial. En ese sentido, la población atendida comparte determinantes sociales de la salud con la población que atiende, bajo condiciones precarizadas de vida transversales al país, como son las dificultades para poder llevar una nutrición adecuada, dificultades laborales, de vivienda, entre otras.

Por último, se señala el problema de la rotación de los equipos directivos de los establecimientos de salud de la comuna, lo que ha generado inestabilidad a la hora de proyectar el funcionamiento del modelo de salud en procesos estables de mediano y largo plazo.

III.3. Evaluación de los centros de salud

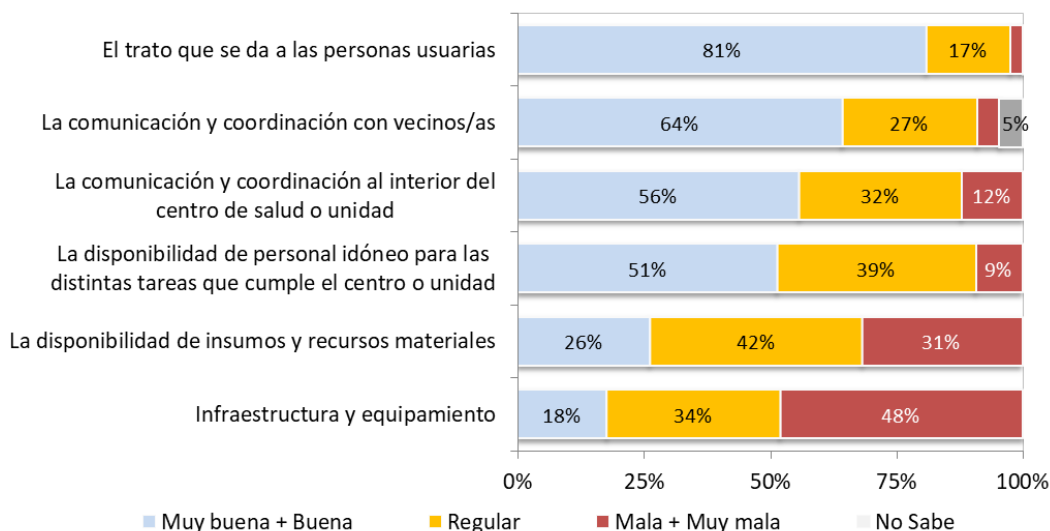
III.3.1. Percepción sobre el funcionamiento del Centro de Salud

El centro de salud es la unidad de atención privilegiada por el MAIS y, por ende, es el espacio donde los propósitos del modelo debieran llegar a realizarse de forma efectiva en las prácticas de salud. Para aquello deben existir condiciones adecuadas en ámbitos relevantes para el funcionamiento de los recintos de APS. Por esto, resulta relevante conocer la percepción de los/as trabajadores de estos centros.

En primer lugar, según lo que se puede observar en el gráfico siguiente, la valoración que hacen los/as funcionarios respecto de algunos aspectos operacionales, organizativos y de recursos humanos del centro de salud es bastante crítica.

Según el 81% de trabajadores encuestados/as, el trato que se da a las personas usuarias en los centros de salud es “muy bueno” o “bueno”. Por el contrario, un 17% afirma que el trato es regular y un 2% dice que es malo o muy malo. Las personas que trabajan con contrato a plazo fijo APS u honorarios evalúan mejor este aspecto. Quienes tienden a evaluar de manera menos satisfactoria este aspecto son los/as trabajadores que tienen bajo o nulo conocimiento de cómo está organizado el sistema de salud de Recoleta, y de cómo funciona el modelo de “Salud en tu Barrio”.

Gráfico 9: Evalúe los siguientes aspectos relacionados con el funcionamiento del Centro de Salud o Unidad donde trabaja

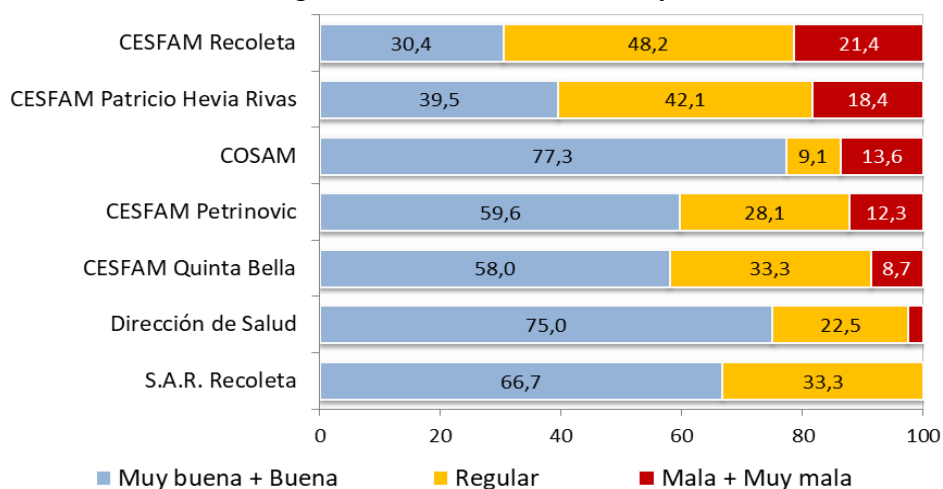


Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

En otro ámbito, un 64% de las personas encuestadas afirma tener una “muy buena” o “buena” comunicación y coordinación con los/as vecinos/as. Un 27%, en tanto, evalúa este aspecto de manera regular, y solamente un 5% dice que existe una comunicación mala o muy mala.

Respecto de la comunicación y coordinación al interior del centro de salud o unidad, los/as trabajadores declararon en un 56% que es buena o muy buena, mientras que solo un 12% señala que esta es mala o muy mala. Se detectó una mayor tendencia a evaluar este aspecto como “muy bueno” entre quienes trabajan a plazo fijo, como también en los/as trabajadores del SAR Recoleta, en comparación a los CESFAM. Otros aspectos que se relacionan significativamente con una mejor evaluación de la comunicación y coordinación interna son las relaciones positivas con las jefaturas, la satisfacción con las condiciones laborales y el acceso a instancias de capacitación y formación.

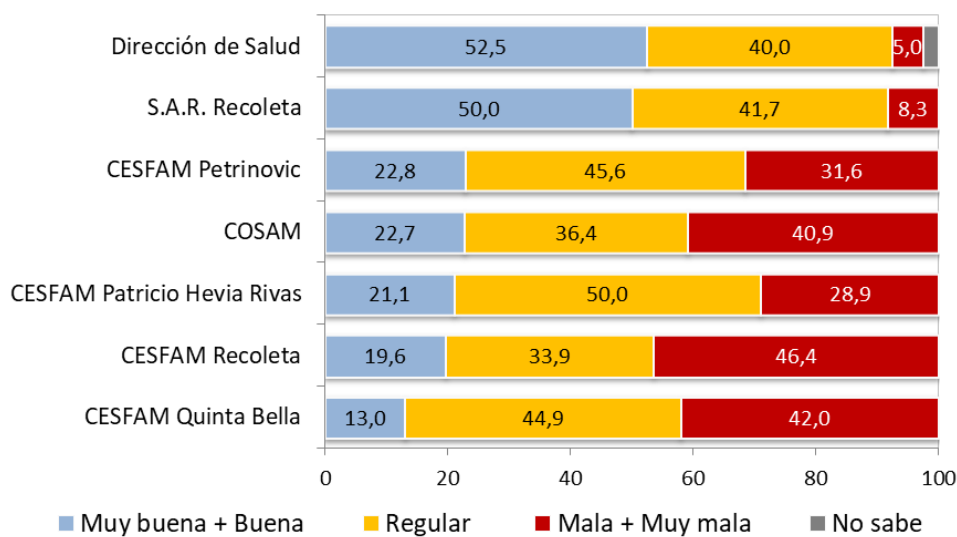
Gráfico 10: Evaluación de la Comunicación y coordinación al interior del centro de salud o unidad según Centro de Salud donde trabaja



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Por otra parte, referido a la disponibilidad de insumos, recursos y materiales, un 42,1% la considera regular, un 31,4% afirma que es mala o muy mala y solo un 26,1% la evalúa como buena o muy buena. Como se observa en el gráfico siguiente, la percepción desfavorable es común a los CESFAM y COSAM de Recoleta, donde más de un 70% de trabajadores considera regular o mala la disponibilidad de insumos, recursos y materiales.

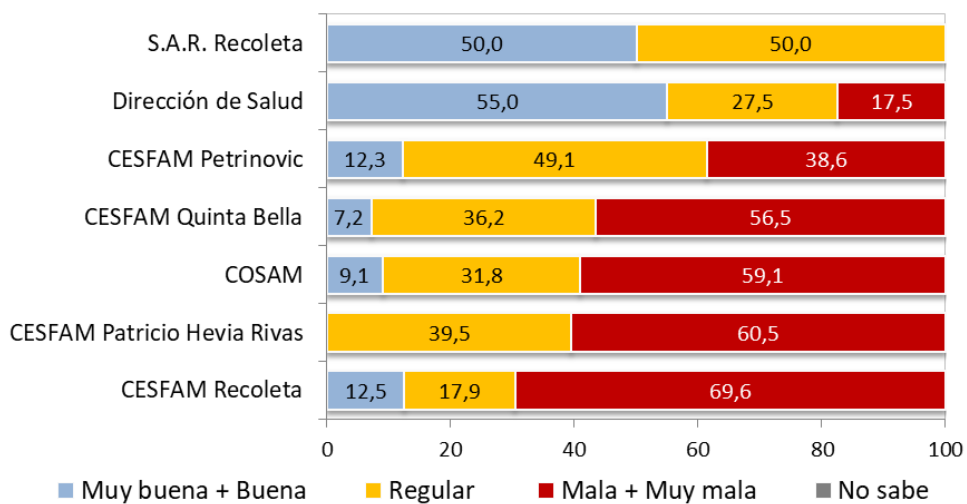
Gráfico 11: Evaluación de la Disponibilidad de insumos, recursos y materiales según Centro de Salud o Unidad donde trabaja



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Por último, en relación a la infraestructura y equipamiento, un 48% de los/as trabajadores la califica como mala o muy mala, y otro 34,3% la considera regular. Al igual que en el caso anterior, es posible identificar que las evaluaciones más desfavorables se detectaron en los/as trabajadores de los CESFAM y COSAM.

Gráfico 12: Evaluación de la Infraestructura y equipamiento según Centro de Salud o Unidad donde trabaja



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Respecto a este eje evaluativo, coincide plenamente con el juicio general de los/as trabajadores de salud producido en las sesiones grupales de Comunidades Reflexivas y Mapeos colectivos. De esas experiencias se desprende un nudo crítico transversal a todos los centros de salud de Recoleta: *la demanda de atención médica supera a todos los centros de salud de Recoleta. Primero, por el tamaño y antigüedad de los establecimientos. Segundo, por el deterioro de las infraestructuras. Tercero, el personal de salud está actualmente sobrecargado de trabajo.*

Para una apreciación general sobre la evaluación de los/as trabajadores de la salud que participaron en las Comunidades Reflexivas sobre las dimensiones de infraestructura, implementos y condiciones para la atención, se presenta una síntesis, señalando en los cuadros marcados las falencias de los Centros por cada aspecto evaluado:

Tabla 21: Identificación de falencias por Centro de salud

Detección de necesidades	CESFAM Recoleta	CESFAM Petrinovic	CESFAM Patricio Hevia	CESFAM Quinta Bella	CESFAM Cristo Vive	SAR	COSAM
Calefacción y ventilación según época del año							
Iluminación / Luz natural							
Acceso Universal							
Privacidad en box de atención							
Medicamentos					*		
Sillas sala de espera							
Computadores							
Servicios de aseo especializados y certificados							

* Stock de vacunas

Fuente: Elaboración propia.

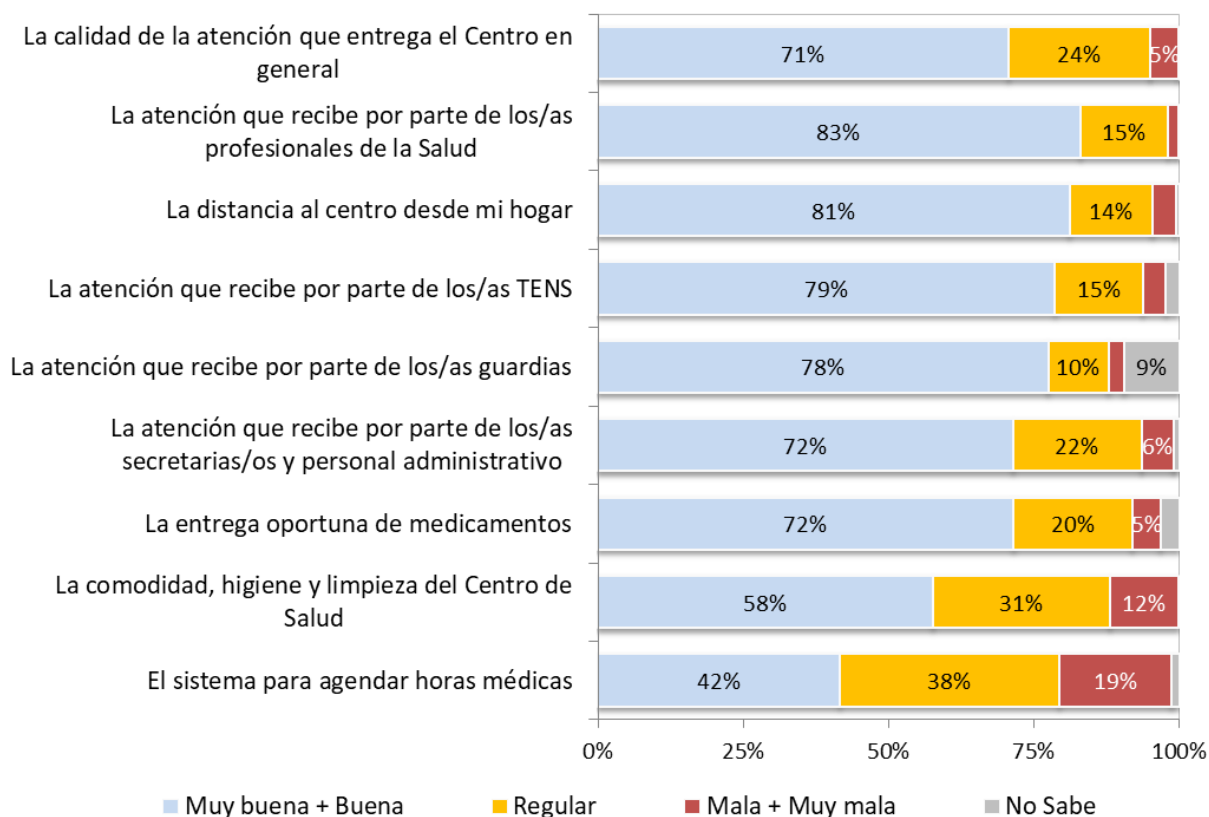
A esta información se suma la emanada de los mapeos colectivos, donde en general se enfatizó sobre la escasa información y uso de señaléticas que no son claras para la orientación de las personas usuarias, lo que deriva en una experiencia negativa dentro de gran parte de los centros. Asimismo, se detectó precariedad en: iluminación, privacidad, estabilidad en conexión a internet y sistema Rayen, escasa renovación de implementación y enseres para la atención, aspectos que dan cuenta de una mala distribución y administración de los recursos sectoriales.

Asimismo, en cuanto a la interculturalidad orientada a la atención, de acuerdo a la experiencia de los/as trabajadores de los centros de salud, se torna necesaria la figura de un referente migrante que actúe como nexo entre el área de salud y las familias migrantes que acuden a los establecimientos.

III.3.2. Evaluación usuaria sobre la atención y los servicios recibidos

Los resultados de la “Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta” da cuenta de la evaluación que dicho/as actores tienen respecto a la atención y servicio que reciben desde su correspondiente centro de salud. En general los diferentes aspectos de atención y servicio del modelo de salud aparecen bien evaluados, predominando entre las personas usuarias una calificación “positiva”.

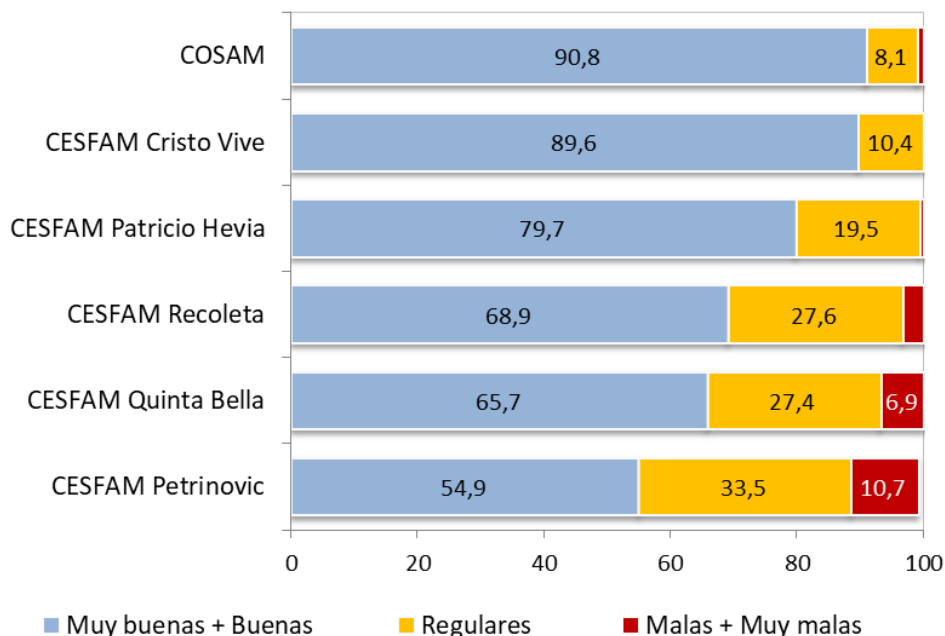
Gráfico 13: Evalúe los siguientes aspectos relacionados con la atención y servicio que entrega su centro de salud



Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

Respecto a la calidad de la atención en general que se entrega en los centros, un 71% la considera “muy buena o buena”. Al respecto, se destaca una mejor evaluación en el COSAM y en el CESFAM Cristo Vive por sobre otros centros.

Gráfico 14: Evalúe la calidad de la atención que entrega el centro en general según Centro de salud en el que se atiende

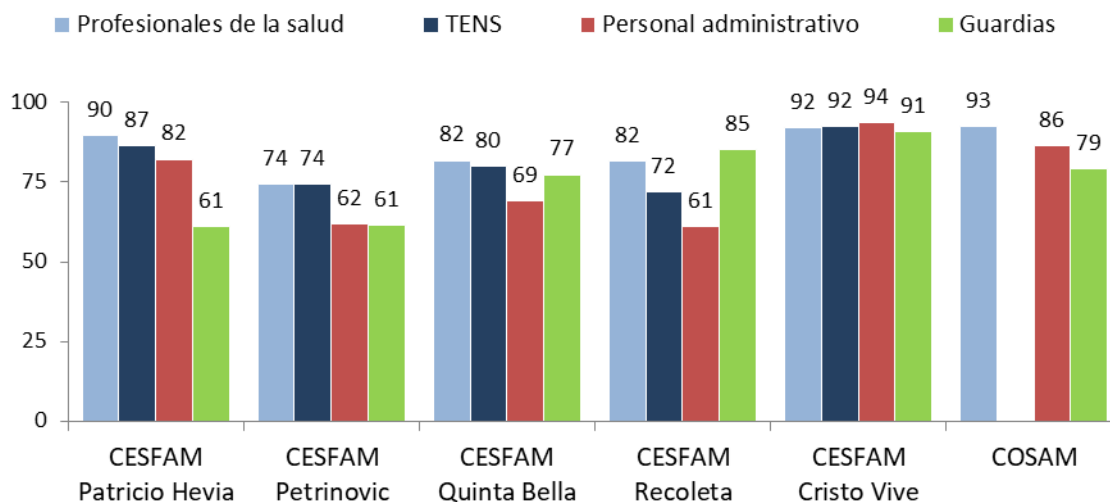


Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

El aspecto mejor evaluado es la atención que reciben por parte de los/as profesionales de la salud, con un 83% que la califica satisfactoriamente. También se valora positivamente la atención recibida por parte de los/as TENS y los/as guardias de los centros de salud, que alcanza evaluaciones favorables de un 79% y 78% respectivamente; y en menor medida la atención entregada por los/as secretarías/os y personal administrativo, que llega al 72% de evaluaciones “muy buena” o “buena”.

Al respecto, se constató que las personas usuarias del CESFAM Cristo Vive evalúan significativamente mejor que en otros centros la atención recibida, tanto de profesionales de la salud como de TENS y personal administrativo. Además, se detectó que las mujeres tienden a evaluar mejor la atención de los/as TENS que los hombres, y que las personas nacidas en Chile evalúan significativamente mejor el trabajo del personal administrativo que las personas migrantes.

Gráfico 15: Evalúe la calidad de la atención recibida por parte de....
 (% respuestas "muy buena" o "buena" según Centro de salud en el que se atiende)

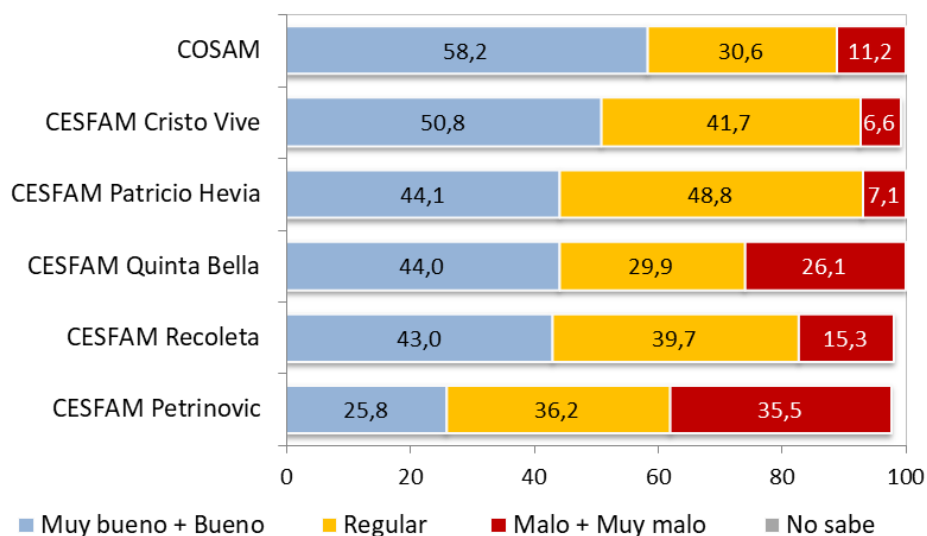


Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

Otros aspectos bien evaluados son la distancia al centro desde los hogares, con un 81% de calificaciones positivas, y la entrega oportuna de medicamentos, con un 72%. Sobre esto último, las mujeres tienden a calificar mejor la experiencia en comparación a los hombres; y se observó también que en el CESFAM Cristo Vive tienden a observarse más evaluaciones "regulares" de la entrega de medicamentos que en otros centros.

A la inversa, los aspectos con evaluaciones menos favorables fueron la comodidad, higiene y limpieza de los centros de Salud, calificados positivamente por el 58% de las personas usuarias y regular por el 31%; y el sistema para agendar horas médica, al que el solo un 42% considera muy bueno o bueno, y el 38% solo regular. Las evaluaciones más negativas del sistema de agendamiento se concentran en el CESFAM Juan Petrinovic, y en menor medida en Quinta Bella, y las más positivas en el COSAM y CESFAM Cristo Vive.

Gráfico 16: Evalúe la calidad del sistema para agendar horas médicas
 según Centro de salud en el que se atiende



Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

De manera complementaria a las evaluaciones, se preguntó a las y los encuestados de una lista cerrada de cinco aspectos que indicaran por orden de importancia que aspectos son los más urgentes de mejorar en el centro de salud donde se atiende, obteniéndose los siguientes resultados

Tabla 22: Cuáles de los siguientes aspectos considera que es más urgente mejorar en este Centro de Salud? (Ranking)

	Ranking Total
Instalaciones más confortables	21,7%
Horario de atención	21,6%
Trato hacia las personas usuarias	20,7%
Mayor disponibilidad de medicamentos	19,2%
Transporte y movilización de personas usuarias	16,8%
Total	100%

Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

Observando los porcentajes obtenidos por cada uno de los aspectos rankeados podemos interpretar que no hay un indicador específico que sobresalga demasiado. Ahora bien, teniendo en cuenta estas leves diferencias los aspectos que lideran la demanda de mejoras están las “Instalaciones” y “Horario de atención” con un 22% seguido del aspecto de atención de “Trato hacia las personas usuarias por parte del personal que atiende en el centro de salud” con un 21% y solicitud de “Mayor disponibilidad de medicamentos” con un 19%.

IV. MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE TERRITORIAL “SALUD EN TU BARRIO”

En este capítulo se presenta la sistematización y evaluación del componente territorial del Modelo general de salud de Recoleta. En tanto proceso, la territorialización de la salud posee una historia particular que ha implicado a la comunidad local de salud en una reconfiguración de la estrategia de atención sanitaria del nivel primario, a lo largo de 10 años de historia.

El capítulo inicia con una aproximación sobre los antecedentes del enfoque, como la referencia al modelo de salud territorial de Cuba, la descripción de la política comunal en salud territorial y el esquema estratégico definido para su funcionamiento. Luego, se exponen los resultados referidos al proceso de implementación de este enfoque, donde se establece el relato de actores/as de salud sobre las distintas fases y problemáticas emergentes. Finalmente, respecto a la evaluación de la iniciativa Salud en tu barrio, se desarrolla una apreciación pormenorizada sobre el trabajo territorial, categoría que engloba aspectos tales como: los impactos del régimen extramuros sobre la persona usuaria y los/as trabajadores; la relación entre los equipos de salud y las dirigencias vecinales; el mantenimiento de los locales de atención distribuidos en el territorio comunal, entre otros. También, se incorporan aspectos evaluativos de los puntos de atención territorial, elaborados en base a una sistematización dirigida por el Departamento de Salud de Recoleta durante el primer semestre del año en curso.

IV.1. Salud territorial en Recoleta

La política en salud de la comuna de Recoleta tiene como modelo general de estructuración al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Sin embargo, desde el año 2012 se inicia la planificación y posterior implementación del enfoque territorial, conocido entre la comunidad usuaria y funcionaria como “Salud en tu Barrio”.

En esta sección, se presentan los antecedentes de esta iniciativa municipal, abordando en primer lugar aspectos centrales del actual modelo salud de Cuba, en particular, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, núcleo y referencia de salud territorial para la comuna de Recoleta.

También se abarcan los principios y valores del enfoque territorial desde la óptica de los/as actores de la salud municipal. Debido a que esta estrategia local se encuentra escasamente desarrollada en documentación institucional, el concepto comunal que ahí se expone consiste fundamentalmente en la experiencia y conocimiento directo de trabajadores/as y directivos/as en su desempeño cotidiano.

Por último, se describen las dimensiones operativas y estratégicas del enfoque Salud en tu Barrio, entregando antecedentes técnicos y organizativos de su funcionamiento.

IV.1.1. Antecedentes internacionales: el modelo cubano

El modelo de atención desplegado por el Sistema Nacional de Salud de Cuba constituye una referencia para el enfoque de salud territorial desarrollado en Recoleta. La familiaridad entre ambos esquemas se visualiza al considerar los contenidos especificados por el Programa del Médico y Enfermera de la Familia^{xxx}, experiencia cubana pionera en salud integral y territorial con Equipos Básicos de Salud (EBS), compuestos por un/a profesional médico/a y un/a enfermero/a, con formación específica en Medicina Familiar.

“Esto no es una creación de nosotros ni mucho menos, esto está inspirado en lo que desarrollaron en general los países socialistas, fundamentalmente Cuba, que es el país que habla español. Este modelo es el famoso modelo cubano, en el cual aquí cuando parte, se intenta hacer algo parecido, es decir, poner profesionales por cada 2500 personas, por ejemplo, un médico por cada 2500 (personas), lo mismo pasa con matronas, kinesiólogos”.

(Dirección DESAL)

Estos equipos despliegan la atención de salud desde los consultorios-vivienda, locales distribuidos e instalados territorialmente y que toman a cargo el cuidado en salud de un volumen no mayor a 1.500 personas^{xxxi}. De esta manera, al generar un mayor acercamiento entre los equipos de salud y la comunidad, el modelo cubano “humaniza la atención y favorece las actividades preventivo-promocionales”^{xxxii} que se encuentran determinadas por una política nacional de educación sanitaria, práctica de actividad física y promoción de factores protectores de la salud, que inicia tempranamente desde la etapa preescolar de enseñanza^{xxxiii}.

Los consultorios funcionan integradamente bajo la administración de un policlínico (símil del CESFAM), unidad de atención que constituye el centro de acción y núcleo funcional en el cual se identifican, priorizan y solucionan los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

En el policlínico, se organiza y articula el trabajo de los Equipos Básicos de Salud a partir de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT), instancia multidisciplinaria integrada por especialistas en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, Medicina General Integral, Licenciado/a en Psicología, supervisor/a de enfermería, técnico/a de estadísticas, técnico/a en higiene y epidemiología, y técnico/a en trabajo social. El GBT cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales, dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población^{xxxiv}.

IV.1.2. Política comunal de Salud

En el discurso de los/as directivos del sistema de salud de Recoleta, la territorialización se sitúa en el marco de los objetivos políticos comunales, donde lo territorial abarca no sólo el ámbito de la salud, sino que también la vivienda y la educación, entre otros.

“Yo entiendo que nuestro modelo está inserto dentro de un gran modelo que es, se podría decir, el plan maestro de Recoleta, que es el modelo territorial, pero en todo ámbito. Por lo tanto, nosotros somos una parte, una parte esencial e importante también, porque estamos insertos en el territorio. Pero esta estrategia territorial va más allá del modelo de salud familiar territorial que tenemos nosotros”.

(Dirección CESFAM Patricio Hevia)

En consonancia, desde la visión de los/as participantes de las Comunidades Reflexivas, se plantea que los principios que definen el enfoque local de la salud territorial emergen desde las claves propuestas por la política del Gobierno local de Recoleta, y trazan una imagen sobre la salud, en función del *Acercamiento de la atención hacia la comunidad, el compromiso y conciencia de clase y la articulación del trabajo en red*.

“El trabajar con los territorios, que instaura el alcalde Daniel Jadue, creo que ha sido beneficioso para la población porque los objetivos que él se planteó es cómo llegamos al usuario que no está cercano, por decir, a la catedral, cómo seguimos abriendo capillas en el sector. Cómo, si nosotros tenemos un CESFAM, cómo viene la señora María, que viene de por allá de Los Cardenales y que gana 100 mil pesos, cómo llega al CESFAM Quinta Bella, y evitando ser asaltada a las seis, siete de la mañana”.

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

Por otra parte, una noción subyacente al discurso de los equipos de salud respecto a la iniciativa territorial coincide en la consciencia y el compromiso político entablado con una comunidad usuaria que es asumida desde su posición de clase en el cuadro general de la sociedad chilena contemporánea, considerando las desigualdades estructurales que la cruzan y determinan.

“Nosotros trabajamos con una clase, que es la clase trabajadora, que son los más postergados, y ahí tenemos que poner el acento y ahí pone el acento este alcalde, porque nosotros debemos atender de la mejor forma a nuestros trabajadores, porque esos trabajadores son postergados, porque esos trabajadores no se pueden ir a atender a la Universidad Católica.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

De manera complementaria, de las entrevistas a directivos/as emerge la opinión de que la territorialización de la salud, además de permitir el acercamiento de la atención hacia la comunidad recoletana, postula un enfoque virtuoso donde la praxis sanitaria integra el aspecto curativo tradicional de la atención bio-médica junto al protagonismo del trabajo comunitario inspirado en el modelo biopsicosocial y los principios de prevención y promoción del modelo MAIS. La existencia de equipos de salud en el territorio permitiría mantener una cercanía directa con las personas usuarias de manera personalizada, amable y humana, considerando una forma integral de abordaje de la salud.

Además, los/as trabajadores de la salud identifican en el enfoque territorial un concepto estratégico de participación cuyas ventajas teóricas para el campo de la salud serían la innovación y pertinencia en los procesos de atención, la inversión de la lógica centralista del CESFAM y la posibilidad de comprender la salud como una práctica de interacción y vínculo comunitario.

Asimismo, asociado a la dinámica del envejecimiento poblacional, en contextos de aislamiento, soledad y pobreza, se destaca la capacidad de detección que otorga el estar en diálogo permanente con la comunidad y la disposición de activar redes de asistencia y cuidado, desde salud hacia el aparato municipal en su conjunto.

IV.1.3. Estrategia y funcionamiento

El enfoque territorial es concebido como una adaptación funcional del marco teórico y técnico del MAIS, sumando al funcionamiento sectorizado del CESFAM “la instalación de equipos territoriales a cargo de una población acotada, que permita la implementación real del modelo de salud familiar, creando instancias de atención territorial con énfasis en promoción y prevención en salud”^{xxxv}. En ese sentido, cabe destacar que una de las participantes del Grupo de memoria identificó una continuidad estratégica entre la sectorización vinculada al régimen de atención bajo el modelo ministerial y la territorialidad, entendida como su etapa de profundización.

“Según como yo lo veía, era un paso más hacia el Modelo de Salud Familiar, de la sectorización a la territorialización. Era como habíamos estado de consultorios a CES y a CESFAM, ¿ya?, sectores, territorios, de esa manera”.

(Participante Grupo de memoria).

En el informe “Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014”, elaborado por el DESAL de Recoleta durante el primer año de la territorialización, se desarrollan la fundamentación y explicación planteada para este enfoque, sintetizado en el siguiente cuadro^{xxxvi}:

Tabla 23: Estrategia del enfoque “Salud en tu Barrio”

Objetivo	construir una Salud más inclusiva y solidaria, buscando hacerse cargo de la situación de la Población en forma progresiva, con participación y equidad, facilitando el acceso a la Salud, insertándola en la misma comunidad, para construir en conjunto con las Organizaciones de la Comunidad, respuestas a las necesidades de Salud de nuestra Comuna.
Propósito	compartir la mirada de los Centros de salud desde la APS a la familia y la comunidad con una visión integral de la Atención de Salud.
Método	crear e instalar progresivamente Equipos de cabecera territoriales ECOS (Equipos Comunitarios de Salud) en el nivel más básico de la Organización de la Comunidad y del Territorio, la “Junta de Vecinos”, desde el CESFAM con un criterio de responsabilidad sanitaria y social sobre una determinada unidad geopoblacional a la cual se denomina “territorio” y que corresponde a la Unidad Vecinal.

Fuente: Elaboración propia según de DESAL, 2014

A partir del mismo informe, se detecta que la premisa de esta iniciativa de salud es que “los territorios constituyen el nivel de mayor y mejor intercambio de los usuarios con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”^{xxxvii}. También, se enfatiza el foco en promoción y participación de salud contemplado para el trabajo territorial, al definir la misión asociada de “crear conciencia en la comunidad para fomentar el autocuidado en salud y la participación activa y vinculante en la comuna de Recoleta”^{xxxviii}.

Asimismo, el informe citado presenta una descripción técnica y operativa del modelo, construida en torno a la relación funcional de los equipos de salud territorial con la infraestructura comunitaria utilizada:

Los ECOS -Equipos Comunitarios de Salud-, tendrán su centro de operaciones en la infraestructura comunitaria preferentemente, “no son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención” dependientes de un CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar, ejecutando fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo^{xxxix}.

Finalmente, se expresa la dependencia de los puntos de atención territorial a la gestión administrativa depositada en los CESFAM municipales de Recoleta:

Se trata de establecimientos dependientes de un Centro de Salud de Atención Primaria, insertos en el nivel local; con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, que atienden una parte de la población inscrita en el Centro del cual dependen, que trabajan de manera complementaria, que resuelven de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y que, en un trabajo conjunto con esta en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación, generan las condiciones propicias para impactar positivamente en la salud de la población^{xl}.

Por otra parte, que la organización geo demográfica de los servicios municipales de salud se encuentra organizada por el criterio territorial de las unidades vecinales. Según el Plan de Salud 2022, la distribución vigente se estructura de la siguiente forma:

Tabla 24: Organización Atención Primaria Por Macrozonas y Unidades Vecinales

Macrozonas	Unidades Vecinales	CESFAM
1	1-2-3-4--8	Dr. Juan Petrinovic
2	7-9-10-11	Dr. Juan Petrinovic
3	5-6	Quinta Bella
4	12-13-14	Quinta Bella
5	17-18-19-24	Recoleta
6	23	Recoleta
	16-20	Quinta Bella
7	15-21-22	Quinta Bella
8	25	Recoleta
	26A-26B-27-28-29-30	Dr. Patricio Hevia
9	31-32-33-34-35-36	Recoleta

Fuente: Plan de Salud de Recoleta, 2022

El trabajo en salud bajo el enfoque territorial contempla además el fortalecimiento de las intervenciones sanitarias, producto de un trabajo intersectorial mancomunado entre los distintos departamentos de la Municipalidad de Recoleta, tales como la Dirección de Desarrollo Comunitario, Educación, Deportes, Jurídico, las oficinas de Migrantes, del Adulto Mayor, de Infancia, entre otros.

Para la modalidad territorializada, se distinguen dos tipos de funcionamiento: con equipos e implementos de salud itinerantes entre el CESFAM y el Punto de Atención Territorial o con equipos e implementos de salud fijos en Punto de Atención Territorial.

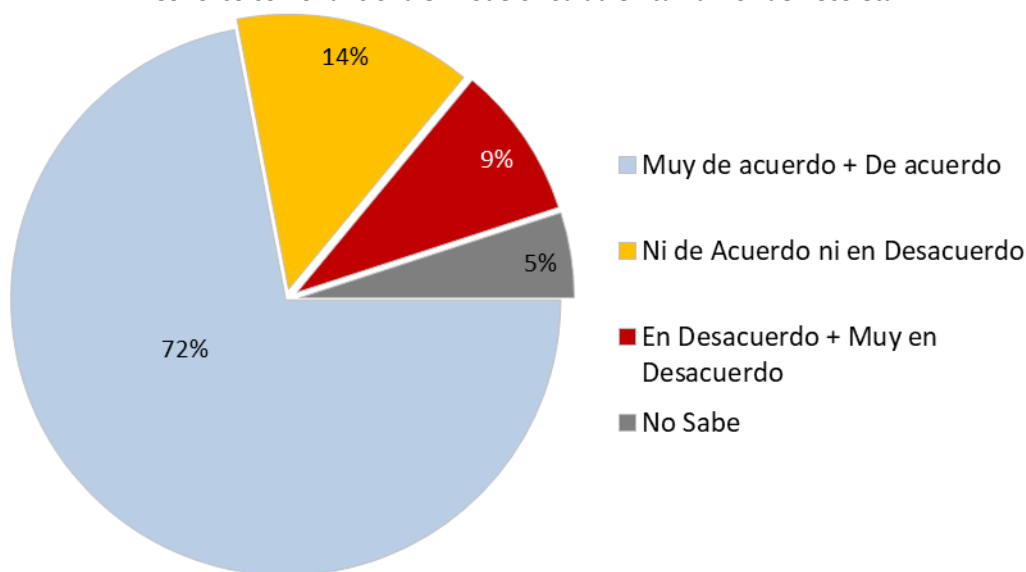
La organización itinerante contempla al CESFAM como espacio base y punto de partida de los equipos en las jornadas de atención. En este caso, es fundamental la vinculación con las respectivas juntas vecinales, con quienes se comparte la responsabilidad en la gestión del local, siendo los/as dirigentes vecinales quienes manejan las llaves y realizan la apertura diaria de las sedes. Dado que se trata de infraestructura comunitaria, muchas veces las sedes desarrollan actividades propias que exigen voluntad y coordinación con la institucionalidad de salud.

Por su parte, en la organización fija de los equipos e implementos, destaca la experiencia de la sede de atención "Centro Comunitario Elena Maya", ubicada en el Territorio 2, con dependencia administrativa y operativa del CESFAM Dr. Juan Petrinovic. Cabe destacar que este recinto, a diferencia de la mayor parte del los Puntos territoriales, corresponde a propiedad municipal, lo que define una gestión exclusiva, continua y autónoma en el uso de la infraestructura.

Respecto de los antecedentes del enfoque territorial aquí revisados, la Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta consultó a los/as trabajadores de salud si conocían el funcionamiento del modelo "Salud en tu Barrio". Un 72,3% señaló estar muy de acuerdo o de acuerdo, mientras que un 14,2% dijo estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que un 8,5% se manifestó en desacuerdo o muy desacuerdo.

El mayor desconocimiento sobre el modelo de "Salud en tu Barrio" se da entre quienes también declaran "conocer poco" o "no conocer" como está organizado el sistema de salud de Recoleta.

Gráfico 17: Indique su grado de acuerdo respecto a la siguiente afirmación:
"Conozco cómo funciona el modelo "Salud en tu Barrio" de Recoleta"



Fuente: Encuesta de percepción usuaria de los centros de salud de Recoleta. N: 633

IV.2. Implementación del enfoque territorial “Salud en tu Barrio”

IV.2.1. Implementación inicial

A partir de la información recabada en el GMyAL, se estableció que la gestación de la iniciativa Salud en tu Barrio data del año 2012, con ocasión de la elección del alcalde Daniel Jadue en su primer periodo de gobierno comunal. Uno de los primeros hitos identificados por los/as actores históricos corresponde a la mención que se hace respecto a la territorialización en el programa de gobierno alcaldicio de ese mismo año.

Además, identifican como un segundo hito la llegada de la Dra. María Eugenia Chadwick a la Dirección de Salud municipal, quien comandó el proceso de territorialización desde su puntapié declarativo, en octubre del año 2013. El primer contacto de los/as trabajadores con la propuesta territorial fue la comunicación de metas de implementación de 32 puntos de atención por parte de la Dirección de Salud, lo que habría generado escepticismo por parte de los equipos.

Desde la visión de actoras/es históricas/os de salud, la imagen virtuosa del enfoque territorial no se verificó en la realidad, ni llegó a implementarse sólidamente. Coincidentemente, en el GMyAL se reconoce que el hito inicial de puesta en marcha de la territorialización no fue superado y más bien se produjo una dinámica de implementación permanente en el tiempo.

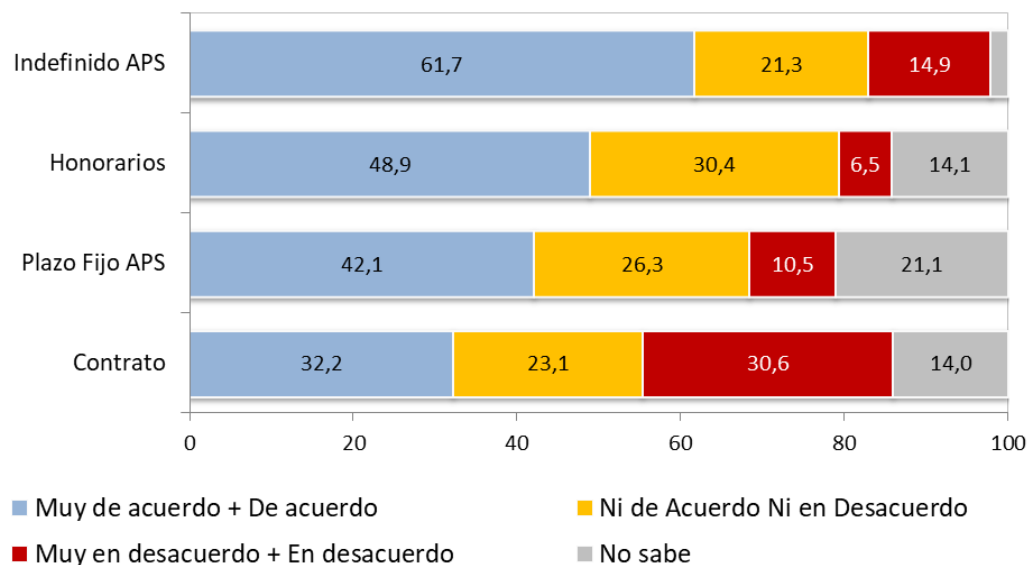
En términos operacionales, durante esta fase se llegó a establecer un esquema de trabajo en que se desplazó el aspecto psicosocial y participativo (desarrollado durante el periodo de la sectorización) hacia un esquema biomédico con enfoque territorial. Esta apreciación plantea que, en el periodo de implementación del Modelo de salud familiar, se generó una fuerte convergencia comunitaria y alta participación social en las acciones de salud, cuestión que paradójicamente empeoró con la puesta en marcha de la territorialidad.

IV.2.2. Problemas estratégicos de la implementación

De acuerdo a lo planteado en el GMyAL, a diferencia del proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar en la comuna, donde se planificó colectivamente la adopción del funcionamiento por sectores, para la implementación de la territorialización no se habría tendido a integrar coherentemente a la comunidad funcionaria y usuaria con la nueva propuesta territorial. En ese sentido, cabe destacar que actores y actoras históricos/as retrataron el proceso de la territorialización como abrupto y autoritario, remarcando la poca capacidad de diálogo y disposición de escucha sostenida desde el nivel directivo del DESAL hacia los equipos y vecinos/as.

Al respecto, de los resultados de la Encuesta percepción de trabajadores de la salud de Recoleta, un 43,1% de los encuestados afirma que los/as trabajadores de salud fueron incluidos/as en el diseño e implementación del modelo “Salud en tu Barrio”, mientras que un 17,6% del total está en desacuerdo o muy en desacuerdo. Quienes evalúan más negativamente este aspecto son los/as trabajadores de 40 y más años y quienes trabajan a honorarios o a plazo fijo APS.

Gráfico 18: “El diseño e implementación del modelo ‘Salud en tu Barrio’ consideró la participación de los/as trabajadores de Salud”. Grado de acuerdo de trabajadores según Tipo de vínculo laboral



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Por otra parte, desde el discurso de directivos/as, se identifican errores técnicos en la preparación de la territorialidad por una falta de conocimiento situado de la población. Se identifica como una de las causas el no haber realizado estudios estadísticos que permitieran a los equipos de salud orientar su nuevo quehacer con arreglo a un perfil técnico previamente elaborado, por lo que debieron hacerlo “con lo que tenían a la mano”.

Se observa además que, a lo largo de la puesta en marcha de la territorialidad, prima el desconocimiento de los equipos de salud sobre las coberturas brindadas, en el sentido de que no se llevaron adelante registros exhaustivos sobre el desempeño territorial.

“Ese conocimiento, uno lo tiene que traspasar, y tiene que ser papel, porque “ah, no, yo atiendo a harta gente en el territorio tanto”, pero ¿cuánta población es? Dato, dato duro, físico, así como “dime, tú trabajas en esto, así que no sacas nada con atender a 3.500 habitantes, si tú no lo vas a saber, si tú no vas a manejar esa información”. Y por eso hubo muchos errores humanos, desde la implementación del territorio.”

(Dirección CESFAM Recoleta)

Esta falencia técnica identificada por una de las direcciones de los CESFAM de la comuna habría impactado fundamentalmente en desconocimiento de la salud de la población a cargo, pues el “dato duro” no habría logrado permear hacia el nivel gestor.

IV.2.3. Problemas asociados a condiciones materiales

A las dificultades sobre aspectos técnicos elementales se agregaron deficiencias en las condiciones materiales con que se realizaron las atenciones en modalidad extramuros, apreciándose dificultades respecto a su viabilidad financiera. Entre actores/as históricas, se apunta a que es un modelo caro de implementar y sostener, y que no alcanza a cubrir sus necesidades con el financiamiento per cápita captado a nivel comunal. Esta situación habría impactado decisivamente en la posibilidad de consolidar el funcionamiento del enfoque territorial. Además, no se considera que haya existido suficiente inversión en la habilitación de los puntos de atención, ni constancia en el cumplimiento del pago de cuentas de luz, agua y gas, comprometidas con algunas organizaciones vecinales a cambio del uso de las instalaciones.

En las comunidades reflexivas también se plantea que, en los inicios del modelo, existieron condiciones materiales limitadas de implementación, lo que recayó en trabas para la continuidad y permanencia de los equipos de salud.

“Acercar a la comunidad la salud, con equipos establecidos, y lo más importante es que eran equipos permanentes, en un momento no resultó porque no se podían mantener (...) entonces la finalidad de formar equipos y acercarse a la comunidad y tener un médico de cabecera y tener a todo el equipo, a veces no resultaba”.

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

Adicionalmente, debido a la dependencia que existe en el quehacer de salud con el uso de la ficha electrónica RAYEN, desde los inicios de la implementación se presentaron dificultades para el trabajo territorial. Específicamente, computadores e impresoras constituyen elementos operativos básicos que son escasos, no han podido ser actualizados o bien, son objeto de robos. Se añade a lo anterior la existencia limitada de conexión a internet en los puntos territoriales, cuestión que interrumpe o demora los procesos de atención y registro por dificultad de acceso a RAYEN.

La apreciación de directivos/as de salud respecto a la falta de recursos y de organización en el trabajo territorial, señala que aquello derivó en quitar del centro la relevancia de la persona usuaria, ya que el tiempo y energía de los equipos se orientó según las urgencias, necesidades y carencias operativas del modelo, viendo desplazada la perspectiva transformadora de las dinámicas de salud asociadas al vínculo con la comunidad.

“Las dificultades eran siempre asociadas al recurso, porque se sabía qué es lo que había que hacer, pero el recurso lo limitaba.”

(Dirección COSAM)

En relación al uso de las instalaciones vecinales, se ha configurado desde los inicios una relación tensa entre los vecinos/as y los equipos de salud, producto de que la comunidad realiza actividades propias que restringen la disponibilidad horaria del espacio para la atención y viceversa.

La visión de los/as trabajadores, planteada en las comunidades reflexivas, permite señalar tres problemas centrales: la limpieza, aseo y cuidado compartido de las sedes; tenencia exclusiva de llaves por parte de dirigentes/as; y la disponibilidad horaria de espacios por actividades comunitarias.

Por otra parte, también se destaca la generación de brechas entre los distintos locales de atención, donde se pueden encontrar marcadas diferencias en cuanto a infraestructura, preparación, adecuación y cobertura entre distintos puntos de atención territorial. Un ejemplo que destaca en ese sentido, es la experiencia en salud del Territorio N2, que ha llegado a ser una referencia exitosa de atención territorial²³. generándose una relación comunitaria de pertenencia y cercanía con la persona usuaria y su familia.

Las deficiencias de la territorialización comentadas hasta ahora, habrían dado lugar a la emergencia de resistencias entre los/as trabajadores/as, que vivieron bruscamente el paso del box al territorio y vieron comprometida su motivación.

“El origen de este programa, de esta forma de ver la salud, si uno la mira en el papel, en la teoría, es bueno, pero siempre hay cosas que mejorar en la práctica, en lo real, y en lo real de repente inhibe a veces el tener la motivación de ir a territorio”.

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

De las entrevistas a directivos/as se identificaron resistencias asociadas a la cultura biomédica de profesionales médicos/as, quienes “no querían salir” al territorio. Al respecto se destaca una crítica frente a dicha posición, donde el foco estaría puesto en generar mayores credenciales económicas y desarrollo profesional.

Por último, es importante observar las resistencias surgidas en la experiencia de la persona usuaria. En el discurso de directivos/as de salud, se plantea que la población se encontraba acostumbrada a ser atendida en el espacio del CESFAM, donde se cuenta con boxes clínicos debidamente implementados, con una oferta de prestaciones más completa y una relación de uso previamente constituida entre vecinos/as y Centro de Salud. Por esto, el cambio desde la atención intramuros hacia la territorial generó tensiones en la comprensión y expectativa usuaria sobre el nuevo formato de atención, que tendió a desarrollarse como la continuidad del formato biomédico del box y el CESFAM, pero en menores condiciones de realización.

²³ La experiencia del Territorio N2 correspondiente al CESFAM Juan Petrinovic destaca por haber implementado exitosamente un punto de atención en territorio al nivel de lo que podría ser un CECOF. Entre sus particularidades está haber recibido financiamiento para su implementación del Ministerio de Salud y haber firmado un convenio con la Universidad de Chile, con el que llega a transformarse en semillero para la formación de médicos/as de familia. Además, se identifica que el local físico donde se sitúa este punto de atención es de propiedad municipal, por lo cual existe exclusividad en el uso del espacio para la atención en salud.

IV.3. Evaluación del modelo de salud territorial

IV.3.1. Evaluación del trabajo territorial

El modelo de territorialización es valorado por los equipos de los centros, fundamentalmente porque acerca los servicios de salud a las personas usuarias, principalmente a personas mayores, grupo que cuenta con mayor requerimiento de atención y que presenta altas dificultades en el desplazamiento hacia los CESFAM.

Desde el CESFAM Cristo Vive, que no cuenta con estrategia de puntos territoriales, se valora dicho modelo, señalando que aporta principalmente a la descongestión de los centros de salud, una necesidad que sus trabajadores/as manifestaron en la jornada de comunidad reflexiva. Sin embargo, es importante recalcar que el objetivo central del modelo territorial no es descongestionar la atención de los CESFAM, ni asumir en reemplazo las atenciones que se realizan en los centros, sino más bien brindar atención biopsicosocial, que considere tanto la participación, promoción y prevención de la salud de las personas usuarias.

En cuanto a la relación entre los/as trabajadores/as de los puntos territoriales y las juntas vecinales, se evalúa críticamente, ya que existen comunidades que se sienten invadidas, lo que proyecta la necesidad de generar estrategias de diálogo permanente, además de potenciar la seguridad para trabajadores/as y personas usuarias en el territorio.

Un nudo crítico compartido entre las personas que participaron en las comunidades reflexivas tiene que ver con las dificultades asociadas a la limpieza y apertura de los puntos territoriales, ya que en muchos casos las llaves de las sedes las gestionan las mismas juntas de vecinos/a. En consecuencia, se comenta que suele practicarse el arriendo de los recintos para eventos sociales y familiares de la comunidad, que impiden mantener la limpieza e higiene adecuada para desarrollar atenciones de salud.

“Se arriendan las sedes para cumpleaños, y las arriendan desde las nueve de la noche del día sábado hasta las doce, pero los señores se quedan hasta las tres de la mañana y se fueron, y metieron bulla en todo el entorno y dejaron la sede sucia. Llegan mis compañeros a trabajar el lunes y eso está que no se puede entrar.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

Se pueden observar condiciones complejas en cuanto a la dignidad de la atención en salud brindada en puntos territoriales, en la medida que se detecta que las sedes vecinales no son espacios que brinden comodidad ni intimidad en la atención. También, se observa que en algunos puntos existen malas condiciones en cuanto a higiene de los espacios lo cual es crítico para la atención digna, bajo estándares de calidad en salud.

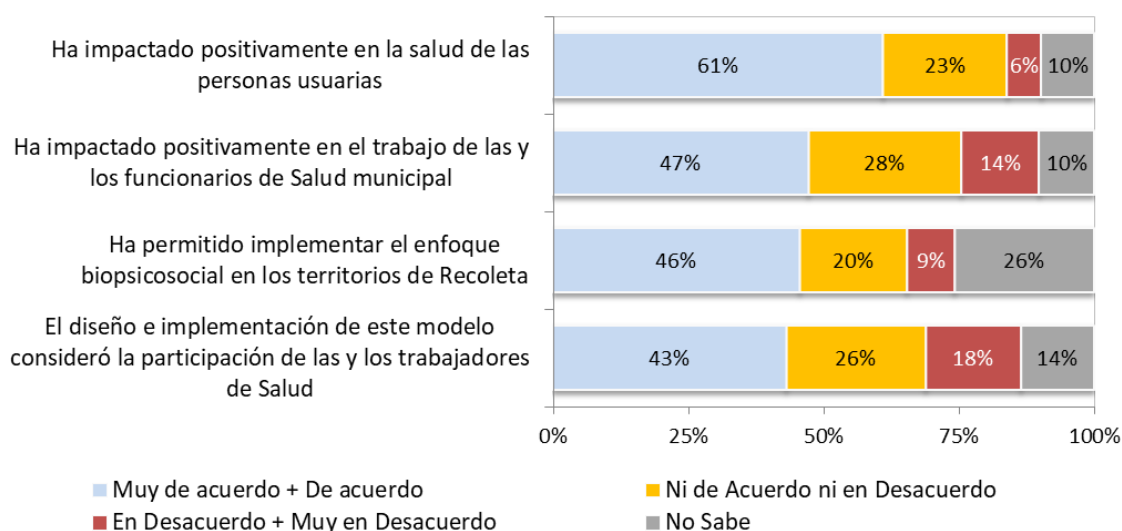
“No tengo privacidad, yo atiendo a mi paciente haciéndole todas sus preguntas personales y los que están esperando están a dos pasos detrás de él, y están escuchando todo, entonces si yo le pregunto por algo personal tengo que hablar más bajito, la mayoría no escucha porque son adultos mayores, entonces al final todo el mundo se entera de lo que está pasando con el paciente, y el único que tiene más intimidad es el doctor que está en un lugar aparte.”

(Integrante Comunidad Reflexiva, CESFAM Quinta Bella)

Al evaluar la integralidad de la atención en el trabajo territorial, los/as trabajadores/as de la salud identifican la fragmentación en la atención como una limitante estratégica, principalmente porque no existe una adecuada distribución de prestaciones entre el CESFAM y el punto territorial, haciendo transitar a la persona usuaria entre ambos para satisfacer su requerimiento de salud. Asimismo, todo lo que tiene que ver con lo materno infantil se ubica en el CESFAM, implicando que mujeres con dificultades de desplazamiento tengan que trasladarse distancias más largas.

Respecto a las implicancias de la iniciativa territorial, se presentan a continuación cuatro indicadores relacionados con el impacto y consideraciones que ha significado para la comunidad la instalación del modelo de "Salud en tu Barrio".

Gráfico 19: Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el modelo de "Salud en tu Barrio" de Recoleta (sectores o territorios)



Fuente: Encuesta percepción de trabajadores/as de la salud de Recoleta. N: 318

Al respecto se puede observar que para un 61% de las personas encuestadas el modelo ha impactado positivamente en la salud de las personas, mientras que sólo un 43% destaca que el diseño e implementación del modelo consideró la participación de trabajadores/as de la salud.

IV.3.2. Evaluación de Puntos de atención

Durante el año 2022, se han realizado nuevas sistematizaciones sobre la situación de los puntos territoriales de atención en salud de Recoleta. Es interesante visualizar la situación actual de estos locales, considerando que durante la crisis sanitaria provocada por el Covid-19, las atenciones de salud en los territorios tuvieron que suspenderse, con el fin de mantener protocolos de seguridad para trabajadores/as y vecinos/as.

De esta forma, se presentan a continuación cuatro tablas que muestran una síntesis de los principales resultados de la sistematización realizada por el DESAL durante junio de 2022, los que dan cuenta de aspectos evaluativos relevantes, como son las características del local de atención, la constitución de los equipos de salud y los tipos de atención que se brindan.

• **Puntos de atención dependientes al CESFAM RECOLETA**

Unidades vecinales	Territorio 2	Territorio 3	Territorio 4	Territorio 8	Territorio 7
	UV 17	UV 19	UV 18	UV 31	UV 35
Atenciones	Entrega de Medicamentos, Controles PSCV, PS, NTA	Entrega de Medicamentos	Entrega de Medicamentos	Entrega de Medicamentos, controles CV	Control SM
Características del punto territorial	- Los puntos territoriales cuentan con buenas condiciones para atender a vecinos y vecinas. Se pueden encontrar en ellos boxes de atención, servicios higiénicos para usuarios/as y trabajadores y espacios de atención grupal. - Todavía es necesario mejorar algunos componentes de la infraestructura de las sedes, como la accesibilidad universal, espacios para el personal de salud, el acceso a telefonía e internet, las condiciones de almacenamiento, la calefacción y los equipamientos de seguridad. - En general, el entorno de los puntos territoriales es caracterizado como seguro y tranquilo.				
Descripción del equipo territorial	- Territorio 2: médico (7,5hrs), psicólogo (6hrs) y nutrición (6hrs) - Territorio 8: médico (9hrs) - Territorio 7: psicóloga (4hrs) - Territorios 3 y 4: sin información				
Actividades realizadas	Actividades que se realizan en todos los puntos territoriales ✓ Vacunación Actividades que se realizan en algunos puntos territoriales ✓ Controles de salud ✓ Control de crónicos ✓ Consultas de salud mental ✓ Atención domiciliaria VDI ✓ PACAM ✓ Círculos comunitarios Actividades que no se realizan en ningún punto territorial ✗ Consultas de morbilidad ✗ Intervenciones grupales ✗ Intervención psicosocial ✗ Curaciones pie diabético ✗ Actividades de promoción ✗ Estudios de familiar ✗ Consejerías familiares ✗ Medicinas complementarias ✗ Huertos				

- **Puntos de atención dependientes al CESFAM QUINTA BELLA**

Unidades vecinales	Las Magnolias	Adela Martínez con San José	José Santos Ossa	Iglesia Nuestra Señora del Carmen
	UV 16	UV 5	UV 6	UV 15
Atenciones	PSCV-ECICEP-SM	Sin atenciones	PSCV-ECICEP-SM-dental	PSCV-ECICEP-SM
Características del punto territorial	• En general, hay buenas condiciones para realizar la atención a usuarios/as y usuarias en estos puntos territoriales, ya que cuentan con mobiliario y espacios disponibles para estos servicios. Las principales carencias están relacionadas con las condiciones de confortabilidad de las sedes vecinales (calefacción, luminosidad), la falta de espacios de almacenamiento y los problemas estructurales para asegurar accesibilidad universal. • En la mayoría de los centros se podría considerar que es necesario mejorar las condiciones de trabajo para funcionarios y funcionarias, ya que se puede ver que no hay señaléticas ni equipamientos de seguridad, así como tampoco espacios para alimentarse o servicios higiénicos exclusivos. • Finalmente, el entorno de los centros se considera poco seguro, con presencia de delincuencia y drogadicción en algunos de los casos.			
Descripción del equipo territorial	Los puntos territoriales cuentan con un equipo interdisciplinar que incluye: médico (10hrs), enfermero (10hrs), nutricionista (5hrs), psicóloga (5hrs) y TENS (25hrs).			
Actividades realizadas	Actividades que se realizan en todos los puntos territoriales ✓ Controles de salud ✓ Control de crónicos ✓ Intervenciones grupales ✓ Consultas de salud mental ✓ Actividades de promoción ✓ Estudios de familia Actividades que se realizan en algunos puntos territoriales ✓ Intervención psicosocial ✓ Atención domiciliaria VDI ✓ Vacunación ✓ Consejerías familiares ✓ Medicinas complementarias Actividades que no se realizan en ningún punto territorial ✗ Consultas de morbilidad ✗ Curaciones de pie diabético ✗ PACAM ✗ Círculos comunitarios ✗ Huertos			

• **Puntos de atención dependientes al CESFAM DR. JUAN PETRINOVIC**

Unidades vecinales	Centro Comunitario Elena Maya	Despierta Lo Aránguiz	Santa Sara	Territorios 1, 11, 8
	UV 2	UV 7	UV 10	UV 1, UV 11, UV 8.
Atenciones	PSCV-ECICEP-SM	Sin atenciones	PSCV-ECICEP-SM-dental	PSCV-ECICEP-SM
Características del punto territorial	- Los puntos territoriales se encuentran bien equipados para proporcionar una atención óptima a usuarios y usuarias, destacando un alto número de box de atención en algunos centros. Además, en general, cuentan con infraestructura adecuada para la espera de las atenciones y para la atención grupal. - Las principales carencias en términos de infraestructura y habilitación de los puntos territoriales tienen que ver con la falta de equipamientos de seguridad, condiciones óptimas de calefacción y almacenamiento, así como también, en algunos casos, se debe mejorar el acceso a internet y telefonía, la infraestructura adecuada para que funcionarios/as puedan alimentarse y la accesibilidad universal. - En general, se describe el entorno de los puntos territoriales como poco seguro.			
Descripción del equipo territorial	- Dos centros cuentan con equipos interdisciplinarios compuestos de médico (44hrs), enfermero (44hrs) y TENS (44 hrs). En el caso del Centro Comunitario de Salud Elena Maya, se suma a este equipo un cargo administrativo (44hrs), rol que también se desea incluir en el futuro en el punto Despierta Lo Aránguiz - En el caso del punto territorial Santa Sara, se encuentran trabajando en este lugar una odontóloga (4hrs) y TENS (4hrs).			
Actividades realizadas	Actividades que se realizan en algunos puntos territoriales ✓ Controles de salud ✓ Control de crónicos ✓ Actividades de promoción ✓ Estudios de familia ✓ Medicinas complementarias ✓ Huertos Actividades que no se realizan en ningún punto territorial ✗ Consultas de morbilidad ✗ Intervenciones grupales ✗ Consultas de salud mental ✗ Intervención psicosocial ✗ Atención domiciliaria VDI ✗ Curaciones e pie diabético ✗ Vacunación ✗ PACAM ✗ Consejería familiares ✗ Círculos comunitarios			

• **Puntos de atención dependientes al CESFAM PATRICIO HEVIA**

Unidades vecinales	Unidad Vecinal 27	Unidad Vecinal 29	CVD	Unidad Vecinal 28
	UV 27	UV 29 – UV 30	UV 26A – UV26B	UV 28
Atenciones	PSCV-ECICEP-SM	Sin atenciones	PSCV-ECICEP-SM-dental	PSCV-ECICEP-SM
Características del punto territorial	- En general, hay buenas condiciones para realizar la atención a usuarios y usuarias en estos puntos territoriales, ya que cuentan con mobiliario y espacios disponibles para estos servicios. Las principales carencias están relacionadas con las condiciones de confortabilidad de las sedes vecinales (calefacción, luminosidad), la falta de espacios de almacenamiento y los problemas estructurales para asegurar accesibilidad universal. - En la mayoría de los centros se podría considerar que es necesario mejorar las condiciones de trabajo para funcionarios y funcionarias, ya que se puede ver que no hay señaléticas ni equipamientos de seguridad, así como tampoco espacios para alimentarse o servicios higiénicos exclusivos. - Finalmente, el entorno de los centros se considera poco seguro, con presencia de delincuencia y drogadicción en algunos de los casos.			
Descripción del equipo territorial	Los puntos territoriales cuentan con un equipo interdisciplinar que incluye: médico (10hrs), enfermero (10hrs), nutricionista (5hrs), psicóloga (5hrs) y TENS (25hrs).			
Actividades realizadas	Actividades que se realizan en todos los puntos territoriales ✓ Controles de salud ✓ Control de crónicos ✓ Intervenciones grupales ✓ Consultas de salud mental ✓ Actividades de promoción ✓ Estudios de familia Actividades que se realizan en algunos puntos territoriales ✓ Intervención psicosocial ✓ Atención domiciliaria VDI ✓ Vacunación ✓ Consejerías familiares ✓ Medicinas complementarias Actividades que no se realizan en ningún punto territorial ✗ Consultas de morbilidad ✗ Curaciones de pie diabético ✗ PACAM ✗ Círculos comunitarios ✗ Huertos			

V. BALANCE ESTRATÉGICO DEL MODELO DE SALUD DE RECOLETA

Sobre la base de los resultados presentados en este informe, en este apartado se desarrollan una serie de conclusiones respecto del modelo general de salud de Recoleta, considerando el contexto actual de la Atención Primaria de Salud comunal y su desempeño en relación a la implementación del MAIS y el enfoque territorial. Además, se exponen los principales nudos críticos identificados durante el proceso de investigación, con el propósito de articular un mapa de problemas claro y resumido que, a su vez, se conecta con el plan de mejora propuesto en el capítulo final de este informe.

V.1. Conclusiones generales

- Entre la población comunal se identifica, la existencia de determinantes sociales que inciden en problemáticas en materia de salud, siendo los principales la migración, el envejecimiento y la discapacidad, junto a los altos índices de pobreza. Estas características retratan una situación de salud compleja y costosa de abordar para la APS de Recoleta.
- Existen condiciones jurídico- institucionales de rango nacional que constriñen el desarrollo del modelo de salud de Recoleta. Entre ellas se han reconocido:
 - Modelo de financiamiento nacional desigual e insuficiente para la Atención Primaria de Salud.
 - Modelo de evaluación ministerial orientado a cumplimiento de metas pre-diseñadas, poco pertinentes para el quehacer de salud en Recoleta y la realidad de su población.
 - Fragmentación del sistema nacional de salud y desarticulación entre los niveles hospitalario y APS.
- El escenario de la pandemia COVID-19 inauguró un periodo de alta tensión socio sanitaria, que generó gran sobrecarga y estrés tanto del sistema nacional como del nivel primario de salud. Uno de los impactos principales tiene que ver con la tensión clínica que implicó la discontinuidad en la actividad sanitaria de la APS comunal, interviniendo y dificultando procesos en curso asociados al trabajo en participación comunitaria, promoción en salud y vigilancia psicosocial en la atención.
- Entre los/as trabajadores/as de salud de Recoleta se constató un alto grado de conocimiento y puesta en práctica de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), componente principal del modelo de salud de Recoleta. Sin embargo, las condiciones antes expuestas hacen difícil profundizar en áreas prioritarias como la participación y la promoción.
- El enfoque territorial no ha logrado consolidarse a lo largo de los años de su implementación, presentando una variedad de problemas estratégicos, técnicos y operacionales. A pesar de lo anterior, entre los actores/as de salud de Recoleta se valora este enfoque como una propuesta que favorece a la población comunal, particularmente personas mayores o con enfermedades crónicas. Se plantea además la necesidad de reimplementar la iniciativa Salud en tu Barrio bajo nuevas y mejores condiciones de desarrollo.

V.2. Nudos Críticos de la Territorialización

Durante el primer semestre del año 2022, luego del período crítico de la pandemia COVID-19, se inicia el retorno al trabajo territorial en salud por medio de la reapertura de un grupo de puntos de atención territorial. Para que este nuevo ciclo permita la implementación efectiva de los principios de salud planteados en el enfoque Salud en tu Barrio, se requiere de una base material, logística y estratégica que permita su concreción en procesos institucionales armónicos y duraderos.

V.2.1. Aspectos críticos de la estrategia territorial

- En el discurso funcionario se identifica una continuidad lógica entre la integralidad de la atención y el acercamiento de los equipos de salud hacia la Comunidad. Sin embargo, existen problemas estratégicos para la realización efectiva de dichos principios en el quehacer cotidiano, cuestionándose la desarticulación entre las líneas operativas integradas en el Modelo general de Salud de Recoleta (atención intra y extramuros), respecto a los rendimientos de las atenciones y la adecuación de los espacios donde esta se brinda, cuestión que impacta en la experiencia oscilatoria de los equipos de salud, desplegada entre el CESFAM y los puntos de atención territorial.
- Es necesario plantear cuál ha sido el foco real de trabajo que ha articulado la territorialidad en sus años de implementación. Hasta el momento se ha reconocido que el trabajo territorial responde a un tipo de funcionamiento biomédico, con énfasis en lo asistencial y enfocado en reproducir la atención del CESFAM y del box en el territorio. Con el retorno de la atención en sede, luego del peak de la pandemia de COVID-19, se proyecta que el énfasis biomédico se refuerce al requerirse la descomprensión de los CESFAM, que sufren actualmente una tensión clínica debido a los efectos de arrastre del COVID (rebote de la demanda en casos de crónicos, diabetes, adultos/as mayores, atención psicológica, entre otros).

Es por ello que, ante el desafío de levantar nuevamente la territorialización, debe despejarse cuál es el método que permita cumplir con el ideal del trabajo comunitario como núcleo para el desarrollo del modelo de salud de Recoleta, e integrar una mirada biopsicosocial que dé preponderancia y foco en el trabajo de prevención, promoción y participación. En esta dirección, la búsqueda radica en generar un concepto común de territorio, que trascienda lo exclusivamente geográfico para interconectarse con la participación activa de la comunidad, así como los principios de la APS orientados a la prevención y promoción de la salud.

- Si bien es relevante evaluar el grado de responsabilidad imputable al cuerpo directivo del DESAL durante la fase de implementación inicial, al propiciar una instalación jerárquica y abrupta del modelo territorial, también resulta importante evaluar el componente de “resistencia al cambio” de los/as actores de la salud, al pasar de un formato de atención ya conocido a otro por construir, conectado principalmente a las trayectorias laborales y al tiempo de trabajo en la institución.

- Para evaluar las resistencias entre trabajadores/as de los equipos de atención en territorio, deben considerarse factores de carencia operativa del modelo como:
 - Deficiencias en la infraestructura de atención territorial.
 - Problemas de recursos e implementos básicos para el quehacer territorial en salud
 - Sensación de inseguridad que se vive en la atención en el territorio
 - Clima laboral que propicia la relación jerárquica con las orientaciones directivas y las relaciones paralelas con los vecinos/as en las sedes vecinales donde se presta atención.

Para conseguir la adhesión por parte de trabajadores/as y desarrollar un mayor compromiso con la persona usuaria, se requiere implementar procesos de sensibilización y concientización, desde una perspectiva institucional que vea a la persona funcionaria como una persona que debería ser cuidada laboralmente y formada en las estructuras de un modelo de salud el cual dirige sus procesos y actividades.

- Es posible identificar, en el marco del trabajo territorial, dificultades domésticas que generan una mala relación entre el equipo de salud en el territorio y la comunidad y que cobran impacto en el marco de la atención a la persona usuaria. Aquello se relaciona principalmente con la gestión de las llaves de la sede vecinal.
- Otra dificultad doméstica tiene que ver con la gestión de la basura en las sedes vecinales, ya que en algunas oportunidades no está definida la responsabilidad de sacar la basura del recinto cuando es oportuno, o bien no existe ninguna persona que pueda realizar esta labor en el horario en que los servicios de retiro de basura de la comuna pasan por los puntos territoriales, generando un espacio de mala habitabilidad. Relacionado con aquello, algunas sedes vecinales desarrollan fiestas o convivencias los fines de semana, implicando en ciertas oportunidades que el recinto se encuentre sucio al momento de comenzar la atención los días lunes. Asimismo, en algunos casos la Municipalidad no ha cumplido con el pago de las cuentas básicas de las sedes vecinales, lo que ha generado deudas o cortes de suministro, impactando el servicio que se puede brindar en los puntos territoriales.
- Por último, producto de la pandemia y de diversas problemáticas sucedidas entre los equipos de salud y las comunidades, muchos puntos territoriales han cambiado de sede, lo que ha implicado la generación de “puntos territoriales nómadas”, cuyas características dificultan enormemente la cercanía de los/as vecinos/as de dichos territorios, ya que desconocen cuáles son sus puntos asignados, generando que frecuentemente las personas usuarias se dirijan al CESFAM correspondiente, o bien dejen de realizar sus controles de salud.

V.2.2. Aspectos relevantes para la reimplementación

- Se constata un desconocimiento de las dinámicas y vínculos de los equipos en el territorio. Considerando que con la vuelta a la presencialidad se han implementado o acondicionado nuevamente algunos puntos territoriales, resulta relevante conocer cómo viven cotidianamente estos equipos (jornadas de trabajo, tareas, horas asignadas, clima laboral y vínculos establecidos con la comunidad).
- Si bien se destaca que la territorialización tuvo efectos positivos en el acceso a la atención de salud (principalmente de personas con enfermedades crónicas y adultos/as mayores), es necesario evaluar el impacto real del enfoque sobre el estado de salud de vecinos/as. En el contexto de reapertura del trabajo territorial, es necesario producir un conocimiento sistemático y situado de los territorios y sus comunidades.
- Se debe revisar el volumen de población asignada a los puntos de atención territorial. Las orientaciones técnicas establecen un máximo óptimo de 2.500 personas, pero en la práctica se ha sobrepasado con creces ese número. Esto está vinculado con una distribución asimétrica entre puntos de atención de un mismo CESFAM. Además, existen casos de vecinos/as mayores perjudicados/as por la asignación a un punto de atención, ya que mantenían mayor cercanía con el CESFAM.
- Se han elaborado diversos diagnósticos participativos en el ámbito de la salud. Sin embargo, es importante revisar sus metodologías, buscando avanzar desde una participación formal a una participación efectiva y sustantiva. Es pertinente utilizar herramientas de la educación popular, y avanzar a metodologías comunes para el trabajo de diagnósticos participativos.
- Hace falta indagar si este es un modelo financieramente sostenible y evaluar cuál es inversión estimada que permitiría la implementación adecuada de la iniciativa. Es relevante conocer la viabilidad de propuestas como médicos/as a domicilio y la instalación de 2 CECOF en la comuna, que pueden complementar el trabajo territorial. Al mismo tiempo, este tipo de estrategias permitirían descomprimir la carga asistencial de los puntos de atención territorial, generando espacio y tiempo para el desarrollo del foco psicosocial.
- Contar con un concepto más amplio de salud, que reconozca la existencia de diversas condiciones materiales y subjetivas del contexto que impactan en un buen vivir, se vincula estrechamente a la necesidad de intersectorializar el trabajo en la comuna. Los/as actores/as consultados/as se refirieron muy poco a la intersectorialidad, enfocándose principalmente en el rol de Salud como impulsor de las alianzas con otras reparticiones, lo que genera desgaste en dicho sector, ya que los esfuerzos no se reparten de manera equitativa. Se requieren protocolos claros de actuación para la intersectorialidad, con descripciones de procesos, encargados/as y tareas claramente establecidas.
- La figura del/la “referente de participación” es fundamental para las iniciativas intersectoriales. Muchas veces dicha labor queda concentrada en la capacidad aislada de los/as referentes, y no constituye una tarea colectiva. Es fundamental fortalecer y dotar de autonomía a estos/as actores/as, quienes son piezas clave para impulsar el trabajo intersectorial y territorial.
- Finalmente, se detectaron algunas iniciativas que impactan directamente en el trabajo territorial, en el marco de la promoción y prevención, y que podrían replicarse a lo largo de la comuna. Es el caso de huertos, círculos comunitarios y terapias complementarias y ancestrales, iniciativas que otorgan un sello al trabajo territorial de Recoleta y que sería importante fortalecer a través de políticas y acciones permanentes.

VI. PROYECCIONES PARA EL MODELO DE SALUD DE RECOLETA

Este capítulo hace referencia, en primer lugar, a las definiciones estratégicas del modelo territorial que fueron elaboradas de manera colectiva entre los/as directivos/as de los centros de salud y la dirección de salud de la Comuna de Recoleta. Además, en continuidad con dichos planteamientos, se expone el plan de mejoras diseñado para abordar las principales problemáticas y dificultades de la organización de salud comunal identificadas a lo largo de este estudio.

VI.1. Definiciones estratégicas

Durante noviembre de 2021 se realizaron dos jornadas de planificación estratégica, con participación de directivos/as del Departamento de Salud, Unidad Técnica y sus centros dependientes. Estas instancias, denominadas “Planificando Salud en tu Barrio”, permitieron consensuar una serie de definiciones estratégicas con miras al próximo período, las que se presentan a continuación.

VI.1.1. Ejes estratégicos

Uno de los temas de relevancia que se discutieron fue el concepto de “estilos de vida saludable”, sobre el cual se indicó que no incorpora las condiciones de vida de las personas ni sus limitantes en el marco de un escenario neoliberal. Asimismo, se constata un importante interés de parte de los/as directivos/as de los centros, por el hecho de adecuar las definiciones estratégicas a las características de vida de las personas usuarias, generando así una mirada colectiva situada de la comunidad.

Se propuso en cambio trabajar con la idea de “hábitos, prácticas o formas de vida saludables”, conectadas a las condiciones materiales y subjetivas de las personas usuarias. Esta conceptualización sustenta la definición de cuatro ejes estratégicos transversales:

1. *Participación activa en el territorio en materia de salud.*
2. *Formación y sensibilización valórica, epistemológica y técnica en el modelo territorial de salud.*
3. *Territorio como trabajo en red.*
4. *Buen vivir, hábitos y prácticas de vida saludables.*

VI.1.2. Desafíos estratégicos

Los desafíos estratégicos emanados de la actividad son los siguientes:

1. *Identificar las necesidades de salud de la población de Recoleta y conocer sus características por medio de diagnósticos participativos que permitan la co-construcción de conocimiento situado y de sus necesidades diferenciadas.*
2. *Sensibilizar y formar a los/as trabajadores/as y personas usuarias sobre el trabajo territorial, la integralidad, el trato humanizado y los principios y valores orientadores del gobierno local.*
3. *Trabajar en coordinación y comunicación por medio de redes y estrategias comunicacionales efectivas que permitan el establecimiento de herramientas de integración y educación entre las personas usuarias y el equipo de salud.*
4. *Promover factores protectores, hábitos y prácticas de vida saludable permanentes, adecuados a las condiciones de vida de vecinos y vecinas y trabajadores/as de la salud de Recoleta, a través de la promoción, prevención y educación en el territorio.*

VI.1.3. Objetivos estratégicos

Desafío 1: <i>Identificar las necesidades de la población de la comuna de Recoleta en lo relativo a salud, y conocer características de ésta, por medio de diagnósticos participativos que permitan la co-construcción de conocimiento situado y necesidades diferenciadas.</i>	▪ OE1: Desarrollar metodologías y herramientas de diagnóstico participativo para la comunidad por territorio, considerando las necesidades y características de la población. ▪ OE2: Capacitar y reforzar en el conocimiento de herramientas y metodologías de diagnóstico participativo para el equipo de salud, promoviendo el levantamiento de problemáticas y su priorización. ▪ OE3: Generación de un plan de trabajo participativo con información recopilada, contemplando procesos de socialización y evaluación, dirigidos hacia la comunidad e intersector.
Desafío 2: <i>Sensibilización y formación de los/as trabajadores/as en salud y de las personas usuarias, sobre el trabajo territorial, la integralidad, el trato humanizado y los principios y valores orientadores del gobierno local.</i>	▪ OE4 Desarrollar un plan de capacitación participativo acorde al modelo de salud de Recoleta, detectando brechas en los enfoques de DDHH, género y Derechos sexuales y reproductivos. ▪ OE5: Convocar a jornadas de reflexión y ejecutar un plan de capacitación participativo en torno a valores y principios de salud del modelo de la comuna de Recoleta.
Desafío 3: <i>Trabajar en coordinación y comunicación por medio de redes y estrategias comunicacionales efectivas que permitan el establecimiento de herramientas de integración y educación entre las personas usuarias y el equipo de salud.</i>	▪ OE6: Potenciar la comunicación efectiva con la comunidad para favorecer una vida saludable, estableciendo una agenda permanente con el intersector y con la comunidad. ▪ OE7: Constituir y organizar un equipo responsable para el trabajo de redes tecnológicas y comunicación efectiva.
Desafío 4: <i>Promover factores protectores, hábitos y prácticas de vida saludable permanentes y perdurables, adecuados a las condiciones de vida de vecinos y vecinas y trabajadores/as de la salud de la comuna de Recoleta, a través de la promoción, prevención y educación en el territorio.</i>	▪ OE8: Diseñar un calendario de actividades con el intersector, enfocado en prevención, promoción y participación utilizando todos los recursos y modalidades disponibles (virtuales, presenciales, etc.). ▪ OE9: Planificar jornadas de reflexión en una co- construcción de prácticas y significado en torno a las formas y prácticas de vida saludable de acuerdo con la realidad de la comunidad. ▪ OE10: Fortalecer la participación, promoción y prevención en establecimientos educacionales.

VI.2. Plan de Mejora

En este apartado se establece un plan de mejora que emana del proceso de evaluación y sistematización del modelo de Salud de Recoleta, conectado a las definiciones estratégicas ya mencionadas y las distintas dimensiones evaluativas utilizadas.

Este plan de mejora está integrado por 7 componentes:

1. Continuidad estratégica y mejoramiento organizacional crítico.
2. Educación y sensibilización a funcionarios/as y directivos/as en el marco de principios rectores del modelo de salud general y territorial de Recoleta.
3. Conocimiento situado de la comunidad en territorio y participación sustantiva.
4. Información y comunicación efectiva.
5. Promoción y conformación de estilos y hábitos de vida saludable y concepción de salud como derecho
6. Mejoramiento de condiciones de atención en espacios de salud.
7. Investigación y desarrollo (I+D) con impacto organizacional.

En adelante, se presentan detalladamente los componentes mencionados, con sus respectivos objetivos, dimensiones, temáticas y actividades propuestas:

1. CONTINUIDAD ESTRATÉGICA Y MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL CRÍTICO

Objetivo	Desarrollar un trabajo estratégico continuo que permita la interconexión entre la estrategia organizacional, el levantamiento e identificación de procesos del sector salud de Recoleta, redefinición crítica de procesos, conexión con herramientas tecnológicas y plan de capacitación de gestión de personas.
Actividades del ámbito estratégico	• Avanzar en la revisión, definición y actualización de las actividades concretas que contemplarán los objetivos estratégicos definidos tanto en la estrategia del sistema de salud general de la comuna como en la estrategia del modelo de salud territorial, las que pueden estar conectados con los planes de mejora presentados en esta sección del informe. • Dar a conocer, difundir y sensibilizar en las definiciones estratégicas del modelo de salud general y del modelo de salud territorial entre personas funcionarias y usuarias, en especial, entre dirigentes de los CDL y juntas vecinales. • Avanzar a que los centros de salud desarrollen sus propias definiciones estratégicas, alineadas con las del modelo general de salud y el modelo territorial.
Actividades relacionadas al ámbito de los procesos	• Realizar un levantamiento de procesos existentes, determinando los/as encargados/as de tareas, las tareas en sí, así como los plazos de ejecución de dichos procesos; incluyendo procesos de apoyo (gestión de personas, informática, comunicacionales, entre otros). • Planificar las iniciativas en procesos continuos y permanentes, no solo como acciones aisladas; considerando espacios de evaluación de impacto. • Rediseñar procesos críticos en función de las definiciones estratégicas, considerando una adecuación y/o capacitación de las personas funcionarias, no su reemplazo o despido. • Revisar procesos y tareas de las/os referentes de participación, con el objetivo de orientarlas principalmente al trabajo intersectorial • Revisar procesos y tareas de subdirector/es de los centros de salud, con el objetivo de alivianar las tareas, principalmente administrativas de directoras/es.
Actividades relacionadas a la tecnología	Revisar los soportes tecnológicos existentes (hardware y software), de tal modo que permitan sustentar los procesos redefinidos en el sector.
Actividades relacionadas con la gestión de personas y capacitación	Elaborar un plan de capacitación de personas funcionarias, a la luz del rediseño de procesos. Es necesario que exista una adecuación entre las personas funcionarias que sustentan los procesos y las actividades específicas que deben realizar.

2. EDUCACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN A FUNCIONARIOS/AS Y DIRECTIVOS/AS EN EL MARCO DE PRINCIPIOS RECTORES DEL MODELO DE SALUD GENERAL Y TERRITORIAL DE RECOLETA

Objetivo	Desarrollar una serie de acciones y actividades que permitan la educación y sensibilización de funcionarios/as, directivos/as y personas usuarias del Sistema de salud de Recoleta en el marco de los principios orientadores del Modelo de Salud dirigido por el MAIS y el Modelo de Salud en tu Barrio, así como temáticas consideradas prioritarias por los actores/as de salud.
Temáticas a abordar	• Enfoque de Derechos Humanos • Perspectiva de género con mirada interseccional • Derechos Sexuales y Reproductivos • Ética situada • Cuidados, autocuidado y salud mental • Principios orientadores del MAIS, APS y Modelo Territorial: Participación, integralidad, centro en persona usuaria, entre otros.
Foco individual	INDUCCIÓN Inducción para cada funcionario/a nuevo/a que ingrese a la institución (DESAL, CESFAMs, Puntos Territoriales o Servicios Populares): • Se trabajarán las temáticas señaladas anteriormente a nivel de principios y ejemplos sobre su aplicabilidad. • También se dará a conocer la estructura organizacional, así como los principales procesos de la organización, incluyendo encargados/as y tareas que desarrollan, entre otros elementos. • Entrega de un “Manual de Inducción y trabajo en el territorio” que contenga las definiciones estratégicas de la organización en general y del modelo Salud en tu Barrio, junto a la descripción y aplicabilidad de los principios orientadores del Modelo de Salud de Recoleta y la estructura organizacional con los procesos centrales. TRABAJO CON ACTORES/AS HISTÓRICOS/AS Se mantendrá la definición de actor/a histórico/a que le hemos dado en este estudio a funcionarios/as que llevan trabajando más de 8 años en la institución. Se propone un proceso de sensibilización y capacitación a estas personas, para que se transformen en agentes promotores de la territorialidad, facilitando los procesos y la instalación de principios de trabajo territorial en los distintos espacios del sistema de salud de Recoleta. Para aquello, se propone un trabajo individual, y colectivo²⁴ que permita producir y mantener una mística histórica de la organización.

²⁴ Cabe destacar que en el marco del estudio se avanzó en esta dirección al momento de desarrollar la instancia de Grupo de Memoria y Autobiografía laboral (GMAL).

Foco colectivo²⁵	Trabajo anual con equipos de salud	Cada año los equipos de trabajo de las unidades de los Centros de Salud y DESAL tendrán la oportunidad de desarrollar dos jornadas consistentes en comunidades reflexivas y mapeos colectivos orientados desde las temáticas anteriormente mencionadas. Aquello permitirá sensibilizar a los equipos en lograr poner en el centro a la persona usuaria, la relevancia de la participación sustantiva, el trato digno, las perspectivas de DDHH y DDSSRR y género, los cuidados, autocuidados, salud mental, entre otras materias relevantes que se orienten en función de las definiciones estratégicas de la organización.
	Trabajo semestral con equipo directivo	Semestralmente el equipo directivo de salud de la Comuna sostendrá dos jornadas de sensibilización, en las cuales, además de trabajar los principios orientadores que guían el proceso de trabajo del Sistema de Salud de la Comuna, podrán revisar las definiciones estratégicas, así como las actividades en curso para dar respuesta a los objetivos específicos organizacionales. También, para estas instancias se tomarán como insumos la producción de información de las comunidades reflexivas orientadas a funcionarios/as con el objetivo de que a nivel directivo se pueda realizar una revisión de las orientaciones y directrices que les están entregando a los equipos.
	Campaña de sensibilización sobre trabajo comunitario en centros de salud, puntos territoriales, servicios populares, entre otros/as	Se propone desarrollar anualmente, para la semana del día de la Atención Primaria en Salud (6 de septiembre) a nivel de todos los Centros de Salud de la Comuna, una exposición de fotografías y relatos de experiencias de trabajo comunitario en salud. También, esta iniciativa puede ir variando a lo largo de los años, incorporando otras temáticas relevantes para la sensibilización en principios del Modelo de Salud de Recoleta.
Metodologías propuestas	• Para efectos de la inducción se propone metodología de juego de roles. • Para el trabajo de sensibilización anual de los equipos de salud se proponen Comunidades Reflexivas y Mapeos Colectivos²⁶. • Para el trabajo con equipos directivos se proponen Jornadas de Seguimiento y Cumplimiento Estratégico y de Principios del Modelo de Salud de Recoleta. • Para efectos de la Campaña de Sensibilización se utilizará metodología de foto/relatos. • A lo largo de la evaluación, se plantea la importancia de trascender las metodologías academicistas y avanzar en metodologías participativas con énfasis en educación popular. En esta dirección también se valoran las reuniones clínicas, instancias reflexivas sobre el significado y belleza de salud y el desarrollo de pasantías. • Para efectos particulares del SAR se propone profundizar en capacitación anual en soporte vital avanzado.	

²⁵ Dentro de este mismo foco, y en el marco de la finalización de la etapa de terreno de este estudio, el 8 y 9 de septiembre de 2022 se realizó en la Corporación Cultural de Recoleta el Seminario “Salud territorial desde los gobiernos locales”, instancia donde se presentaron diversas organizaciones de la salud, organizaciones sociales, autoridades políticas y miembros internacionales en clases magistrales, talleres y paneles de debate. El evento contó con más 500 asistentes presenciales y más de 4 mil conectados vía *streaming*.

²⁶ En el marco de este proceso de Sistematización y Evaluación, se han desarrollado Comunidades Reflexivas y Mapeos Colectivos con equipos de los centros de salud, la que han sido muy bien recibidas por los/as funcionarios/as.

3. CONOCIMIENTO SITUADO DE LA COMUNIDAD EN TERRITORIO Y PARTICIPACIÓN SUSTANTIVA

Objetivo	Desarrollar una serie de acciones y actividades que permitan avanzar en el conocimiento situado de la comunidad de Recoleta en el territorio, así como la promoción de la participación sustantiva de los/as distintos/as actores/as que participan en el modelo de salud de la Comuna.
Metodologías de educación popular para diagnósticos participativos	En el marco del diseño de una Escuela Popular para funcionarios/as de salud de la Comuna, se está trabajando en una serie de cursos, en alianza con la Universidad Abierta de Recoleta, para fomentar y dar a conocer metodologías de diagnósticos participativos desde la perspectiva de la educación popular. Esta iniciativa es relevante, dado que en la actualidad se desarrollan diagnósticos que corresponden a iniciativas particulares más que articuladas entre los distintos equipos. De este modo, esta iniciativa permitirá homologar las metodologías de trabajo, así como también reflexionar en torno a la participación en términos sustantivos para efectos del vínculo con la comunidad de Recoleta en el territorio.
Diagnóstico y trabajo de fortalecimiento de redes y vínculos con la comunidad	En el marco de los diagnósticos que realiza el sector Salud resulta relevante realizar una producción de información, por medio de una sistematización, en torno a los vínculos comunitarios que sostienen los equipos de salud que se encuentran en el territorio. De este modo se propone trabajar principalmente el componente participativo con los CDL y las Juntas de vecinos/as, promoviendo una vinculación fuerte con funcionarios/as que permita colectivizar los derechos y responsabilidades en torno a la salud de las personas usuarias de la Comuna. También, se destaca la relevancia de que los equipos de salud trabajen intersectorialmente en mancomunidad con otras reparticiones municipales, con el objetivo de ampliar la mirada en cuanto a participación y trabajo en el territorio en la concepción de una amplia comprensión de la salud. Finalmente se sugiere trabajar enfocadamente con algunos equipos en particular. Por ejemplo, resulta relevante fortalecer y potenciar una relación dialogante y colaborativa con el CDL de Juan Petrinovic. Aquello resulta sustancial dado que, en el marco de las entrevistas a dirigentes/as pudimos observar que los/as actores/as de dicho espacio no se encontraban con disponibilidad de diálogo en el marco del estudio, lo que da cuenta de una relación que es importante mejorar y fortalecer.
Clima laboral de equipos de salud territorial	Encuesta de clima laboral, entrevista a autoridad y grupo focal con equipo de trabajo: Se proponen estas iniciativas para conocer un breve diagnóstico acerca del clima laboral de los equipos de salud en el territorio. De esta manera se propone desarrollar estas metodologías con los equipos que trabajan principalmente en los puntos territoriales con tal de conocer sus propias experiencias laborales en dichos contextos. También, para conocer cómo viven cotidianamente los equipos de salud, sería interesante observar la realidad en materia de vínculos y dinámicas de trabajo desarrolladas en el punto de atención territorial del Territorio N2, donde se pueden captar aristas a replicar para el trabajo de los otros territorios.

4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA	
Objetivo	Desarrollar un set de iniciativas que permitan el desarrollo de comunicación efectiva tanto al interior de la red de atención primaria de salud de Recoleta como fuera de la red que permitan a la persona usuaria tener conocimiento sobre el Sistema de Salud de su Comuna.
Establecimiento de Equipo de comunicación estratégica	Se propone conformar un equipo, a nivel del DESAL, que sea responsable del trabajo de redes tecnológicas y comunicación efectiva en el marco de toda la red de APS de la Comuna. Dicho equipo puede ser el actual equipo de Comunicaciones, con ciertas reorientaciones para su trabajo cotidiano. De este modo, algunas iniciativas que se proponen para el trabajo del equipo, tienen que ver con lo siguiente: • Promover la comunicación efectiva y bidireccional entre los equipos de salud de los centros y las comunidades. • Establecimiento de protocolos de comunicación al interior de los centros y entre los centros de salud, puntos territoriales y DESAL. • Promover la comunicación efectiva entre el sector salud y otros sectores a nivel de municipio.
Comunicación en la red de APS de la Comuna	Mejorar la comunicación y coordinación entre los CESFAM, el DESAL y referentes comunales. Para aquello resulta importante delinear el proceso comunicativo entre dichas instancias, para determinar acciones definidas y responsables que permitan la buena comunicación. Asimismo, resulta importante revisar los procesos de comunicación, actores y actividades en torno a los procesos comunicacionales entre centros de salud y la red hospitalaria.
Comunicación e información bidireccional con las personas usuarias	• Hacer una revisión completa de los sistemas de información y comunicación bidireccional de los CESFAM de la comuna. Se sugiere trabajar en señaléticas que permitan a las personas usuarias contar con información para no perderse al interior de los CESFAM. Se sugiere que dicha señalética tenga una misma línea de diseño, para generar pertenencia a los centros de salud de la comuna. • Trabajar con los televisores y equipos que se encuentran disponibles en las salas de espera, principalmente en la difusión de material promocional de salud que permita a las personas usuarias avanzar en hábitos y prácticas de vida saludables. • Resulta relevante la difusión y comunicación de las iniciativas populares de la comuna, tales como: Farmacia, Óptica, biblioteca, inmobiliaria, etc. • Debido a la alta concentración de población migrante en la comuna, contar con una persona traductora o intérprete de creole.
Trabajo intersectorial	• Para efectos de mejorar el trabajo intersectorial que se lleva en la comuna con foco en salud, es importante que se establezcan procesos, actores, responsables, herramientas y actividades claras, que permitan desarrollar un vínculo continuo entre el sector salud y los demás sectores. • La figura del/la referente/a de participación resulta fundamental dado que es importante que desarrolle acciones tendientes a mejorar el trabajo intersectorial de manera autónoma y en red con los/as distintos/as actores/as involucrados/as.

5. PROMOCIÓN Y CONFORMACIÓN DE PRÁCTICAS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y CONCEPCIÓN DE SALUD COMO DERECHO

Objetivo	Desarrollar una serie de estrategias y acciones que permitan instalar los conceptos de cuidado, autocuidado, salud mental, vida saludable y salud como derecho, entre la población de personas usuarias y funcionarias.
Estudio sobre salud mental en la Comuna	En el marco de la vinculación estratégica entre el Departamento de Salud y la Universidad Abierta de Recoleta, se propone el desarrollo de un estudio comunal de la salud mental en jóvenes. Para aquello es importante destacar que ya se han desarrollado reuniones de planificación y se encuentra avanzando un proceso de búsqueda de financiamiento para el desarrollo de esta iniciativa.
Campaña comunicacional sobre cuidados y autocuidado en el marco del mejoramiento de nuestra salud mental colectiva	Se sugiere llevar adelante un estudio cualitativo breve, para diagnosticar estrategias de cuidado y autocuidado favorables para las personas usuarias de la Comuna, respecto a las siguientes dimensiones: • Prácticas deportivas • Hábitos de alimentación • Conciliación trabajo remunerado y vida personal • Condiciones laborales • Condiciones de vivienda • Etc. Para aquello se trabajaría como insumo base, con el estudio comunal de dependencia elaborado por la Universidad Abierta de Recoleta y el Departamento de Salud. Teniendo como antecedentes ambos estudios se propone desarrollar una campaña comunicacional que se dirija a intervenir en: • Prácticas y hábitos de cuidado y autocuidado de personas recoletanas. • Práctica y hábitos individuales y colectivos para mantener una buena salud mental. • Comprensión de la salud como derecho social que se instala no sólo en el ámbito del acceso universal sino también en su comprensión biopsicosocial. Dicha campaña se puede desarrollar en diversos medios: • Pasquines y periódico comunal • Radio comunal • Afiches y trípticos para personas usuarias difundidos en Centros y Puntos Territoriales. • Distintos espacios de gran afluencia de vecinos/as, como ferias libres • Etc. Se sugiere desarrollar esta campaña en un lapsus de tiempo de dos semanas, conectándolo a otro tipo de iniciativas que permitan mejorar la calidad de vida de los/as vecinos/as de la Comuna. También, se propone llevar adelante una evaluación de impacto de la iniciativa para lograr conocer el alcance y cumplimiento de los objetivos trazados inicialmente.

6. MEJORAMIENTO DE CONDICIONES DE ATENCIÓN EN ESPACIOS DE SALUD

Objetivo	Desarrollar acciones concretas que permitan mejorar ciertas dimensiones que han sido mal evaluada por los/as distintos/as actores del Sistema de Salud de Recoleta, con el fin de mejorar los procesos de atención.	
Dimensiones	Subdimensiones	Acciones de mejora
Condiciones ambientales	Amplitud	- Llevar adelante las acciones para establecer dos CECOFs en la Comuna, con tal de descomprimir la alta demanda de los Centros de Salud, y para que aquello no se le exija a los Puntos Territoriales, cuyo objetivo debería estar centrado en una atención acotada y en el desarrollo del ámbito promocional y preventivo desde la mirada psicosocial. - Resolver el problema de espacio que tiene principalmente el CESFAM Recoleta, en el sentido de acondicionar nuevos sitios que permitan la espera y la atención digna en dicho lugar.
	Aseo y ornato	- Desarrollar acciones para generar un protocolo específico para la gestión de las basuras en los Puntos Territoriales. Para aquello se propone sostener una reunión intersectorial con DIMAO con tal de organizar el proceso de retiro de basura en dichos espacios. - Establecer acuerdos específicos entre las Juntas de vecinos/as, CDL y equipos de salud territorial, con el fin de garantizar que la atención en salud de los puntos territoriales no se vea afectada por las actividades que se desarrollan en las Sedes Vecinales, principalmente los fines de semana. - Evitar el acopio de material en espacios que se transforman con el tiempo en bodegas y que por lo general no están dedicados para aquello generando también condiciones ambientales que permiten la propagación de plagas y el aumento de basura.
	Estética	- Revisar la estética de cada uno de los CESFAMS y Puntos de Atención Territorial, intentando promover espacios acogedores, que permitan una apropiación y reconocimiento por parte de la comunidad usuaria. - Desarrollar actividades comunitarias de heroseamiento de la infraestructura, donde vecinos y vecinas, en conjunto con personas funcionarias, puedan participar en la elaboración de murales significativos para estos actores/as y para los mismos espacios.
	Ludoteca: recreación para la niñez con pertinencia territorial	Insistir en la implementación de espacios de recreación para la niñez en las salas de espera, a pesar de que ha existido robo de implementos en algunos centros de salud. Esto es importante, debido a que muchas personas asisten con infantes que permanecen por periodos prolongados en dichos lugares. Ambientar los espacios con un sentido de apropiación comunal que permita hacer frente a este tipo de robos. Implementar “ludotecas” que funcionen como espacios de préstamo e intercambio de juguetes y/o libros infantiles, que puedan ser devueltos una vez terminada la atención o bien, entregarse en préstamo a los hogares mientras se dejan otros juguetes o libros a cambio. A través de esta iniciativa se puede avanzar en generar un sentido de pertenencia de los Centros o Puntos por parte de las personas usuarias, al mismo tiempo, brindar un espacio de recreación para niños y niñas de la Comuna.
	Dispensadores de agua	Disponer bidones de agua en las salas de espera para hidratar a las personas usuarias que esperan, principalmente dirigido a personas mayores y mujeres en período de lactancia.

Gestión administrativa	Horarios de atención y sistema de agendamiento de horas de atención	Replicar en otros centros la iniciativa del CDL del CESFAM Quinta Bella en relación a la participación e incidencia de la comunidad en la mejora de los procesos de agendamiento de horas, lo que termina repercutiendo positivamente en responsabilidades compartidas en el ámbito del mejoramiento del Sistema de Salud de la Comuna.
Gestión de la Calidad	Protocolos claros, coherentes y de calidad	Implementar procesos claramente establecidos, con personas responsables de las tareas, cuyo rol sea conocido entre los/as funcionarios/as de los centros. Muchas veces existe desconocimiento por parte de funcionarios/as respecto de los procesos que se llevan a cabo al interior de los centros de salud, recayendo en que la información hacia la persona usuaria no sea eficiente ni efectiva. En esta dirección, en el marco del Plan de mejora de los procesos de sensibilización se ha establecido la posibilidad de contar con esta información al momento del desarrollo de la inducción de las personas funcionarias.
	Coherencia entre prestaciones, número de especialistas, horas asignadas, horarios y componente psicosocial en torno a la prevención y promoción	• Revisar si aquellas prestaciones se dirigen, por ejemplo, focalizadamente a personas con dificultades de movilidad reducida (adultos/as mayores/as, personas embarazadas o con niños/as a cargo, o personas en situación de discapacidad). • Cuestionarse acerca del componente de participación, principalmente orientado a la promoción y a la prevención en el marco del foco psicosocial de la APS en el territorio. • Contar con un modelo que contemple estos dos aspectos, por una parte, la focalización de atención a personas con movilidad reducida y por otra, el foco en la dimensión psicosocial. • Revisar el número de especialistas según las prestaciones del territorio, así como las horas y los horarios asignados para llevar adelante el modelo de territorialización que se ha plasmado en el marco de las definiciones estratégicas de “Planificando Salud en tu Barrio”.
Trato	Amabilidad y empatía: “mirar a los ojos”	• Fomentar un trato horizontal, sin infantilizaciones por parte de funcionarios/as hacia las personas usuarias, en especial personas mayores. • Fomentar la empatía, ponerse en lugar del otro/a para su reconocimiento como un/a otro/a legítimo/a. • Fomentar en las personas funcionarias el cumplimiento de protocolos en cuanto al respeto de la autonomía, las decisiones personales y familiares de las personas usuarias, evitando el paternalismo y el trato jerárquico que ubica en una posición de subordinación a la persona usuaria, principalmente en relación a los/as médicos/as. • Contar con procesos de sensibilización para el buen trato donde se trabaje con una perspectiva de género interseccional.
	Respeto a la autonomía de la persona usuaria	

7. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D) CON IMPACTO ORGANIZACIONAL

Objetivo	Generar óptimas condiciones organizacionales para que se desarrollen iniciativas de investigación y desarrollo en el marco de alianzas estratégicas entre la Universidad Abierta de Recoleta y el Departamento de Salud de la Municipalidad.
Condiciones para el desarrollo de I+D en Salud de la Comuna	Equipo de I+D permanente, en alianza entre el DESAL y la UAR, que permita no solo la ejecución de estudios en el ámbito de salud, sino también la propuesta de diversidad de iniciativas de investigación que permitan el mejoramiento del sector. Se sugiere que el equipo permanente de I+D no solo tenga formación en el área de salud sino que aquello se complemente con metodologías cualitativas, cuantitativas y participativas.
	Entre las condiciones que posibilitarían el establecimiento de I+D en el área de salud comunal, se encuentran: • Participación y compromiso de autoridades tanto de la UAR como de las reparticiones municipales, intencionando la sensibilización en torno al proceso de investigación. • Alineación de funcionarios/as con altas autoridades y/o intermedias institucionales en el marco de los procesos de investigación. • Revisión con comité social y académico u otras instancias, para el diseño de los instrumentos de investigación. • Disponibilidad de horas y cargo de investigador/a UAR en trabajo de coordinación de terreno. • Elaboración de protocolos claros y con especificaciones metodológicas. Evitar los cambios de protocolos con el compromiso permanente de procesos continuos. • En caso de estudios cuantitativos, equipo de encuestaje continuo y constante, con horas liberadas para dicha labor o bien con remuneración específica (en caso de equipos externos a la Municipalidad). • En caso de estudios cuantitativos, capacitación (antes o durante) en base a instructivos detallados sobre los objetivos y dinámicas del encuestaje.

VIII. Notas bibliográficas

- i Proyección en base a Censo año 2017, Chile.
- ii <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/repordpdf.html?anno=2021&idcom=13127>
- iii Encuesta CASEN 2017. MIDESO. Chile.
- iv Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2017, Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
- v PLAN DE SALUD 2022. Recoleta.
- vi INE. Censo 2017.
- vii INE. Censo 2017.
- viii INE. Censo 2017.
- ix SENADIS. ENDISC 2015.
- x INE-DEM (2021). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Distribución regional y comunal.
- xi Plan de salud 2022 departamento de salud municipalidad de Recoleta. Diciembre 2021.
- xii Programa Gobierno Local de la Municipalidad de Recoleta (2012)
- xiii Plan de Salud 2022 Comuna de Recoleta.
- xiv García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e160.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- xv Subsecretaría de salud de redes asistenciales División de la Red Asistencial (2005) Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Modelo Cuadernos Modelo de Atención nº1.
- xvi Molina C (2007). *Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989. Tesis para optar al grado de Magíster en Historia con mención en Historia de Chile*. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y humanidades, Pp. 169
https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/108965/molina_c.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- xvii Montero, Tellez y Herrera (2010). *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud: algunos aspectos críticos*. Centro de Políticas Públicas UC. Temas de la agenda pública nº38
- xviii G. Bozzo (1999). Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile. *Medicina Familiar*. Vol.1, Núm 1, Pp. 23-25
- xix Ministerio de Salud - MINSAL (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud*.
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- xx Subsecretaría de salud de redes asistenciales División de la Red Asistencial (2005) Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Modelo Cuadernos Modelo de Atención nº1.
- xxi MINSAL 200510
- xxii Ministerio de Salud - MINSAL (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud*.
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- xxiii Engel G (1980) The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The american journal of psychiatry*. Vol. 137, Núm 5, Pp. 535- 544
- xxiv <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>.
- xxv Gonzalez N. (2016). *Determinantes sociales y bienestar subjetivo: Factores explicativos de la autopercepción en salud en Chile*. Memoria para optar al título de Socióloga, Universidad de Chile (p. 21)
- xxvi Disponible en <https://www.uar.cl/investigacion/investigaciones/primer-estudio-comunal-de-discapacidad-de-recoleta/>
- xxvii Disponible en <https://www.uar.cl/investigacion/investigaciones/primer-estudio-comunal-de-cuidados-y-dependencia-severa-en-recoleta/>
- xxviii MINSAL (2008). En el camino a Centro de Salud Familiar. Ministerio de Salud
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- xxix MINSAL (2008). En el camino a Centro de Salud Familiar. Ministerio de Salud (p.54)

-
- ^{xxx} MINSAP (2011). *Programa del médico y enfermera de la familia*. Ministerio de salud pública de Cuba
- ^{xxxi} MINSAP (2011). *Programa del médico y enfermera de la familia*. Ministerio de salud pública de Cuba
- ^{xxxii} Herrera Alcázar, Violeta Regla, Presno Labrador, María Clarivel, Torres Esperón, Julia Maricela, Fernández Díaz, Ivonne E, Martínez Delgado, Daisy Amparo, & Machado Lubián, María del Carmen. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 364-374. Recuperado en 22 de julio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es&tlng=es.
- ^{xxxiii} MINSAP (2011). *Programa del médico y enfermera de la familia*. Ministerio de salud pública de Cuba.
- ^{xxxiv} Herrera Alcázar, Violeta Regla, Presno Labrador, María Clarivel, Torres Esperón, Julia Maricela, Fernández Díaz, Ivonne E, Martínez Delgado, Daisy Amparo, & Machado Lubián, María del Carmen. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 364-374. Recuperado en 22 de julio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es&tlng=es.
- ^{xxxv} DESAL. (2015). *Manual de orientaciones para la implementación del trabajo territorial*. Municipalidad de Recoleta (p. 3).
- ^{xxxvi} DESAL (2014), *Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014*. Municipalidad de Recoleta (p.8)
- ^{xxxvii} DESAL (2014), *Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014*. Municipalidad de Recoleta (p.8)
- ^{xxxviii} DESAL (2014), *Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014*. Municipalidad de Recoleta (p.33)
- ^{xxxix} DESAL (2014), *Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014*. Municipalidad de Recoleta (p.31)
- ^{xl} DESAL (2014), *Sistematización desarrollo Modelo de atención territorial 2014*. Municipalidad de Recoleta (p.31)