



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

**“PERCEPCIONES DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE
TRABAJO SOCIAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN
EL MARCO DE LOS 40 AÑOS DE LA DECLARACION
INTERNACIONAL ALMA - ATA DE 1978”**

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO DE
TRABAJADOR SOCIAL**

ESTUDIANTES

CAMILA GONZÁLEZ CORNEJO
ROMINA PULGAR AVENDAÑO
CECILIA ROJAS TAPIA

PROFESORA GUÍA

KETTY CAZORLA BECERRA

Agradecimientos

Antes de comenzar con los agradecimientos, creo necesario considerar un bello cuento japonés que habla del bambú y que a mi parecer ilustra y describe impecablemente mis sentimientos respecto a mi recorrido universitario y la constancia y dedicación que con cariño he depositado en este viaje para convertirme en una profesional.

La historia nos recalca que no hay que ser agricultor para saber que una buena cosecha requiere de buena semilla, excelente abono y riego constante, además de paciencia por parte de quien la siembra, y en este sentido, existe algo muy curioso que sucede con el bambú japonés y que lo transforma en una planta no apta para impacientes, ya que, cuando se siembra la semilla y aun teniendo los cuidados y constancia correspondiente, durante los primeros meses y años no sucede nada apreciable, a tal punto que un cultivador inexperto estaría convencido de haber comprado semillas estériles. La semilla de bambú se toma siete años para germinar y crecer, pero tan solo seis semanas para desarrollarse creciendo hasta más de treinta metros, es decir, durante los primeros siete años de aparente inactividad, este bambú genera un complejo sistema de raíces que le permiten sostener el crecimiento que vendrá después.

En la vida cotidiana, muchas personas tratan de encontrar soluciones rápidas, triunfos apresurados sin entender que el éxito es simplemente resultado del crecimiento interno y que éste requiere tiempo. Solo llegan al éxito aquellos que luchan de forma perseverante y saben esperar el momento adecuado, y es necesario entender también que en muchas ocasiones estaremos frente a situaciones en las que creemos que nada está sucediendo, pero en esos momentos debemos recordar el ciclo de maduración del bambú japonés, ya que, si una cosa es cierta, algo está sucediendo dentro de nosotros: Estamos creciendo.

El triunfo no es más que un proceso que lleva tiempo y dedicación, aprendizaje, que exige cambios, acción y formidables dotes de paciencia.

De acuerdo a lo anterior, quiero agradecer a mi familia por la confianza y apoyo incondicional, por creer en mi vocación y acompañarme durante este largo camino lleno de aprendizajes.

A Renatita, mi compañera peluda de cuatro patas que compartió conmigo los días largos y se mantuvo a mi lado durante las noches en vela que con esfuerzo le dediqué a la Universidad.

Y a mis profesores, en especial a la profesora Ketty Cazorla por creer en esta pequeña semillita de bambú y quien además de guiar mis Prácticas Profesionales y Proyecto de Título me ayudó a crecer tanto de forma personal como profesional.

Con cariño,
Romina.

Agradecimientos

A la tierra que me vio nacer **Mincha Norte**, IV región Chile

A mis padres **Leoncio** y **Nuris** que migraron en 1998 a la V región buscando nuevas oportunidades para ellos y sus retoñas, y que en la actualidad se traducen en este documento simbólico, que refleja todos los valores, la disciplina, el **amor** y el deseo de formar mujeres independientes y profesionales.

A mi hermana **Andrea** por ser mi principal referente, con su ejemplo trazo mi camino para que el día de hoy me convierta en la persona que soy.

A los y las que contribuyeron en todo este proceso de transformación y profesionalización de pregrado: compañeros y compañeras, usuarios y usuarias, docentes, amigas y amigos... por los que están y por los que estuvieron, agradezco a cada uno por aportar en este camino.

“Fui a los bosques porque quería vivir deliberadamente; enfrentar solo los hechos de la vida y ver si podía aprender lo que ella me tenía que enseñar. Quise vivir profundamente y desechar todo aquello que no fuera vida, para no darme cuenta, en el momento de morir, de que no había vivido”

Thoreau

¡Gracias a todes!

Cecilia.

Agradecimientos

A mis padres **Eliana y José:**

He escuchado por ahí que uno es el fiel reflejo de sus padres, y es exactamente como siempre he querido ser, gracias por ser los impulsores de mis sueños, por entregarme sus valores y principios, por creer en mis capacidades, expectativas y locuras desde que era una niña, por no dejarme caer en los momentos difíciles y por apostar su vida a cuidar la mía, gracias por su amor, trabajo y sacrificio para que la última de sus retoñas sea una profesional, gracias infinitas por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y dedicación. Todo lo que soy es por ustedes y todo lo que seré es para ustedes. ¡Misión Cumplida!

A mis **Profesoras:**

Un profundo y sincero agradecimiento a las Docentes Ketty Cazorla Becerra y Patricia Castañeda Meneses por la confianza que nos brindaron al haber hecho posible la realización de este proyecto.

A cada una de las personas que durante mi vida aportaron a mi crecimiento personal y profesional, gracias por su amor, empatía y respeto.

*A **Diego Ignacio**, este proyecto se realizó un día a la vez.*

Camila

INDICE

CAPÍTULO I CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA.....	10
1. Contexto de la Política Pública de Atención Primaria de Salud	11
Desarrollo histórico del sistema de salud en Chile.....	11
2. Contexto Territorial de la Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso	24
División Político-Administrativa de la Región de Valparaíso	25
Estructura de la población	28
Antecedentes Socioeconómicos	30
Institucionalidad de la Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso.....	34
3. Contexto Socio sanitario de la Atención Primaria de Salud en la región de Valparaíso	45
Natalidad.....	45
Fecundidad.....	46
Mortalidad	48
Morbilidad	51
Esperanza de vida.....	52
Cobertura Previsional de Salud.....	52
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	54
Eje 1: Atención Primaria de Salud – Conferencia internacional Alma Ata y sus Principios.....	55
UNIVERSALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	56
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	60
INTERSECTORIALIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD	67
Eje 2 Atención Primaria de Salud y Trabajo Social.....	73
Niveles de Intervención Social	73
Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud	75
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	87
Diseño de Investigación.....	88
Fundamentación de la Temática de Investigación	88
Fundamentación Metodológica	89
Enfoque Metodológico	90
Sistema de Objetivos.....	91
Delimitación de la Investigación Cualitativa.....	92
Técnicas con fines de Investigación Cualitativa	94
Plan de Análisis	95
Consideraciones éticas.....	97

Capítulo IV Resultados y Análisis	101
1. Análisis Objetivo Especifico N° 1	102
Principio de Universalidad	102
Principio de Participación Ciudadana	111
Principio de Intersectorialidad	116
2. Análisis Objetivo Específico 2.....	122
Desempeño Colaborativo de las y los Trabajadores Sociales en equipos Interdisciplinarios.....	122
Principio de Universalidad	123
Principio de Participación Ciudadana	129
Principio de Intersectorialidad.....	133
3. Análisis Integrado desde las categorías Desempeño distintivo y desempeño en equipos interdisciplinarios de las y los trabajadores sociales en atención primaria de salud.....	137
Acceso Integral.....	141
Capítulo V Conclusiones y Reflexiones	145
Conclusiones metodológicas	146
Conclusiones temáticas.....	147
Conclusiones profesionales.....	149
Lineamientos de propuestas de investigación	149
Bibliografía	152

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla N°1: Población Región de Valparaíso.	21
Tabla N°2: Provincia Isla de Pascua.	22
Tabla N°3: Provincia de Los Andes.	22
Tabla N°4: Provincia de Petorca.	23
Tabla N°5: Provincia Marga Marga.	23
Tabla N°6: Provincia San Antonio.	23
Tabla N°7: Provincia San Felipe.	24
Tabla N°8: Provincia Quillota.	24
Tabla N°9: Provincia de Valparaíso.	24
Tabla N°10: Distribución de la población por grupos de edad.	25
Tabla N°11: Distribución de la población por sexo.	25
Tabla N°12: Población según religión declarada.	25
Tabla N°13: Población según etnia declarada.	26
Tabla N°14: Nacidos vivos totales según región.	42
Tabla N°15: Tasa de mortalidad.	47
Tabla N°16: Esperanza de vida en la Región de Valparaíso.	49
Tabla N°17: Distribución de la población según afiliación al sistema previsional de salud.	50
Tabla N°18: Técnicas a utilizar por objetivos.	92
Tabla N°19: Criterios de Rigor.	97
Tabla N°20: Principio de universalidad Fragmentos de análisis objetivo 1.	99
Tabla N°21: Principio de participación ciudadana Fragmentos de análisis objetivo 1.	108
Tabla N°22: Principio de intersectorialidad Fragmentos de análisis objetivo 1.	113
Tabla N°23: Principio de universalidad Fragmentos de análisis objetivo 2.	120

	Pág.
Tabla N°24: Principio de participación ciudadana Fragmentos de análisis objetivo 2.	126
Tabla N°25: Principio de intersectorialidad Fragmentos de análisis objetivo 2.	130
Tabla N°26: Desempeño Trabajo Social en Atención Primaria de Salud al tenor del principio de Universalidad.	135
Tabla N°27: Desempeño Trabajo Social en Atención Primaria de Salud al tenor del principio de participación ciudadana.	136
Tabla N°28: Desempeño Trabajo Social en Atención Primaria de Salud al tenor del principio de intersectorialidad.	137

Pág.

Índice de Imágenes

Imagen 1: Modelo de atención integral de salud familiar Y comunitario.	17
Imagen 2: Ley de derechos y deberes del paciente.	19
Imagen 3: Delimitación comunas Región de Valparaíso.	21
Imagen 4: Número de personas y porcentaje de población en CENSO según área urbano – rural.	26
Imagen 5: Población de migrantes a nivel nacional.	27
Imagen 6: Nivel Educacional Región de Valparaíso.	28
Imagen 7: Servicios de salud en Chile.	31
Imagen 8: Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.	32
Imagen 9: Servicio de Salud Viña del mar Quillota.	35
Imagen 10: Servicio de Salud Aconcagua.	39
Imagen 11: Tasa bruta de mortalidad.	45
Imagen 12: Mortalidad por causas Región de Valparaíso.	47
Imagen 13: Esperanza de vida por quinquenios.	49
Imagen 14: Etapas del proceso de participación.	61
Imagen 15: Modelo de producción de inequidades en salud.	67

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1: Delimitación de la investigación cualitativa	89
Figura 2: Salud como derecho	101
Figura 3: Desempeño distintivo Trabajo Social principio intersectorialidad	114
Figura 4: Trabajador Social como gestor de redes	116
Figura 5: Aporte identitario de Trabajo Social a la intersectorialidad	118
Figura 6: Objetivo de la profesión para el acceso a la salud de la población indígena	124

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1: Promedio de hijos por mujer según edad a nivel nacional	43
Gráfico 2: Tasa de fecundidad por región	44

CAPÍTULO I CONTEXTOS DE LA EXPERIENCIA

1. Contexto de la Política Pública de Atención Primaria de Salud

El presente contexto tiene como propósito dar a conocer los principales antecedentes históricos de la Salud Pública en Chile, especialmente en lo referido a la Atención Primaria de Salud y su evolución en cuanto a políticas públicas y las gestiones de cada Gobierno para mejorar el estado del Sistema de Salud en el país.

Desarrollo histórico del sistema de salud en Chile

El desarrollo del sistema de salud en Chile data desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI); desde entonces, se ha expandido y consolidado paulatinamente, hasta llegar a configurar una compleja estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial.

Período de servicios locales de salud (1552 a 1917)

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema. (Escuela de Salud Pública, 2018)

Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud. (Escuela de Salud Pública, 2018)

Entre los hitos del período destacan:

- ✓ En 1917 se realizó el **congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales**, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.
- ✓ En 1918 se publica el primer **Código Sanitario** donde aparece la figura de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas. Establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.
- ✓ En 1924 se creó el **Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054)**; esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.
- ✓ En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

Servicio Nacional de Salud (1952)

El 3 de agosto de 1952 en medio de un debate acerca del rol del Estado en la salud pública de Chile se promulgó el **Decreto Ley N° 10.833** que daba origen al **Servicio Nacional de Salud**. Mediante esta ley, se lograba encauzar la acción del Estado frente al derecho a la salud, permitiendo la integración de organizaciones que actuaban de diversa manera tanto en los ámbitos de la protección como en el fomento y la recuperación de la salud.

El Servicio Nacional de Salud, como proyecto legislativo de la década de los 40 y en medio de tensiones entre los bloques políticos predominantes de la época que ralentizaron su promulgación (conflicto entre el Frente Popular y los partidos conservadores) fue propuesto bajo un conjunto de artículos, los que se plantearon desde la concepción de la medicina social como fundamento originario y bajo la figura de una Reforma Sanitaria y Previsional. En la formulación del proyecto y la mirada ideológica de la salud convergieron los pensamientos formativos de la Escuela de Salud Pública, del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico y de los aprendizajes a partir de las experiencias de trabajo en comunidades geográficas y sanitarias delimitadas.

El Servicio agrupo mediante el imperio de la ley a entidades prestadoras de salud como: el SNS, la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio Nacional de Beneficencia y Asistencia Social, el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia y, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección del Trabajo, el Instituto Bacteriológico y los Servicios Médico Sanitarios de las municipalidades, entidades que lograban cubrir la atención de salud en el país tanto en lo curativo como en lo preventivo y que tuvo su correlato en la mejora de los indicadores de salud en el país. (Armijo Baeza, 2017, págs. 18, 19)

Hacia 1970 el SNS era el pilar básico de la salud en Chile pues tenía un 100% de cobertura de la población en cuanto a lo preventivo, fomento y protección que cubría alrededor del 80% en lo que se refiere a recuperación de la salud.

Salud Pública en Chile Periodo 1973 – 1990

Atención Primaria de Salud - Alma Ata 1978

La Conferencia Internacional Alma – Ata realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud **internacional** más importante de la década de los setenta, patrocinada por la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) y el **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia** (UNICEF), y contó con la presencia de 134 países, entre ellos **Chile**, 67 organismos internacionales, y un gran número de organizaciones no gubernamentales. Fue un hito histórico para los equipos de salud a nivel mundial y hasta el día de hoy tiene repercusiones en los sistemas de salud (OMS, 1978).

Los acuerdos tomados en la Conferencia marcan el inicio de una **nueva forma de comprender la salud a nivel mundial**. En ella, se concibe indispensable la promoción y protección de la salud de las comunidades para lograr un desarrollo económico y social sostenido, pues ambas acciones contribuyen a mejorar la calidad de la vida de las personas. En esta instancia, se plantea como **objetivo** que **para el año 2000, todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva**. Sumado a lo anterior, se valida como estrategia la implementación de la **Atención Primaria**, para lograr mejoras en el nivel de salud de los pueblos y se incita a las naciones a aplicarla.

Atención Primaria de Salud – Gobierno Militar 1979

En el año 1979 bajo el Gobierno Militar de Augusto Pinochet Ugarte se creó una reforma radical del sistema de salud que fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago y el Banco Mundial.

La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfocaba en un rol subsidiario. Al igual que en otros sectores, lo que llevó a una reducción de financiamiento y personal del sistema público de salud, además de la modificación de la estructura del sector de salud al terminar con el **Servicio Nacional de Salud**, creado en la década del 50.

A través del **Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979** se fundaron 24 Servicios de Salud encargados de la administración territorial, de los hospitales traspasados a la administración municipal y de la supervisión técnica a nivel de atención primaria. Además de redefinir las funciones del Ministerio de Salud, enfatizando su carácter normativo y de fiscalización, también transformó el antiguo Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Este nuevo organismo pasó a recibir todos los recursos de la seguridad social destinados a salud (inicialmente un 3% de los sueldos; un 7% en la actualidad) y el aporte fiscal. (Infante & Paraje, 2010, págs. 2, 3)

Los Servicios de Salud fueron creados como organismos estatales funcionalmente descentralizados dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios están establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente. En lo que se refiere a su funcionamiento, están bajo la supervigilancia del Ministerio de Salud y deben cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe. A los Servicios de Salud les compete la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. (Ministerio de Salud, 2018)

La Red Asistencial de cada Servicio está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio

y los demás establecimientos públicos o privados que mantienen convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud. Esta red debe colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población. En la actualidad existen 29 servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud que se encuentran distribuidos a lo largo del territorio nacional.

Por otro lado, la reforma de 1979 creó las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), aseguradoras privadas que administran la cotización obligatoria y que captaron la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos (y de menores riesgos sanitarios). Las Isapres, que podían competir con Fonasa en la captación del aporte de los trabajadores, comenzaron inmediatamente a ofrecer planes de salud en un mercado fuertemente desregulado, lo que les permitió vender planes de salud de alto costo (y, comparativamente, baja cobertura) y realizar una fuerte selección de riesgos. Se creó así, un sistema de aseguramiento/financiamiento “dual” donde coexistían el seguro público y un conjunto de Isapres, el primero concentraba a individuos de bajos recursos y/o de alto riesgo y el segundo a los sectores de mayores ingresos y menores riesgos. (Infante & Paraje, 2010, págs. 2, 3)

Municipalización de la Salud Pública 1980

El 2 de junio del año 1980 a través del **Decreto con fuerza de ley N° 3.063**, se concreta el proceso de municipalización del sector primario de salud lo cual conlleva a la creación de consultorios de atención primaria dependientes de las municipalidades. Dicho decreto estipula las normas generales por las cuales se regirá la inversión de los recursos del Fondo Común Municipal, en lo relativo al traspaso de servicios del sector público y su consecuente transferencia de activos, recursos financieros, recursos humanos y normas de administración financiera.

A partir de este decreto son las municipalidades las que deben asegurar el funcionamiento de consultorios y postas, y otorgar prestaciones a la población, además, de dar cumplimiento a los programas del Gobierno. A través de la municipalización se buscó mejorar la equidad, eficiencia y calidad de servicios, y fortalecer las capacidades del gobierno local, además de flexibilizar la toma de decisiones en función de atender las necesidades en salud de la población local que respondan a particularidades demográficas, epidemiológicas, sociales, y culturales.

Sin embargo, existen desventajas que emanan de esta decisión de descentralización de la salud pública que se concentran en la pérdida de economía en escala para algunos municipios, especialmente los rurales; y, la estructura organizacional heterogénea con pocas herramientas para gestión administrativa y técnica en algunas comunas. Por otra parte bajo esta nueva reforma el proceso de municipalización de la salud primaria trajo consigo el estancamiento de la Atención primaria de salud impulsada por la conferencia Alma Ata ya que los principales elementos que la caracterizan desaparecieron, tales como la participación social y el fortalecimiento del trabajo en equipo. Además se suma la persistencia de fenómenos de gran peso histórico como la importancia social del hospital y la perspectiva biomédica. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud, 2011, págs. 6, 7)

Salud Pública en Chile Periodo 1990 – 2000

Desde la década de 1990 al 2000 los gobiernos opositores al régimen militar representados por Patricio Aylwin Azócar y Eduardo Frei Ruiz Tagle se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera y la gestión de los servicios de salud. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud. (Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2018)

Con la restauración de la democracia en 1990 se da inicio a una nueva reforma, la cual tenía como tarea principal recuperar la infraestructura y el funcionamiento del sistema público de salud víctima de 17 años de desfinanciamiento e intentos fallidos de privatización. En primer lugar, se comenzó a regular de manera más firme a los seguros privados, mediante la creación de la Superintendencia de Isapres. Además, se ensayaron e instalaron distintos mecanismos de pago e innovaciones asistenciales, principalmente en la **atención primaria** cuando en el año 1993 se inició la transformación paulatina de **Consultorios a Centros de Salud**, el Ministerio de Salud promovió el desarrollo de los Centros de Salud Familiar a nivel de todo el país, con políticas de fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local.

En esta tarea se suman los Servicios de Salud, cuyo rol se caracteriza por impulsar o potenciar el cambio, acompañar al equipo de salud, sensibilizar a los funcionarios y autoridades comunales sobre la necesidad de la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario, y, en algunos casos, crecer en este proceso junto al equipo de APS.

En 1995, se promulga la **ley 19.378**, que establece el estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal. En ésta, se especifica que *“los establecimientos municipales de atención primaria de salud corresponden a los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas”*. (Congreso Nacional de Chile, 2018) La principal relevancia de esta nueva ley es que en ella se definen los centros de APS, otorgando un sustento legal a este nivel de resolución.

Por otro lado, como parte importante de los cambios del sistema de salud, en el año 1997, cambió el carácter de Fonasa, dándole las atribuciones de un **seguro público de salud** con capacidad para comprar atenciones para sus asegurados. Con ello, se consolidó la separación de las funciones de aseguramiento y de prestación de servicios de salud.

Salud Pública en Chile 2000 – 2012

Reforma de Salud

En el año 2000 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora reforma del sector Salud, en su primer discurso presidencial se anunció la preparación de un proyecto de **Reforma de Salud** centrada en los derechos y garantías de las personas y basada en un esquema de financiamiento solidario. Como resultado, se elaboraron 5 Proyectos de Ley que fueron presentados al Congreso en los años 2001 y 2002 y que estaban orientados a distintas materias (Instituto de Asuntos Públicos, 2018):

- ✓ Régimen de Garantías en Salud;
- ✓ Nuevos Sistemas de Atención
- ✓ Derechos y Deberes de las Personas en Salud
- ✓ Regulación de ISAPRES
- ✓ Autoridad Sanitaria y Sistema de Gestión; y Financiamiento.

En enero del año 2004 se modifica el **D.L. N° 2.763, de 1979** y se promulga la **Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión**, posteriormente publicada el 24 de febrero del mismo año, la cual tenía como finalidad “*establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión en salud y fortalecer la participación ciudadana*”. (Congreso Nacional de Chile, 2018)

En cuanto a los otros proyectos propuestos por el gobierno, se promulgaron dos leyes relacionadas con estas materias. La primera, de financiamiento, la cual determina alzas de IVA e impuestos para financiar el Sistema de Protección Social Chile Solidario y la Reforma de la Salud. La segunda, de ISAPRES "corta", establece normas de solvencia para las ISAPRES y una serie de mecanismos orientados a proteger de mejor forma los derechos de los afiliados. (Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2003)

Los 5 proyectos de la Reforma de Salud se orientan al logro de los objetivos sanitarios fijados por el MINSAL para el **decenio 2000-2010**:

- Mejorar la equidad del sistema reduciendo la brecha en los niveles de salud entre grupos socioeconómicos
- Ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico de la población hacia enfermedades crónicas
- Responder a las necesidades expresadas por la población
- Mejorar los indicadores sanitarios.

El diseño de la reforma recogió, sintetizó y adaptó las discusiones ocurridas en el campo de salud durante las dos décadas previas. En el diseño se utilizaron instrumentos técnicos para definir problemas prioritarios de salud como estudios de carga de enfermedades, se incorporaron metodologías para evaluar el grado de equidad en salud del sistema y el impacto sobre la equidad de las reformas propuestas, además, se consideró el estudio de preferencias sociales sobre salud de la población, que fue ensayado en el estado de Oregón, Estados Unidos, y desarrollado en Chile por Fonasa. (Ministerio de Salud , 2000)

Las tres transformaciones fundamentales al sistema de salud que se esperaba concretar eran el ***Cambio en el modelo de atención, Fortalecimiento de la atención primaria e Integración del sistema en torno a redes asistenciales.***

Régimen General de Garantías en Salud o Plan GES

La Reforma de Salud en Chile implementada a partir de 2005 y conocida como Régimen de Garantías en Salud o "Plan AUGE" Atención Universal con Garantías Explícitas (*Posteriormente llamada GES*), publicada el 25 de agosto del 2004 como ley N° 19.966 define un conjunto de **prestaciones de salud** que deberán ser **cubiertas** obligatoriamente por los **servicios públicos y privados**, con base en el pago de una prima universal y un co-pago diferenciado según nivel de ingresos. Este co-pago corresponderá al 20% del arancel de referencia, con excepción de los grupos FONASA A y B, que recibirán atención gratuita. Se contempla, además, coberturas mayores para algunas prestaciones y eventos determinados, tanto para los grupos C y D, como para los afiliados a ISAPRES.

La Atención Primaria de salud se sitúa como la puerta de entrada al Plan GES el cual establece Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas ciertas prestaciones, las que están asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, dichas garantías fueron determinadas por el Ministerio de Salud, con base en estudios epidemiológicos que identificaron un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideran la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad. (Superintendencia de Salud, 2018)

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

El Sistema de Salud en Chile, se define como un Sistema basado en **Atención Primaria**, la cual representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, busca llevar la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas como una estrategia de desarrollo social y económico global para la comunidad.

En el marco de la **Reforma Sanitaria del año 2004**, el Ministerio de Salud chileno buscó potenciar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y cambiar el Modelo de Atención. Surge de esta forma la creación de

un Modelo de Salud Familiar el cual sustentado en los **enfoques biopsicosocial y sistémico**, pone el acento en las personas y su contexto familiar y social.

La **atención primaria de salud** está basada en el Modelo de Atención Integral de Salud, creado a partir de los documentos **“Modelo de atención integral en salud”** (2005) y **“En el Camino a Centro de Salud Familiar”**(2008) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y establece los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. Desde el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de **Reforma del Sector Salud** y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se identificó la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el **centro al usuario** y recoger la operacionalización del **modelo biopsicosocial**. (Ministerio de Salud, 2005)

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: *que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.* (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, 2008, págs. 12, 13)



Imagen 1

Fuente: Manual de Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud.

Principios del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario

- ✓ Centrado en el usuario
- ✓ Integralidad
- ✓ Continuidad
- ✓ Gestión de las personas trabajadoras de salud
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Énfasis promocional y preventivo
- ✓ Enfoque familiar
- ✓ Centrado en la atención abierta
- ✓ Participación en salud
- ✓ Uso de tecnología aprobada
- ✓ Calidad

Plan nacional de salud 2011 - 2020

En julio del año 2010, el Ministerio de Salud bajo el mandato del gobierno del Presidente Sebastián Piñera, dio inicio a la planificación de las acciones del sector durante la década 2011-2020. El objetivo general del proceso fue la identificación de los desafíos sanitarios de la década y el diseño de las estrategias para su enfrentamiento justo y eficiente.

El componente central de la Estrategia Nacional corresponde al análisis y elaboración de propuestas consensuadas en los diferentes ámbitos relacionados a la salud, agrupados en nueve áreas temáticas a ejecutar como meta hasta el año 2020.

- ✓ Enfermedades Transmisibles.
- ✓ Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Violencias.
- ✓ *Factores de riesgo.*
- ✓ *Ciclo Vital.*
- ✓ *Determinantes sociales.*
- ✓ *Ambiente, Alimentos y Trabajo.*
- ✓ *Fortalecimiento del Sector Salud.*
- ✓ *Acceso y Calidad de la Atención de Salud.*
- ✓ *Emergencias y desastres.*

Ley de Derechos y Deberes del Paciente N° 20.584

La **Ley N° 20.584** se publicó en el Diario Oficial de Chile el 24 de abril de 2012 y entró en vigencia el **1 de octubre del 2012**, tiene como propósito lograr el respeto de los prestadores de salud a los derechos de toda persona, en el marco del otorgamiento de una **atención de salud digna**.

Los derechos del paciente se pueden exigir en el sistema público y privado de salud, asimismo, se aplican respecto a todos los profesionales y trabajadores que se relacionen con público.

La ley establece que toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador de salud, a que las acciones de **promoción, protección y recuperación** se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la Constitución y las leyes. (Congreso Nacional de Chile, 2012)



Imagen 2, Ley de derechos y deberes del paciente
 Fuente: Ministerio de Salud.

La ley otorga a los pacientes los siguientes derechos y deberes:

- Derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia; que comprende: lenguaje adecuado e inteligible; actitudes que se ajusten a normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas; y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas.
- Derecho a que los prestadores de salud cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación, accidentes, errores en la atención y en general a ser informada de cualquier evento adverso durante la atención.
- Derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización.
- Derecho a conserjería y asistencia religiosa o espiritual.
- En territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deben considerar la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades.

- Derecho a que la información sea suficiente, oportuna, veraz, comprensible, en forma visual, verbal o por escrito, respecto a la atención de salud.
- Derecho a que los miembros del equipo de salud tengan una identificación personal visible con la función que desempeñan.
- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible acerca de: estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.
- Derecho a recibir, por parte del médico tratante, un informe legible que, a lo menos, deberá contener: identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal, el período de tratamiento; información comprensible sobre el diagnóstico de ingreso y de alta, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados.
- Derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento para prolongar su vida artificialmente, pero con ciertas limitaciones: rechazo a tratamientos que puedan implicar la aceleración artificial de la muerte, la eutanasia o el auxilio al suicidio.
- Derecho a vivir con dignidad hasta el momento de su muerte.
- Derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida.

Deberes de los pacientes

- Respetar el reglamento interno del establecimiento, lo que se hace extensivo a sus representantes, familiares y visitas.
- Procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento y sobre los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición.
- Tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.
- Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, entregando la información necesaria para el tratamiento.

2. Contexto Territorial de la Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso

El segundo ítem tiene por objeto realizar una caracterización de la situación sociodemográfica de la región de Valparaíso lugar geográfico donde se enmarca el presente Proyecto de Título, y a su vez se expondrán datos relevantes para comprender el contexto actual de la V región, basados en los datos Censales del año 2002 y de la Encuesta CASEN año 2015.

Ubicación Geográfica



Imagen 3, Delimitación Comunas Región de Valparaíso

Fuente: Cuenta Pública, Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota

Población total de la Región de Valparaíso

La región de Valparaíso es la tercera región más poblada del territorio nacional con **1.539.852 habitantes**, representando 10,2% de la población total del país. La densidad es de 93,91 habitantes/km². (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2015)

Tabla 1: Poblacion Región de Valparaíso

Territorio	Año 2002	Año 2015	Variación (%)
Región de Valparaíso	1.539.852	1.825.757	18,57

Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2015)

División Político-Administrativa de la Región de Valparaíso

A nivel político-administrativo, la región está dividida en 8 provincias y 38 comunas. Su subdivisión administrativa se destaca por ser la región que cuenta con mayor cantidad de provincias en el país, y por contar con una provincia que latitudinalmente se encuentra frente a la tercera región, como es el caso de Isla de Pascua.

Síntesis de Provincias y Comunas:

La Provincia de **Isla de Pascua**, es una división administrativa de Chile que se ubica en el sector insular de la Región de Valparaíso, tiene una superficie de 163,6 km² y posee una población de 5.761 habitantes. Su capital es Hanga Roa.

Provincia: Isla de Pascua	Capital: Hanga Roa
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> Isla de Pascua 	Imagen Isla de Pascua 

Tabla 2: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Isla de Pascua.

La Provincia de **Los Andes** se ubica en el sector este de la Región de Valparaíso. Con una superficie de 3054 km², posee una población de 110.602 habitantes y su capital provincial es la Ciudad de Los Andes. Es la segunda provincia con más tamaño de la Región.

Provincia: Los Andes	Capital: Los Andes
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> Calle Larga Los Andes Rinconada San Esteban 	Imagen Santuario Teresa de Los Andes 

Tabla 3: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Los Andes.

La Provincia de **Petorca** es la provincia más extensa de la Región de Valparaíso, posee una superficie de 4588,9 km² y una población de 78 299 habitantes. Su capital provincial es la ciudad de La Ligua.


Provincia: Petorca	Capital: La Ligua
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Cabildo • La Ligua • Papudo • Petorca • Zapallar 	Imagen Papudo, Caleta. 

Tabla 4: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Petorca.

La Provincia de **Marga-Marga** está conformada por las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué, con una superficie total de 1179,4 km² y una población de 330.814 habitantes.


Provincia: Marga Marga	Capital: Quilpué
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Limache • Olmué • Quilpué • Villa Alemana 	Imagen Olmué, Cerro La Campana 

Tabla 5: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Marga Marga.

La Provincia de **San Antonio** se ubica en el extremo suroeste de la Región de Valparaíso, Chile. Tiene una superficie de 1511,6 km² y posee una población de 136 594 habitantes. Su capital provincial es el puerto de San Antonio.


Provincia: San Antonio	Capital: San Antonio
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Algarrobo • Cartagena • El Quisco • El Tabo • San Antonio • Santo Domingo 	Imagen Puerto de San Antonio. 

Tabla 6: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, San Antonio.

La Provincia de **San Felipe** de Aconcagua se ubica en el sector este de la Región de Valparaíso, tiene una superficie de 2659,2 km² y posee una población de 154.718 habitantes. Su capital provincial es la Ciudad de San Felipe.

Provincia: San Felipe de Aconcagua	Capital: San Felipe
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Catemu • Llay-Llay • Panquehue • Putaendo • San Felipe • Santa María 	Imagen Centro Histórico Putaendo 

Tabla 7: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, San Felipe de Aconcagua.

La Provincia de **Quillota** se ubica en el centro de la Región de Valparaíso. Tiene una superficie de 1638,7 km² y una población de 192.327 habitantes. Su capital es la ciudad de Quillota, la cual integra una conurbación suburbana con La Calera y La Cruz


Provincia: Quillota	Capital: Quillota
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Hijuelas • La Calera • La Cruz • Nogales • Quillota 	Imagen Plaza de Quillota 

Tabla 8: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Quillota.

La **Provincia de Valparaíso** se ubica en el centro-oeste de la Región de Valparaíso, tiene una superficie de 2780 km² y posee una población de 729.371 habitantes (Censo 2012). Su capital provincial es la Ciudad de Valparaíso.

Provincia: Valparaíso	Capital: Valparaíso
Comunas: <ul style="list-style-type: none"> • Casablanca • Con Con • Juan Fernández • Puchuncaví • Quintero • Valparaíso • Viña del Mar 	Imagen Parque Nacional Archipiélago Juan Fernández. 

Tabla 9: Elaboración propia, provincias y comunas región Valparaíso, Valparaíso

Estructura de la población

Distribución de la población por grupos de edad 2002 y 2015

Edad	2002	2015	% Según territorio 2015	
			Región	País
0 a 14	61.983	52.204	19,38	
15 a 29	70.795	74.508	23,73	
30 a 44	64.776	58.395	20,30	
45 a 64	50.188	73.057	24,47	
65 y más	28.240	37.325	12,12	
Total	275.982	295.489	100	

Tabla 10 Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2015

Distribución de la población por sexo 2002- 2015

La población de la Región de Valparaíso es en general homogénea presentando una leve diferencia a favor de las mujeres con 51%.

Territorio	Año 2002		Año 2015	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Región de Valparaíso	752.828	787.024	896.720	929.037

Tabla 11 Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2015

Población según religión declarada

Religión	Total	% según Territorio		
		Valparaíso	Región	País
Católica	152.147	71,10	75,45	69,96
Evangélica	22.776	10,64	9,57	15,14
Ninguna, ateo, agnóstico	19.706	9,21	7,47	8,30
Otra religión	19.370	9,05	7,51	6,60
Total	273.999	100	100	100

Tabla 12 Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas, 2002).

Población según etnia declarada

Etnia	Cantidad de Personas	
	Total	Porcentajes
Alcalufe	36	0,01
Atacameño	68	0.02
Aimara	85	0.03
Colla	12	0
Mapuche	2.669	0.97
Quechua	18	0.01
Rapa Nui	80	0.03
Yámana	25	0.01
Ninguno de los anteriores	272.992	98.92
Total	275.982	100

Tabla 13 Fuente: (Indicadores Demográficos, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015)

La etnia que más se representa en la Región de Valparaíso corresponde a la Mapuche con 2.669 personas, lo que corresponde a un 0.97% de la población total declarada perteneciente a una etnia.

Antecedentes de vivienda Urbano – Rural

Número de personas y porcentaje de población en censos según área,
Región de Valparaíso

Área	Censo 1992		Censo 2002		Censo 2017	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	1.248.255	90,2	1.409.902	91,6	1.652.471	91,0
Rural	136.081	9,8	129.950	8,4	163.431	9,0
Total	1.384.336	100	1.539.852	100	1.815.902	100

Imagen 4, Fuente: (Instituto Nacional de Estadísticas (INE) , 2017)

La población efectivamente censada de la Región de Valparaíso que reside en el área rural pasó de representar 9,8% en 1992 a 9,0% en 2017 notando una baja de un 0,8% lo que representa el total de personas que tránsito de la zona rural a la zona urbana, por lo tanto la población en área urbana pasó de 90,2% en 2002 a 91,0% en el año 2017.

Antecedentes Socioeconómicos

Migración en la Región de Valparaíso

- *Población de Migrantes a nivel nacional.*

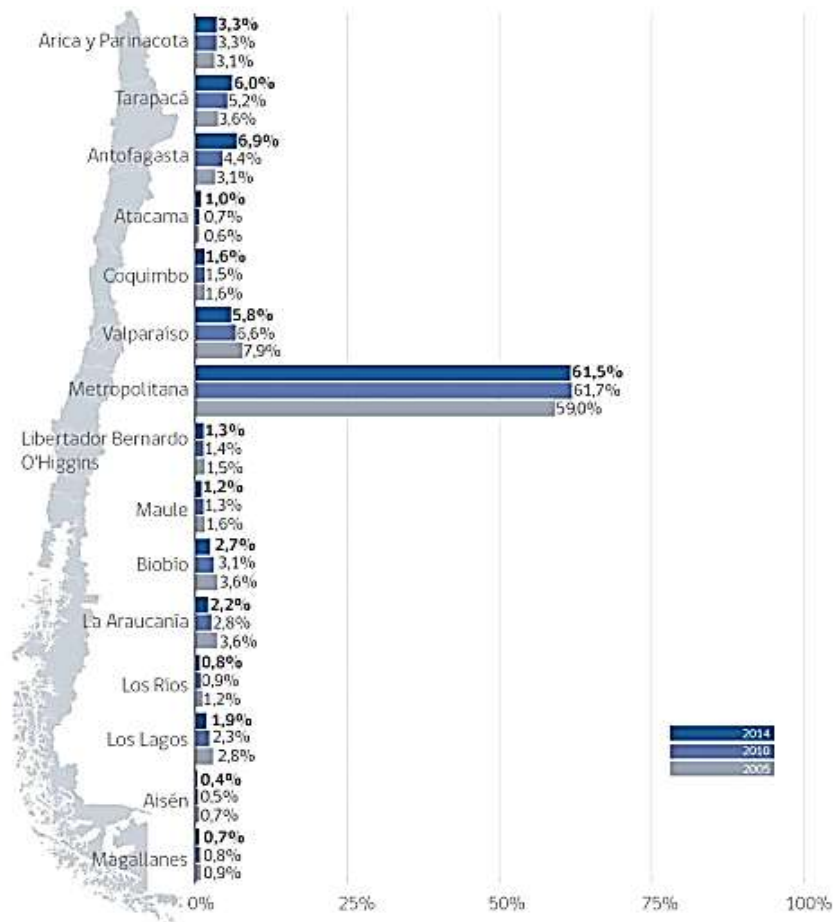


Imagen 5, Fuente: Informe departamento de extranjería y migración

Como se evidencia en el presente Grafico, la región con mayor proporción de migrantes residentes es Tarapacá con 7,4% a la que le siguen la región de Arica y Parinacota (5,8%) y la Región de Antofagasta (4,6%); En cuanto a la Región Metropolitana la cantidad de migrantes residentes representa solo el 3,5% de los habitantes de la región.

En la región de Valparaíso los migrantes representan, por su parte, el 1,3% total de los residentes, a través de los años la migración ha ido en aumento paulatinamente debido a la mejor calidad de vida que los migrantes ven en la región, en el año 2010 el % de migrantes en la región correspondía al 5,6%, mientras que en el año 2014 corresponde al 5,8%. (Ministerio del Interior y Seguridad Publica, 2014)

Fuerza de trabajo ocupada y desocupada en la Región de Valparaíso

La **fuerza de trabajo regional** se estimó en 860.430 personas, lo que representó un descenso de 0,6% (5.380 personas), respecto de igual período del año anterior y una disminución de 0,2%, respecto del trimestre móvil inmediatamente anterior (1.740 personas).

La **tasa de desocupación regional** alcanzó un 6,5%, registrando una disminución de 0,9 punto porcentual respecto de igual trimestre del año anterior, mientras que en comparación con el trimestre inmediatamente anterior, registró una variación negativa de 0,1 punto porcentual.

Las personas **fuerza de la fuerza laboral (inactivos)**, se estimaron en 635.180, lo que representó un aumento de 4,2% (25.740 personas), en comparación con igual trimestre del año anterior y un ascenso de 0,6% (3.520 personas), respecto del trimestre inmediatamente anterior.

Educación en la Región de Valparaíso

El Nivel educativo en el Censo 2017, en la Región de Valparaíso, declaró que la asistencia escolar alcanza un 95,0%, y que un 32,0% tiene Ingreso a Educación Superior. A nivel nacional la población **está alcanzando un mayor nivel educativo**. Entre 1992 y 2017 aumentó la proporción de personas de 25 años o más que ha aprobado al menos un curso de la educación superior.

Porcentaje de personas de 25 años o más según nivel educacional del último año aprobado en la educación

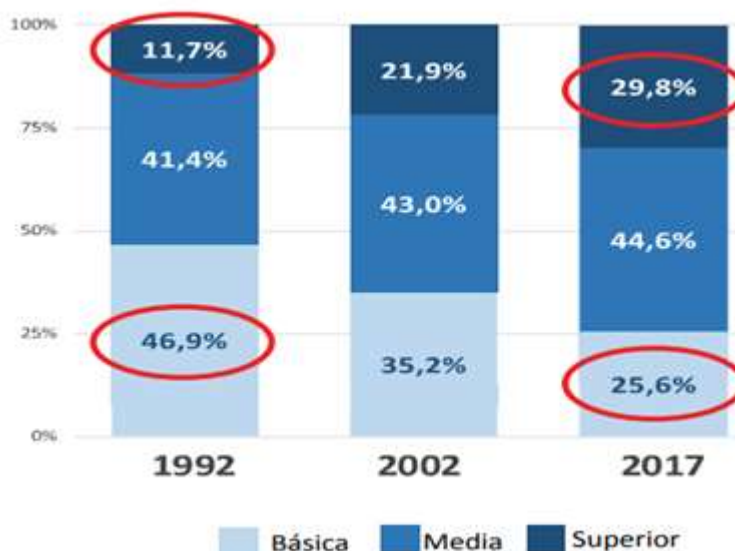


Imagen 6, Fuente Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2017.

Problemas Socio Ambientales de la región

- Gases tóxicos de SO₂ (dióxido de azufre) provenientes de las fundaciones de cobre de Ventanas y Chagres, además de la refinería de petróleo de Concón.
- Caliza en suspensión proveniente de la industria de cemento el Melón y Polpaico.
- Contaminación de los cursos de agua y las costas con aguas servidas (especialmente estero de Marga-Marga, río Aconcagua y balneario del litoral central).
- Contaminación del aire por gases tóxicos (especialmente provenientes de la industria y del transporte urbano).
- Contaminación del aire por polvo en suspensión proveniente de caminos y calles sin pavimentar.
- Contaminación del suelo por basuras y desechos urbanos.
- Contaminación atmosférica por material particulado respirable respirable en la época de otoño e invierno, y por contaminación fotoquímica (ozono) en los meses de primavera y verano.
- Riego de cultivos y de hortalizas con aguas servidas
- Pérdida de la diversidad biológica.
- Escases de recursos hídricos por efecto de cambio climático.

Actividad económica Región de Valparaíso

Minería: El principal recurso minero de la región corresponde a la minería del cobre que está representada por el yacimiento subterráneo y Mina a Rajo abierto perteneciente a Codelco Chile, división Andina ubicado en la Comuna de Los Andes. El cobre es traslado por vía ferrea desde el Saladillo hasta la División Ventanas de Codelco Chile donde se procesa en la refinería, ubicada a la costa, al norte del en la Comuna de Puchuncaví. También existe la extracción de oro, plata, molibdeno, zinc y plomo en mineras privadas en el sector cordillerano.

La minería no metálica está representada por la extracción de carbonato de calcio y calizas, que dan origen a la industria de cemento de La Calera y al total de la producción nacional de talcos y feldespatos.

Silvoagropecuaria: Los suelos de la región son favorables para la agricultura y hay suficiente agua de riego que se distribuye a través de canales

y embalses. Los más importantes son: el de Peñuelas, Lo Orozco, Lo Ovalle, Catapilco, Chépica, Las Palmas y Pitana. El 30% de la producción agrícola se destina a la agroindustria y el 70% al consumo fresco.

La región aporta el 29,7% de la producción nacional de la uva y el 30% de la producción total de duraznos. También produce kiwis, nectarines, damascos, nueces, almendras y limones. En sus zonas de microclimas produce el 41% del total de paltas del país y gran parte de la producción de chirimoyas. También destaca la producción de legumbres, papas y cultivos orientales como tabaco, maravilla y cáñamo.

Ganadería: 109.350 bovinos, 91.080 ovinos, y 56.130 porcinos. Gracias al pino insigne (sectores costeros y en San Antonio) el sector forestal ha tenido un gran crecimiento.

Pesca: A nivel nacional, ocupa el cuarto lugar de captura con 370.000 toneladas de pescado veta, jurel, y sardina; cerca del 85% del desembarque pesquero es destinado a la harina de pescado. En el desembarque de moluscos ocupa el segundo lugar; en machas con 3.419 toneladas y crustáceos como el camarón (3.478 t) y langostino amarillo (2.364 t).

Industria: Es la tercera región industrial después de la región metropolitana y la del Bío-Bío. Genera el 20% del P.I.B. regional y el 12% de la población económicamente activa se desarrolla en este sector.

La mayoría de las industrias se concentran en la ciudad de Valparaíso, gracias a las ventajas comparativas como puerto, centro comercial y financiero. Tiene además industrias de tejido, hilado, vestuario, alimentos, chocolates, confites y tabaco. Viña del mar fabrica productos químico-farmacéuticos y artefactos de línea blanca, papel y carbón además de alimentos, hilados y tejidos. La refinería de Con-Con procesa petróleo crudo importado y distribuye los subproductos a la mayoría de la región central del país.

Al norte de Quintero está la planta procesadora de cobre de Ventanas, que cuenta con una central térmica. En el sector del valle de Aconcagua, la ciudad de Quillota tiene importantes industrias alimenticias, textiles y de plástico; está unida a la zona de primores agrícolas de La Cruz-La Calera (cemento).

Llayllay tiene una industria química y Catemu tiene industria de tabaco y la cercana refinería de cobre chagres. San Felipe y Los Andes además de su industria conservera y de fibras duras, han desarrollado la agroindustria relacionada con el aumento que ha tenido la fruta de exportación, creando

empresas similares: emparadoras, bodegas frigorizadas y conserveras. También destaca la industria de tejidos en La Ligua y el puerto de San Antonio.

Un reflejo de la importancia industrial y comercial de la zona es que la organización gremial más antigua del país fue fundada en Valparaíso en año 1858, la CRCP.

Comercio: Valparaíso importa toda clase de productos: manufacturas, automóviles, electrodomésticos y maquinaria; exporta principalmente frutales. San Antonio es exportador de cobre, varios productos agrícolas, pesqueros, automóviles, electrodomésticos y maquinaria; también importa cereales. Valparaíso tiene un sistema de comunicaciones que lo une con la capital del país y con los puntos más importantes de Chile.

Institucionalidad de la Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso

Las sedes y los territorios de los Servicios de salud son establecidos por decreto supremo del Ministerio de Salud, por orden del Presidente, siendo 29 los Servicios de Salud que actualmente se encuentran ubicados lo largo de todo el país, los cuales son:



Imagen 7, Fuente: Seminario de redes asistenciales de Chile

En cuanto a la Región de Valparaíso, actualmente son tres servicios que en Conjunto satisfacen la demanda de salud pública de la Región: Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota y Aconcagua.

Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio



Imagen 8, Fuente: Ministerio de Salud

El Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio cuenta con una red asistencial conformada por 5 Hospitales: 2 de alta complejidad (Carlos Van Buren y Eduardo Pereira), 1 de mediana complejidad, (Claudio Vicuña), y 1 de menor complejidad (Hospital San José de Casablanca), además del Hospital Psiquiátrico Del Salvador, del Servicio también dependen los Centros de Salud Familiar Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry, el Centro de Sangre y Tejidos y el Consultorio de Especialidades Odontológicas (CEO). La red de APS Municipal se conforma por 24 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), 22 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (Sapu), y 1 Sapu Sistema Urgencia Rural (SUR) más 3 Unidades de Emergencia Hospitalaria: (Carlos van Buren, Claudio Vicuña y San José). (Ministerio de Salud, 2018)

**Red APS según las comunas de la jurisdicción Municipal y del Servicio
de Salud Valparaíso – San Antonio**

Comuna de Valparaíso

Centros de Salud Familiar

- ✓ Plaza Justicia
 - ✓ Placeres
 - ✓ Cordillera
 - ✓ Quebrada Verde
 - ✓ Barón
 - ✓ Puertas Negras
 - ✓ Reina Isabel II
 - ✓ Rodelillo
 - ✓ Marcelo Mena
 - ✓ Porvenir Bajo
 - ✓ Las Caña
 - ✓ Jean y Marie Thierry
- Centro de Sangre y Tejidos IV y V Región
 - Consultorio Esperanza
 - SAPU Quebrada Verde
 - Consultorio Placilla
 - Consultorio Policlínica Diocesana
 - Posta de Salud Rural Laguna Verde

Comuna Juan Fernández

- Posta de Salud Rural

Comuna Casa Blanca

- Hospital San José
- Consultorio Casa Blanca
- Posta de Salud Rural Quintay
- Posta de Salud Rural Lagunillas
- Posta de Salud Rural Los Maitenes
- Posta de Salud Rural Las Dichas

Comuna Algarrobo

Centros de Salud Familiar

- ✓ Algarrobo
- Posta Rural San José
 - Posta Rural El Yeco
 - SAPU Algarrobo

Comuna San Antonio

Centros de Salud Familiar

- ✓ San Antonio
 - ✓ Llole
 - ✓ Bellavista
 - ✓ Barrancas
 - ✓ 30 de marzo
- Hospital Claudio Vicuña
 - SAPU Las Lomas
 - SAPU barrancas
 - SAPU Bellavista
 - CECOF tejas verdes
 - Posta de salud Lo Gallardo
 - CESCOF Cerro Alegre
 - CECOF Llo - lleo
 - Centro rehabilitación San Antonio de Padua

Comuna Cartagena

- Consultorio Cartagena
- SAPU Cartagena

Comuna El Quisco

Centros de Salud Familiar

- ✓ **El Quisco**
- Centro de Salud Valparaíso
 - SAPU El Quisco

Comuna El Tabo

Centros de Salud Familiar

- ✓ El Tabo
- Posta Rural El Tabo
 - Posta Rural Las Cruces

Comuna Santo Domingo

Centros de Salud Familiar

- ✓ Santo Domingo
- Posta Rural el Convento
 - Posta Rural Bucalemu
 - Posta Rural San Enrique

Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota



Imagen 9, Fuente: Ministerio de Salud

La jurisdicción del Servicio Viña del Mar – Quillota cubre 18 comunas, con más de 90 dispositivos de Salud Primaria. (Centros de Salud Familiar, Centros de Salud, Posta de Salud Rural, Centro Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Atención Primaria de Urgencia, Servicio de Urgencia Rural) Además de tener bajo su gestión 11 hospitales. (Ministerio de Salud, 2018)

Hospitales:

- ✓ Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar
- ✓ Hospital de Quilpué
- ✓ Hospital San Martín de Quillota
- ✓ Hospital Juana Ross de Edwards, de Peñablanca
- ✓ Hospital Santo Tomas de Limache
- ✓ Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache
- ✓ Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera
- ✓ Hospital San Agustín de La Ligua
- ✓ Hospital Dr. Víctor Hugo Möll de Cabildo
- ✓ Hospital de Petorca
- ✓ Hospital Adriana Cousiño de Quintero

Red APS según las comunas de la jurisdicción del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota

- **CESFAM:** Centro de Salud Familiar, 30 establecimientos
- **CES:** Centro de Salud, 7 establecimientos
- **PSR:** Posta de Salud Rural, 29 establecimientos
- **CECOSF:** Centro Comunitario de Salud Familiar, 10 establecimientos
- **COSAM:** Centro de Salud Mental Comunitaria, 2 establecimientos
- **TOTAL: 78 ESTABLECIMIENTOS**

Comuna Viña del Mar

Centros de Salud Familiar

- ✓ Cienfuegos
- ✓ Gómez Carreño
- ✓ Dr. Marco Maldonado
- ✓ Miraflores
- ✓ Brígida Zavala
- ✓ Achupallas
- ✓ Dr. J C Baeza Bustos
- ✓ Nueva Aurora
- ✓ Lusitania
- ✓ Dr. Jorge Kaplan
- ✓ Las Torres
- ✓ Las Palmas
- CECOSF Villa Hermosa
- CECOSF Santa Julia

Comuna Puchuncaví

Centros de Salud Familiar

- ✓ Ventanas
- ✓ Puchuncaví
- Posta de Salud Rural Maitencillo
- Posta de Salud Rural Horcones

Comuna Concón

Centros de Salud Familiar

- ✓ Concón
- Centro de Salud Mental Comunitaria

Comuna Quilpué

- ✓ Aviador Acevedo
- ✓ Iván Manríquez
- Centro de Salud Quilpué Posta de Salud Rural Colliguay
- Centro de Salud Belloto
- Centro Comunitario de Salud Familiar El Retiro
- Centro de Salud Pompeya

Comuna Villa Alemana

- ✓ Centro de Salud Familiar Villa Alemana
- ✓ Centro de Salud Familiar Eduardo Freí
- ✓ Centro de Salud Familiar Juan Bautista Bravo

Comuna La Cruz

- ✓ Centro de Salud La Cruz

Comuna Quillota

Centros de Salud Familiar

- ✓ Boco
- ✓ La Palma
- ✓ San Pedro
- Centro de Salud Raúl Silva H
- Centro Comunitario de Salud Familiar Cerro Mayaca
- Centro Comunitario de Salud Familiar Santa Teresita
- Posta de Salud Rural Manzanar
- Centro de Salud Miguel Concha

Comuna La Calera

Centros de Salud Familiar

- ✓ Artificio
- Centro de Salud El Trigal
- Posta de Salud Rural Pachacamita
- Posta de Salud Rural Manuel Rodríguez
- Posta de Salud Rural Pachacama

Comuna Nogales

Centros de Salud Familiar

- ✓ Nogales
- ✓ El Melón
- Centro Comunitario de Salud Familiar Ex Asentamiento el Melón

Comuna Olmué

Centros de Salud Familiar

- ✓ Manuel Lucero
- Posta de Salud Rural Q. Alvarado
- Posta de Salud Rural La Vega
- Posta de Salud Rural Las Palmas

Comuna Hijuelas

Centros de Salud Familiar

- ✓ Hijuelas
- Posta de Salud Rural Romeral
- Posta de Salud Rural Villa

Comuna Papudo

Centros de Salud Familiar

- ✓ Papudo
- Posta de Salud Rural Pullally

Comuna Zapallar

Centros de Salud Familiar

- ✓ Zapallar
- ✓ Catapilco

Comuna La Ligua

- Posta de Salud Rural Sta. Marta
- Posta de Salud Rural Huaquen
- Posta de Salud Rural P. de Varas
- Posta de Salud Rural Los Molles
- Posta de Salud Rural P. de Roco
- Posta de Salud Rural Pichicuy
- Posta de Salud Rural Trapiche
- Posta de Salud Rural La Canela
- Posta de Salud Rural Parcelas

Comuna Cabildo

- Posta de Salud Rural Alicahue
- Posta de Salud Rural Las Puertas
- Posta de Salud Rural Art. De Cabildo
- Posta de Salud Rural La Viña

Comuna Petorca

Centros de Salud Familiar

- ✓ Chicolco
- Posta de Salud Rural La Ñipa
- Posta de Salud Rural Hierro Viejo
- Centro Comunitario de Salud Familiar Pedegua

Comuna Quintero

- Posta de Salud Rural Loncura

Comuna Limache

- Centro de Salud Mental Comunitario

Servicio de Salud Aconcagua



Imagen 10, Fuente: Ministerio de Salud

El Servicio de Salud Aconcagua se ubica en el sector Cordillera de la V Región cubriendo las necesidades de salud de las dos provincias del Valle de Aconcagua, San Felipe y Los Andes, quedando dentro de su jurisdicción las cuatro comunas pertenecientes a la Provincia de Los Andes: Calle Larga, Rinconada, San Esteban y Los Andes y las seis comunas que conforman la Provincia de San Felipe: Catemu, Llay Llay, Panquehue, Putaendo, Santa María y San Felipe.

La Atención Primaria consta de 13 Centros de Salud Familiar de los cuales tres pertenecen a la red del Servicio de Salud y 10 son de dependencia municipal, 6 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 2 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 5 Servicios de Urgencia Rural (SUR), 10 Postas de Salud Rural, 22 estaciones médico rurales, 3 Unidades Atención Primaria de Oftalmología y dos unidades dentales móvil distribuidas en diferentes comunas del valle.

También se cuenta con una Red de Urgencia compuesta por cuatro unidades de emergencia hospitalaria, un servicio de emergencia psiquiátrica, dos servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y cinco servicios de urgencia rural (SUR).

Existen además dos Centros comunitarios de Salud Mental ubicados en las Provincias de Los Andes y San Felipe y un Centro de Apoyo para Personas con Demencia, el Centro Quicalcura que atiende a personas, sus familias y cuidadores; y una red de dispositivos comunitarios y residenciales que apoyan el trabajo en materia de Rehabilitación Psicosocial, en consumo de alcohol y otras drogas e inclusión social. (Ministerio de Salud, 2018)

**Red APS según las comunas de la jurisdicción del Servicio de Salud
Aconcagua**

Comuna Los Andes

Centros de Salud Familiar

- ✓ Cordillera Andina
- ✓ Centenario
- Centro Comunitario de Salud Familiar Juan Pablo II

Comuna Calle Larga

Centros de Salud Familiar

- ✓ Pedro Aguirre Cerda
- Posta de Salud Rural San Vicente

Comuna Rinconada

Centros de Salud Familiar

- ✓ Rinconada

Comuna San Esteban

Centros de Salud Familiar

- ✓ San Esteban
- Posta de Salud Rural Botado
- Posta de Salud Rural Campos de Ahumada
- Posta de Salud Rural Río Colorado
- Centro Comunitario de Salud Familiar Lo Calvo

Comuna Llay Llay

Centros de Salud Familiar

- ✓ Llay Llay

Comuna Catemu

Centros de Salud Familiar

- ✓ Dr. Eduardo Raggio
- Centro Comunitario de Salud Familiar Cerrillos

Comuna Putaendo

Centros de Salud Familiar

- ✓ Valle los Libertadores
- Posta de Salud Rural Guzmanes
- Posta de Salud Rural Piguchén
- Posta de Salud Rural La Orilla
- Posta de Salud Rural Quebrada Herrera

Comuna Santa María

Centros de Salud Familiar

- ✓ Santa María

Comuna San Felipe

Centro de Salud Familiar

- ✓ Curimón
- ✓ Segismundo Uturra
- ✓ San Felipe El Real
- Posta de Salud Rural Santa María
- Centro Comunitario de Salud Familiar Las Cadenas

Comuna Panquehue

Centros de Salud Familiar

- ✓ Panquehue
- Centro Comunitario de Salud Familiar Eugenio Cornelissen

3. Contexto Socio sanitario de la Atención Primaria de Salud en la región de Valparaíso

El tercer y último ítem posee como objetivo contextualizar, a través de antecedentes estadísticos de salud, la realidad sociosanitaria correspondiente a la **Región de Valparaíso** con la finalidad de evidenciar condiciones sanitarias y sociales que ponen de manifiesto el estado de salud de la población, permitiendo determinar el perfil del usuario de Atención Primaria de Salud.

Natalidad

El índice de natalidad corresponde a la cifra de nacimientos que ocurren en un área geográfica y período de tiempo determinado por cada mil habitantes en relación a la población total, los datos se obtienen a través de: El Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCEI) que se encarga del registro de los nacimientos, el Ministerio de Salud (MINSAL), que corrobora y valida la información de salud de dichos nacimientos y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que corrobora, valida, compila y publica la información en general y en particular las variables sociodemográficas en sus Anuarios de Estadísticas Vitales.

Nacidos vivos totales según región

Región	Nacidos Vivos
Arica y Parinacota	3.414
Tarapacá	5.712
Antofagasta	9.885
Atacama	4.466
Coquimbo	11.010
Valparaíso	23.598
Metropolitana	101.087
O'Higgins	12.050
Maule	14.068
Biobío	26.789
La Araucanía	13.324
Los Ríos	4.664
Los Lagos	11.158
Aysén	1.413
Magallanes	2.032
Total	244.670

Tabla 14 Fuente: (Instituto Nacional de Estadística, 2015)

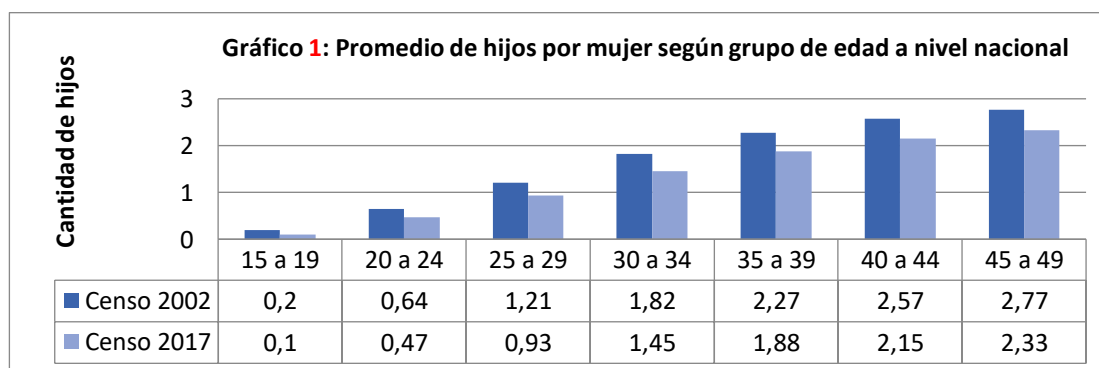
De acuerdo a los datos obtenidos a través del Anuario de Estadísticas Vitales del año 2015 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el total de nacimientos observados en territorio nacional equivale a 244.670.

En la **Región de Valparaíso** se contemplan 23.598 nacimientos, ubicándose como la tercera región con mayor índice de natalidad a nivel nacional, que junto a la Región Metropolitana y la Región del Biobío con 101.087 y 26.789 nacimientos respectivamente, concentran dos terceras partes de los nacimientos del país. Se puede establecer que existe estabilidad en los datos, produciéndose descenso a nivel nacional de 1,2%, mientras que en la Región de Valparaíso, este valor aumenta en igual período de tiempo en 2,2% (equivalente a 503 nacimientos adicionales).

Al observar a las provincias, Isla de Pascua registra el incremento más importante en nacimientos alzándose en el período en 35,4%, equivalente a 28 alumbramientos más; le sigue San Antonio con un alza de 5,7%, igual a 111 nacidos vivos adicionales. Las comunas que más aumentaron los nacimientos fueron Papudo y Santo Domingo, que ascendieron en 55,6% y 41,4% en el período de análisis, mientras que Panquehue y Puchuncaví disminuyeron los nacimientos en 20,8% y 11,1% respectivamente. (Instituto Nacional de Estadística, 2015, pág. 6)

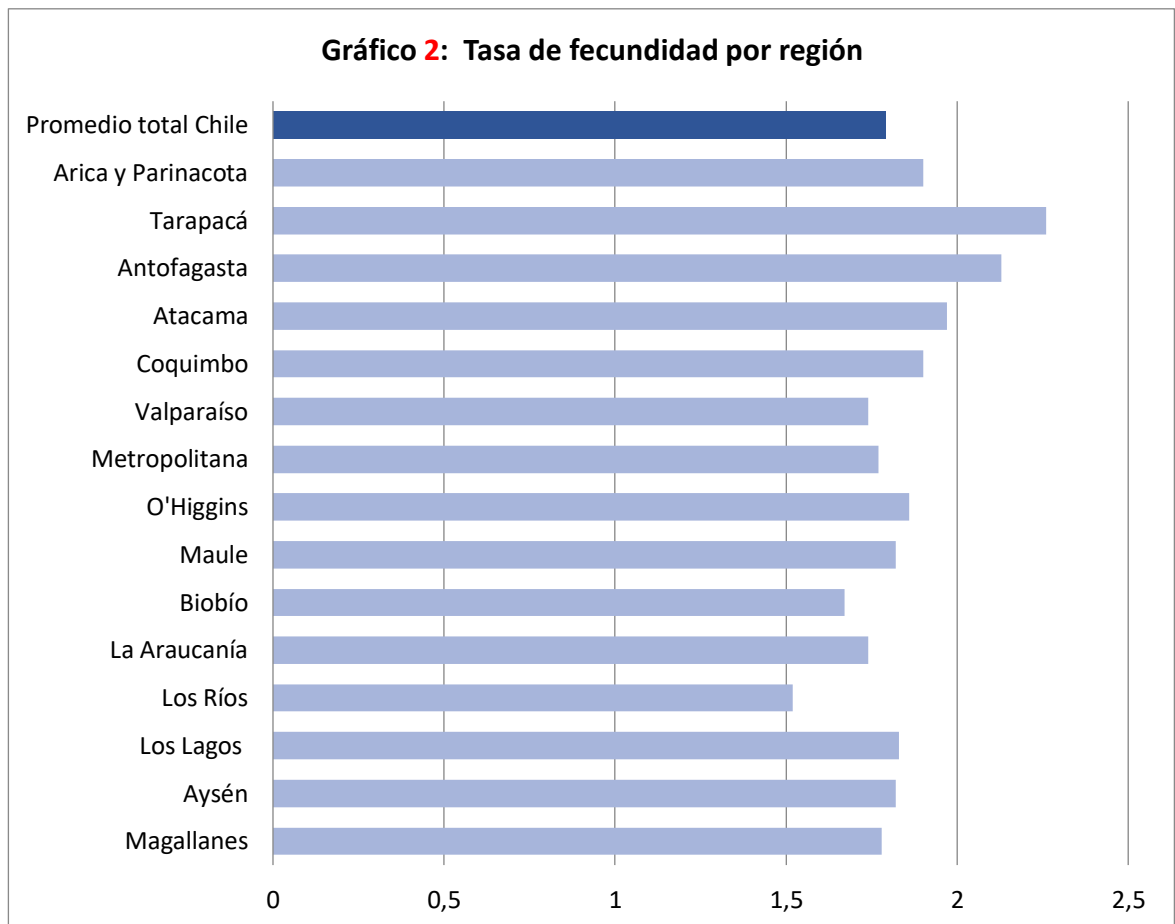
Fecundidad

La fecundidad se refiere a la capacidad reproductiva de una población y depende de las condiciones educativas, sociales y económicas que la rodean. Específicamente, corresponde a la cantidad de hijos que tiene una mujer durante su vida fértil.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) , 2017

En el gráfico N°1 se refleja el número promedio de hijos por mujer según grupos etarios a nivel nacional, evidenciando por una parte, un alza tanto en el Censo del año 2002 como del año 2017, a medida que avanza la edad hasta alcanzar un máximo promedio de 2,33 hijos en las mujeres de entre 45 a 49 años. Por otro lado, comparando ambos Censos se observa un descenso en la tasa de fecundidad, y que se encuentra ligado al aumento en la cantidad de mujeres en edad fértil sin hijos durante el período transcurrido entre el año 2002 y 2017.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2017

De acuerdo a lo representado en el gráfico N°2, se observa que el promedio nacional respecto a la tasa de fecundidad corresponde a 1,79 hijos por mujer, sin embargo, esta realidad no se representa de forma prolija en cada región, en dónde es posible identificar que en todas las regiones de la zona norte existen niveles superiores de fecundidad respecto al promedio nacional y a la zona sur, mientras que la zona centro presenta niveles similares al promedio del total nacional y la zona sur promedios inferiores respecto al a zona norte, centro y al promedio nacional. Entre los índices más altos destacaron la Región de Tarapacá con un promedio 2,26 hijos por mujer, seguida por Antofagasta y Atacama con 2,14 y 1,97 respectivamente, mientras

que por otra parte los valores más bajos se registró la Región del Biobío, con un promedio de 1,67 seguido por **Valparaíso** y La Araucanía con 1,74 hijos por mujer.

Mortalidad

La mortalidad consiste en un suceso vital que indica el término de la vida de una persona, y que impacta en el crecimiento total de una población. Con el paso del tiempo, la mortalidad se ha ido transformando y moldeando la población, ya que, el riesgo a morir se comporta de manera diferencial según los grupos etarios y el sexo de una persona, existiendo algunas edades más riesgosas que otras, o causas de muerte que afectan más a un sexo que al otro.

En Chile durante año 2015 se registró un total de 103.327 defunciones, de las cuales 54.693 fueron masculinas y 48.615 femeninas, siendo la Región Metropolitana, del Biobío y de Valparaíso, las que mantienen un mayor índice de mortalidad respecto a las demás regiones del país.

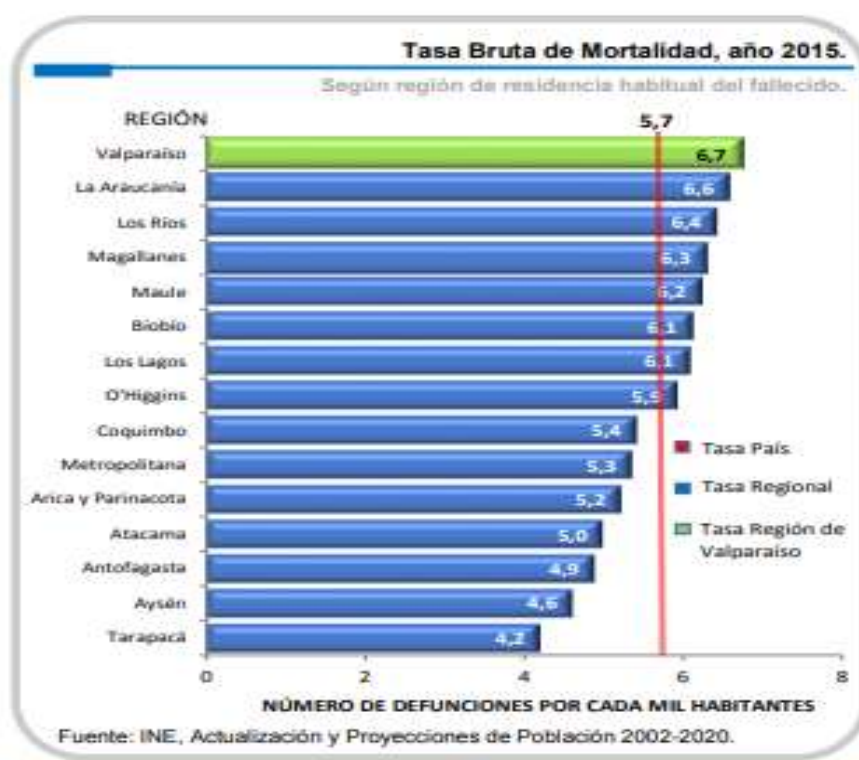


Imagen 11, Tasa bruta de mortalidad

La **Región de Valparaíso** para el año 2015, tuvo una tasa de mortalidad por sobre el promedio nacional, alcanzando una Tasa Bruta de Mortalidad de 6,7, transformándose en la región con la cifra más alta, registrando para ese año 12.273 defunciones.

En cuanto a la evolución de la TBM a nivel país, se observa que no ha presentado variación entre los años 2012 y 2015 (5,7 defunciones) mientras que la **Región de Valparaíso** ha mostrado un leve aumento durante los

últimos años, registrando de 6,7 defunciones por mil habitantes durante los años 2014 y 2015. Para el año 2015, las provincias de San Antonio y Valparaíso presentaron una tasa de 7,0, la más alta a nivel provincial, les sigue San Felipe de Aconcagua con una tasa de 6,7 muertes pmh. Respecto al comportamiento provincial entre los años 2011-2015, Isla de Pascua registró el incremento más importante en defunciones, aumentando en 72,7%, equivalente a 16 muertes adicionales; le siguió San Antonio, con un incremento de 21,1%, equivalente a 196 decesos.

En lo relativo a comunas del territorio 8 continental, Papudo registró el alza más importante con un aumento de 3,3 muertes por mil habitantes (phm). Entre los años 2011 y 2015, en tanto que Santo Domingo y Calle Larga registraron los mayores descensos en su TBM, disminuyendo 1,9 y 1,8 defunciones pmh respectivamente, entre los años 2011 y 2015.

La **Región de Valparaíso** Presenta la población más envejecida del país: Índice vejez 64,6, superior en 12,1 puntos al índice nacional (52,5) (Instituto Nacional de Estadística, 2015)

Mortalidad Infantil, de la niñez y fetal por región

La tasa de **mortalidad** infantil en la **Región de Valparaíso** se observa a un nivel promedio de 6,6, que la ubica en un estándar medio pero por debajo del promedio nacional.

Respecto a la mortalidad neonatal, en la Región de Valparaíso se observa un nivel promedio de 4,8, que la ubica levemente por debajo del promedio nacional, el cual corresponde a un 5,1.

La mortalidad postneonatal registra su mayor promedio en la Región de Magallanes, con 2,9 fallecidos de entre 28 días y menores de un año por mil nacidos vivos, el menor promedio se registró en la Región de Aysén, en la cual no se registraron muertes. Por otro lado, Aysén fue la región donde se registró la mayor frecuencia de muertes de niños de entre 1 y 4 años en 2015, con 2,1 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que Tarapacá exhibió una cifra de 0,5, otorgándole la tasa más baja a nivel nacional. **Valparaíso** presenta un valor promedio de 1,3, que se encuentra sobre el nivel nacional que corresponde a 1,0.

En cuanto a la mortalidad fetal, se presenta la mayor tasa en la Región de Arica y Parinacota con un total de 13,1, y la menor tasa en Aysén con 2,8. En la **Región de Valparaíso** se visualiza un promedio de 6,9 muertes fetales, posicionándola en un nivel intermedio por debajo del nacional, el cual corresponde a 8,3.

REGIÓN	Tasas (por mil nacidos vivos) ¹				
	Infantil ^a	Neonatal ^b	Postneonatal ^c	Niñez ^d	Fetal ^e
TOTAL	6,9	5,1	1,8	1,0	8,3
Arica y Parinacota	7,6	6,5	2,6	0,6	13,1
Tarapacá	5,7	3,5	2,3	0,5	9,0
Antofagasta	7,3	5,5	1,7	1,0	7,4
Atacama	6,9	4,3	2,7	1,3	6,5
Coquimbo	6,6	4,4	2,2	0,9	6,8
Valparaíso	6,6	4,8	1,8	1,3	6,9
Metropolitana	6,6	4,8	1,7	0,9	8,7
O'Higgins	6,3	4,6	1,7	1,1	7,5
Maule	7,0	5,2	1,8	1,1	6,8
Biobío	7,5	5,8	1,7	1,2	10,7
La Araucanía	8,2	6,6	1,6	1,3	8,8
Los Ríos	8,5	7,0	1,5	1,5	7,3
Los Lagos	6,6	5,4	1,3	1,2	5,9
Aysén	5,6	5,6	0,0	2,1	2,8
Magallanes	7,8	4,9	2,9	2,0	10,3

Tabla 15 Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2015

Mortalidad por Causas

Actualmente a nivel nacional las principales causas de muerte se deben a enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus, neumonía, cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado, accidentes de transporte terrestre, lesiones auto infligidas intencionalmente, la infección por VIH y SIDA.

Mortalidad por Causas en la Región de Valparaíso

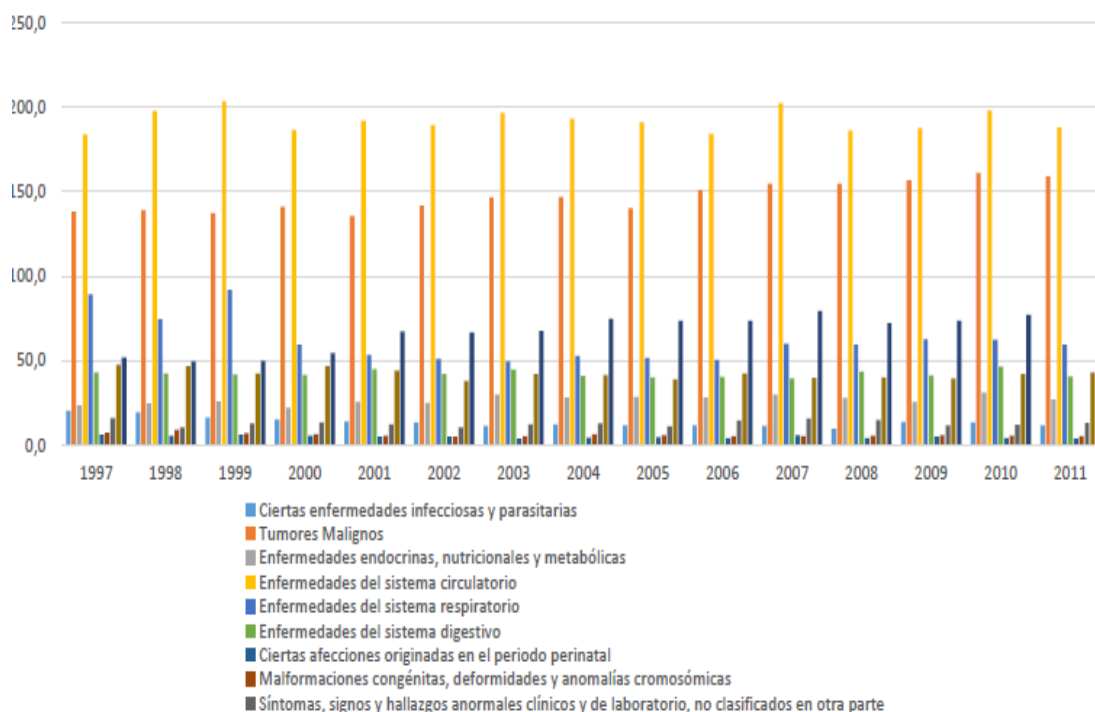


Imagen 12, Mortalidad por causas en la región de Valparaíso.

En cuanto a la **Región de Valparaíso**, es posible observar que las tasas más altas respecto a las causas de muerte corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio y a tumores malignos, mientras que las más bajas se asocian a afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, además de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Morbilidad

La morbilidad se refiere a la cantidad de personas que se enferman en un lugar y período determinados respecto al total de la población.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, existe en el país un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, resultando necesario destacar que se presentan mayores prevalencias a nivel nacional en los estratos educacionales bajos, independiente de la edad, siendo las enfermedades que predominantes la presión arterial elevada, dislipidemia HDL, obesidad, relación sodio/potasio en orina, bajo consumo de pescado, bajo consumo de harinas integrales, bajo consumo de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, riesgo cardiovascular bajo, síntomas depresivos de último año e infección por trypanosoma cruzi (enfermedad de chagas).

En cuanto a los factores de riesgo conductuales para las enfermedades crónicas se encuentran el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, encontrándose también la mayor prevalencia de problemas por dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos.

También aparecen enfermedades cuya mortalidad es baja, pero su prevalencia poblacional era desconocida en Chile como los problemas de funcionalidad tiroidea afectan a uno de cada cinco adultos chilenos mayor de 15 años.

Otro elemento relevante es la importante proporción de la población que está expuesta a determinantes psicológicos adversos que los ponen en mayor riesgo de adquirir o evolucionar no satisfactoriamente frente al tratamiento de enfermedades crónicas, como los síntomas depresivos, bajo nivel de capital social del barrio, stress personal o financiero permanente, bajos niveles de apoyo social emocional y material, falta de apoyo de un único médico permanente de cabecera en la atención primaria, etc. (Corporacion Municipal de Valparaiso , 2015 - 2017)

Esperanza de vida

La esperanza de vida es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes.

Esperanza de vida por quinquenios 1950-2025.

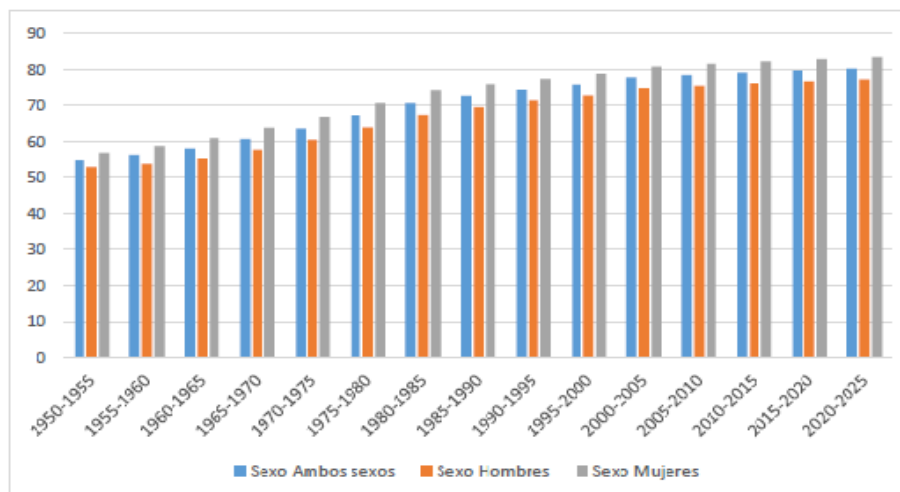


Imagen 13, Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2015

En la imagen anterior se puede observar a nivel nacional un ascenso paulatino en la proyección de la esperanza de vida, llegando a mantenerse durante los períodos 2010-2015, 2015-2020 y 2020-2025 alrededor de los 83 años.

En la **Región de Valparaíso** la Esperanza de vida de los hombres es de 74,93 años y la de las mujeres de 80,23 años, al igual que a nivel nacional la esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los hombres.

Esperanza de Vida	
Hombre	74,93
Mujeres	80,23

Tabla 16, Fuente: (Ministerio de Salud, 2018)

Cobertura Previsional de Salud

En Chile, el sistema de salud es mixto, ya que, contempla simultáneamente a la red pública y privada de salud. La Salud Pública opera a través del Seguro Social de Salud administrado por **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**, sobre la base de un esquema de reparto, que se financia con el aporte de sus trabajadores/as y con recursos del Estado, provenientes de los impuestos generales de la nación.

La Salud Privada en cambio está conformada por las **Instituciones de Salud Previsional** (ISAPRE) y por Proveedores Privados de Salud. La ISAPRE opera como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales, en el que los beneficios otorgados obedecen directamente al plan contratado, que dependen entre otros del sexo, la edad y preexistencia de enfermedades de sus afiliados.

Los Proveedores Privados de Salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes de FONASA. (Subsecretaría de Previsión Social, Gobierno de Chile, 2018)

Distribución de la población según afiliación al sistema previsional de salud.

	Fonasa		Isapre		FF.AA. y del Orden y Otro sist.		Ninguno (particular)	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Arica y Parinacota	128.060	76,3	18.246	10,9	10.157	6,1	6.584	3,9
Tarapacá	222.223	68,0	59.634	18,2	18.502	5,7	20.612	6,3
Antofagasta	368.904	64,2	167.569	29,2	7.122	1,2	20.510	3,6
Atacama	225.106	80,1	38.285	13,6	3.078	1,1	13.643	4,9
Coquimbo	647.477	85,4	55.725	7,4	11.839	1,6	32.422	4,3
Valparaíso	1.436.824	78,8	217.397	11,9	88.775	4,9	46.319	2,5
O'Higgins	739.185	80,8	112.934	12,4	17.179	1,9	33.520	3,7
Maule	889.900	86,2	60.923	5,9	22.815	2,2	30.427	3,0
Biobío	1.753.204	84,8	185.456	9,0	53.529	2,6	36.114	1,8
La Araucanía	853.618	86,8	68.601	7,0	25.617	2,6	20.780	2,1
Los Ríos	308.131	83,4	31.734	8,6	12.501	3,4	10.649	2,9
Los Lagos	736.680	85,3	70.641	8,2	18.363	2,1	20.237	2,3
Aysén	80.823	78,3	11.254	10,9	5.756	5,6	3.626	3,5
Magallanes	105.296	69,9	24.003	15,9	13.257	8,8	4.540	3,0
Metropolitana	5.066.827	71,0	1.520.217	21,3	199.710	2,8	236.615	3,3
Total	13.562.258	77,3	2.642.619	15,1	508.200	2,9	536.598	3,1

Tabla 17, Fuente: Encuesta CASEN 2015.

En cuanto a los afiliados al sistema de salud, se visualiza un total de 13.562.258 personas adheridas a Fonasa, 2.642.619 a Isapre, 508.200 al sistema de las Fuerzas Armadas y del Orden y 536.598 personas sin previsión, evidenciando que el sistema público de salud abarca la mayoría de la población a nivel nacional, situación que se mantiene sin variaciones en los análisis por cada región.

Cabe destacar que la **Región de Valparaíso** es una de las que presenta la mayor concentración de afiliados en **Fonasa**, además de la Región Metropolitana y la Región del Biobío. Por otra parte respecto al sistema privado, es la Región metropolitana la que ubica la mayoría de afiliados en Isapre. (Ministerio de Desarrollo Social , 2015)

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Eje 1: Atención Primaria de Salud – Conferencia internacional Alma Ata y sus Principios

Uno de los hitos históricos que destaca a nivel internacional en la Atención Primaria de Salud, es la **Conferencia de Alma Ata de 1978**, coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En ella, se defendieron los valores justicia social, participación y solidaridad, y se asumió que los problemas sanitarios no se resuelven únicamente con recursos, sino que además es relevante la gestión y ejecución de estos. Para ello, se plantó como una estrategia beneficiosa en cuanto a costo eficacia, la Atención Primaria de Salud y se incitó a los gobiernos de todo el mundo a impulsarla, incorporándola en los sistemas de salud nacionales.

Estos postulados, incitaban a la **participación de las comunidades**, a la **equidad en el acceso a la salud** (universalidad) y **reconocían la relevancia de los determinantes sociales de la salud** (Intersectorialidad), propusieron comprender la salud de manera integral. Además, se otorgó relevancia al trabajo de prevención y promoción de salud especialmente en APS.

En la Conferencia de Alma-Ata, se define la APS como **“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”** (Organización Mundial de la Salud , 1978), la cual debe ser parte de los sistemas nacionales de salud, constituyéndose como el primer nivel de contacto de los individuos al sistema, y cumple el rol de llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde se encuentran las personas, familias y comunidades.

UNIVERSALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Universalidad y Equidad

Los valores de **universalidad y equidad en el acceso a la salud** entendida esta como *“La ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludable”* (Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud, 2014, págs. 2, 3) tienen una aceptación generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones, es requisito para una vida colectiva digna. Estos valores están consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por resoluciones de **Organización Panamericana de la Salud** (OPS) y la **Organización Mundial de Salud** (OMS).

En septiembre del 2014, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre ellos Chile, marcaron un hito al adoptar la Estrategia para el **acceso universal a la salud** y la **cobertura universal de salud**, mediante la *resolución CD53.R14 del Consejo Directivo*, el cual establece que:

“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura, que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar” (CD53.R14 del Consejo Directivo, 2014)

Este compromiso es el resultado de una larga historia de esfuerzos encaminados a mejorar la salud de la población de la Región de las Américas.

La **Salud Universal** se sustenta en el derecho a la salud como valor central, en la equidad y la solidaridad. Este valor constituye la base moral y ética que orienta el diseño e implementación de las políticas públicas, que inciden en la salud de las personas y las comunidades. La Estrategia adoptada

por los Cuerpos Directivos de la OPS incluye cuatro líneas estratégicas de acción, y con ellas se insta a los Estados Miembros a:

1. ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
2. fortalecer la rectoría y la gobernanza;
3. aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y
4. fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

El **acceso universal a la salud** y la **cobertura universal de salud** son el fundamento de un **sistema de salud universal y equitativo**. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar de las personas en el mundo.

Acceso universal

*El **acceso** es la capacidad de utilizar los servicios de salud que sean integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, se refiere a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica, y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, paliativo y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios. (CD53.R14 del Consejo Directivo, 2014)*

Por lo tanto el **Acceso universal** se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o género y se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional y de manera equitativa.

El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades.

Cobertura Universal

La **cobertura universal** está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la **salud** es un **derecho humano fundamental**, y también en el programa de **Salud para todos** establecido en 1978 en la declaración de **Alma-Ata**.

“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (Organización Mundial de la Salud , 2006, pág. 1)

Este derecho debe ser promovido y protegido sin distinción de edad, etnia, sexo, género, orientación sexual, idioma, origen nacional, lugar de nacimiento, o cualquier otra condición.

*La **cobertura de salud** según la **Organización Mundial de Salud** se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.* (Organización Mundial de la Salud , 2006)

Esta cobertura implica que los mecanismos de organización y financiación sean suficientes para cubrir a toda la población. Si bien la cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, sientan los fundamentos necesarios.

Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir los siguientes requisitos:

1. Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud maternoinfantil) para lo cual deberá:
 - Proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades.
 - Detectar enfermedades tempranamente.
 - Disponer de medios para tratar las enfermedades.
 - Ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.

2. Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
4. Dotación suficiente de personal sanitario capacitado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

La **cobertura sanitaria universal** implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2014)

La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas para la salud de la población y para la vida cotidiana ya que la protección contra riesgos financieros que busca la cobertura sanitaria impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar por servicios de salud de calidad. Por lo tanto, la cobertura universal es un componente fundamental del **desarrollo sostenible** y la **reducción de la pobreza**, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales.

La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (**Salud Universal**) brinda a la Región de las Américas y en este caso a Chile un marco único para mejorar la salud y el bienestar de todas las personas, mediante el desarrollo de políticas inclusivas, sistemas de salud robustos y receptivos, además de **acciones intersectoriales** para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. (CD53.R14 del Consejo Directivo, 2014)

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Antecedentes de Participación Ciudadana de Salud en Chile

La Participación Ciudadana en Salud en Chile tiene como antecedente la Agenda Pro Participación Ciudadana, expuesta por la Presidenta Michelle Bachelet el 29 de septiembre del 2006, durante su primer mandato, y cuyos ejes programáticos fueron:

- El derecho ciudadano a la información pública.
- Gestión pública participativa.
- Fortalecimiento de la sociedad civil.
- No discriminación y respeto a la diversidad.

A través de estos, se pretendía fomentar la cooperación entre los establecimientos de salud y la comunidad, al incorporar la opinión de las personas en las decisiones en un ambiente de respeto mutuo y aportando a la equidad en salud., fortaleciendo la generación de condiciones institucionales, el establecimiento de procedimientos y la aplicación instrumentos programáticos orientados a adherir la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas.

En el año 2009, se crea la resolución exenta N°19, que tiene como propósito dar cumplimiento al Instructivo Presidencial N°008 del 2008 que dicta creación del **Comité de Trabajo Sectorial de Participación Ciudadana en Salud**. Posteriormente, la **Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública**, institucionaliza la Participación Ciudadana en el País, cuya misión establecida por Ley es, *“Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas”*, este instrumento legal define y organiza los lineamientos gubernamentales en la temática y compromete a los órganos de la Administración del Estado a implementar acciones en materia de participación ciudadana, para mejorar los servicios entregados a la ciudadanía. (Congreso Nacional de Chile, 2011)

Concepto de Participación Ciudadana

La Participación es un término cuyo origen etimológico deriva del latín **“Participatio”** el cual está formado por el prefijo **“Pars o Parti”** que significa **“Parte o Porción”**, el verbo **“Capere”** que es **“Tomar o Agarrar”** y por último el sufijo **“Tío”** que corresponde a una acción y efecto. Lo que lleva a

interpretarla como la acción y efecto de tomar parte en algo, o de hacer partícipe a alguien más sobre algo, es decir notificar o informar acerca de algún suceso. (Real Academia Española, 2018)

Podemos participar, o ser parte activa, de la familia, las organizaciones, los espacios laborales y de la comunidad en general para dar respuesta a las necesidades de sus propios integrantes. También podemos participar en la toma de decisiones en diversos niveles, entre muchas otras interacciones. En toda forma de participación cualquiera sea su origen y finalidad, actuamos en relación con otros y automáticamente dejamos de estar en soledad a través de la asociatividad e interacción social.

El término participación social o ciudadana puede ser conceptualizada desde diferentes perspectivas teóricas, así puede referirse a los modos de fundamentar la legitimidad y el consenso de una determinada población, por ejemplo participación democrática o también puede referirse a los modos de luchar contra las condiciones de desigualdad social y para cuya superación se necesita impulsar la participación.

Según el informe del PNUD “La democracia en América Latina: Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos” (2004) considera que la **Participación Ciudadana**, puede ser vista en su sentido más amplio como una forma estable de conexión con la toma de decisiones públicas, principalmente a través de la mediación de los partidos políticos, de las organizaciones de la sociedad civil, o mediante el ejercicio más activo de la ciudadanía, tal como la participación en consultas populares o en ámbitos deliberativos a nivel local. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004)

Desde una perspectiva colectiva, el **concepto participación** aparece como aquella intervención que requiere de un cierto número de personas cuyos comportamientos se determinan recíprocamente. De acuerdo a esto, participar es sinónimo de intervención colectiva.

Existe una conciencia creciente y cada vez más profunda acerca de los derechos sociales y humanos y con ello, una conciencia del derecho de cada individuo y de cada sector a participar en los procesos decisorios que determinan las condiciones en que se desarrollaran sus vidas y que configuran los escenarios de sus actividades. Las personas exigen con mayor frecuencia ser respetadas en su dignidad y reclaman participar efectivamente en las tomas de decisiones que las afectan.

Los derechos sociales tienden a ser hoy el argumento utilizado en defensa y demanda de participación social en los procesos de gestión de todo tipo y se manifiestan en el rechazo continuo al autoritarismo y a la verticalidad decisoria en las temáticas que afectan de forma directa el desarrollo personal y las condiciones de calidad de vida.

Participación Ciudadana en Salud

La **Participación Ciudadana en Salud** se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud. (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, 2008)

Dicho mecanismo considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la participación social en salud, “es una dirección crucial para promover la equidad en salud, lo que implica participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades afectadas, para convertirse en protagonistas activos en la formación de su propia salud”. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario incorpora la participación en salud como un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades en este ámbito, para enfrentar en forma colaborativa y coordinada los desafíos y decisiones que se generan en el nivel local. La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan y negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada.

El fomento de la participación y de los mecanismos para instalar instancias en que los equipos de Atención Primaria de Salud y sus Direcciones, puedan iniciar diálogos con las comunidades de los territorios asignados, posibilita la interacción que promueve el desarrollo de estrategias de salud orientadas a la promoción, prevención y calidad de vida de ese entorno, y se orienta al logro de los grandes objetivos sanitarios de disminuir la desigualdad y proveer servicios acordes a las expectativas de la población;

desde posicionamientos horizontales, en torno a objetivos comunes, con equipos de salud que trabajan junto a grupos humanos, en ejercicio de una ciudadanía plena, activa, consciente y responsable, con roles diferenciados, pero integrados, en metas de salud, elaboradas colectivamente. (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, 2008)

Participación desde el enfoque de Determinantes Social de Salud

Los **determinantes sociales de la salud**, para la OMS, son “*las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo sus sistemas de salud, Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los planos, mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las inequidades en salud*”. Por esto, la Participación Social entendida desde el enfoque de los Determinantes sociales de la Salud (DSS), “*supone habilitar a los ciudadanos y ciudadanas, en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales, que condicionan su nivel de salud o de bienestar*”. (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria, 2008)

Participación desde el enfoque de Derechos

La participación desde el enfoque de derechos, implica considerar a la participación, como una vía encaminada al logro de la disminución de las desigualdades en salud, inserto en los objetivos nacionales de salud en la medida que “*las inequidades en salud, se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad*”. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Participación como Proceso

En términos de proceso, la participación implica proyectar metas a corto, mediano y largo plazo, y considerar que se trata de un largo proceso en el cual se avanza y se retrocede constantemente. La participación social puede tomar formas diferentes, incluyendo:

- Orientar a la gente con información equilibrada y objetiva.
- Consultoría a la comunidad, a partir de la información y retroalimentación recibida.
- Trabajo directo en y con las comunidades.

- Colaborar mediante la asociación con las comunidades afectadas, en cada aspecto de la decisión, incluyendo el desarrollo de la identificación de alternativas de soluciones.
- Empoderamiento al asegurar que las comunidades, mantengan el máximo control, sobre las decisiones claves, que afectan a su bienestar.

Etapas del Proceso de Participación

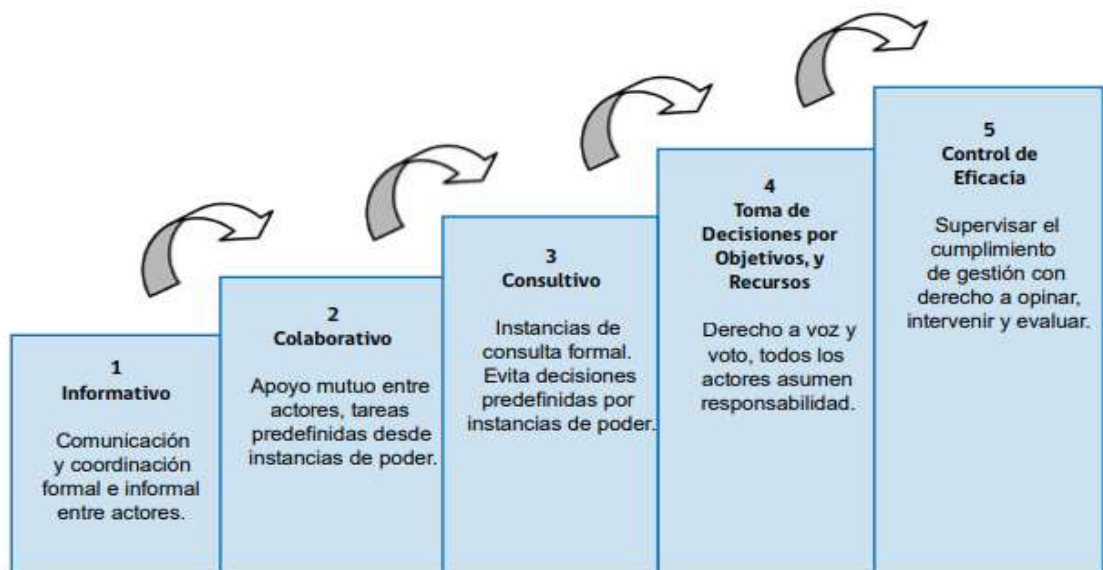


Imagen 14, Etapas del proceso de Participación, fuente: Ministerio de Salud, 2008, págs. 3, 4, 5)

Estas etapas se desarrollan a partir del trabajo sistemático, estratégico y aproximativo con la comunidad, a partir de distintas instancias de participación. En particular, se describen distintas formas de trabajo en participación con la comunidad, desde:

1. Colaboración: La participación entendida como colaboración de los usuarios con los programas institucionales, y comúnmente no se preocupa por fortalecer la posición de la población frente a los servicios, para desarrollar capacidades críticas, autodeterminación y crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujeto de acción para resolver sus problemas.

2. Cogestión: Este tipo de participación avanza hacia la participación autónoma. La cogestión interviene en las decisiones, suponen una descentralización, una democracia del poder y de los mecanismos para acceder a él. La cogestión implica la capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud.

3. Autogestión: Constituye una forma más independiente de participación y puede surgir a través de procesos inicialmente acompañados o asesorados y derivar en un proceso más autónomo, ya sea porque la

institución a cargo lo promueve, o porque la organización asesorada comienza a necesitar en algún momento de una mayor autonomía. La Autogestión puede nacer desde la base social a través del principio de “autodeterminación”. Así es como surgen a nivel local estrategias como los Grupos de Autoapoyo.

4. Negociación: Este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente, donde el Estado y sus instituciones asumen la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de éste, prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de salud, el autocuidado y los hábitos saludables, podrían estar a cargo de la población, comprometiéndolo al Estado a ofrecer una atención de calidad a todos los ciudadanos.

Tipos de Participación según su objetivo

Es posible identificar diversos tipos de participación de acuerdo al objetivo que se propone alcanzar.

- **Informativa:** Entrega de información acerca de beneficios y servicios sociales, formas de acceso, entre otros. Por ejemplo las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S).
- **Consultiva:** Preguntar a la ciudadanía sobre decisiones en materia de políticas públicas ya sea de carácter no vinculante o vinculante (por ejemplo, consulta o diálogo ciudadano).
- **De Gestión:** Accionar las capacidades de las personas para la movilización y gestión de recursos tanto materiales, técnicos y financieros por parte de la ciudadanía para el logro de objetivos comunes (por ejemplo Planificación Local Participativa).
- **Habilitadora Social:** Desarrollo de habilidades y competencias para la identificación de problemas comunes y búsqueda de soluciones en forma organizada. Por ejemplo Diagnóstico Participativo Local.
- **De Empoderamiento:** Capacidad de incidencia de la ciudadanía en la toma de decisiones en relación a políticas y acciones que le afectan (Por ejemplo ejercicio de Presupuesto Participativo).

Grados de Participación

Respecto de la relación que se establece entre la población y el sector de políticas públicas, la participación puede ser:

- **Instrumental:** Se genera para complacer a quien la convoca, no genera ningún tipo de vinculación con la toma de decisión.
- **Cientelar:** Crea o mantiene interdependencia y salvaguarda el poder de decidir en quien convoca.
- **Deliberativa:** Produce algún intercambio de opiniones en la búsqueda de alcanzar algún acuerdo entre los participantes
- **Propositiva:** Es un actuar crítico y creativo caracterizada por plantear opciones o alternativas de solución a una situación determinada.

Mecanismos de Participación Ciudadana

- **Consejo de la Sociedad Civil:** Es un mecanismo de participación ciudadana cuyos integrantes representan a organizaciones de la sociedad civil relacionados al quehacer de la institución.
- **Cuentas Públicas Participativas:** Es un proceso que dispone espacios de diálogo e intercambio de opiniones entre las instituciones, sus respectivas autoridades y la comunidad, con el propósito de dar a conocer la gestión, para posteriormente evaluarla, generar transparencia, condiciones de confianza y garantizar el ejercicio del control ciudadano sobre la administración pública.
- **Consultas Ciudadanas:** Son instancias que pretenden incorporar la opinión de la ciudadanía respecto de una determinada política, plan, programa o proyecto gubernamental.
- **Acceso a la información relevante:** Busca aportar de manera directa al control ciudadano, pues informa acerca de políticas, planes, programas, acciones y presupuestos de los órganos de la Administración del Estado, asegurando que ésta sea oportuna, completa y ampliamente accesible para la ciudadanía.
- **Audiencias Públicas:** Representa el derecho ciudadano a dialogar con la autoridad para expresar sus preocupaciones, demandas y propuestas mediante el cual ésta conoce desde la perspectiva de los propios ciudadanos sus opiniones sobre una materia de interés público.

Contribución de la participación de los ciudadanos y ciudadanas en la Atención Primaria de Salud

La participación de los ciudadanos y ciudadanas, contribuye a:

- El desarrollo de personas como sujetos activos en el manejo de las condiciones que favorecen el desarrollo integral, el bienestar y la calidad de vida.
- A la creación de comunidades con capacidad de interlocución con el sector de la política pública en sus distintos niveles de actuación.
- A la construcción de ciudadanía con capacidad de expresar demandas sentidas como pleno ejercicio democrático.
- A la construcción de ciudadanía que actúa de manera solidaria frente a problemas comunes.
- El ejercicio del control social sobre la gestión pública y la administración de los recursos fiscales.

INTERSECTORIALIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Aproximaciones al Concepto de Intersectorialidad

La **acción intersectorial** es un tema recurrente en la **gestión de la salud pública**. Sin embargo, hay muy poca documentación y sistematización acerca de la forma en que se practica, sobre todo en el campo de la salud. Tampoco existe una teoría explícita sobre la manera de construir un marco desde el ámbito de la salud para el análisis de los tipos de acciones intersectoriales factibles en diferentes escenarios, ni acerca del tipo de acción intersectorial que se necesita para abordar los **determinantes sociales de la salud** y reducir las **inequidades en salud**.

Actualmente la noción de **intersectorialidad** en el campo de la salud suele asociarse o asimilarse a la expresión “*Salud en Todas las Políticas (STP)*”, que fue acuñada a finales de 1990 y se desarrolló en profundidad durante la segunda presidencia de Finlandia en la Unión Europea en el 2006, cuando el tema principal fue la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2015, pág. 1)

Según lo expresado por la **OMS**, la *salud en todas las políticas* es un enfoque para abordar las políticas públicas a través de **todos los sectores**, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, **busca sinergias** y, al mismo tiempo, **evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas**, con el fin de

mejorar la salud de la población y la equidad en salud. A pesar de esa definición señalada por la OMS y de la Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las Políticas, del año 2010 (OMS y Gobierno de Australia Meridional, 2010), **no hay una definición de uso común y consensuada** a nivel mundial que refleje la coexistencia de diversas interpretaciones y prácticas.

Por otro lado, hay definiciones de la STP que tienden a centrarse en la colaboración entre los **sectores gubernamentales** y los **no gubernamentales**; incluso, algunos consideran la estrategia de STP básicamente como una modalidad de trabajo y una oportunidad para forjar una **alianza positiva entre lo público y lo privado**, en la que el sector público busca que la industria fomente el cambio de comportamiento. Finalmente, hay quienes visualizan a la STP como uno de los componentes a considerar en las reformas necesarias en salud.

Cabe destacar que **los propulsores** de la Salud en Todas las Políticas, corresponden principalmente a países cuyos gobiernos cuentan con una gran capacidad para **regular los mercados y proveedores**, coordinar la **prestación de servicios sociales e implementar políticas** redistributivas por medio de impuestos fiscales u otros mecanismos. En contraste, a los países de **América Latina y el Caribe** la **capacidad regulatoria del Estado**, en particular con respecto al ámbito privado, es limitada así como los mecanismos de **redistribución**, lo cual hace que la Región de América Latina y el Caribe sea una de las más **desiguales en la distribución del ingreso**.

Esto implica que los **frutos de las alianzas público privadas no pueden trasladarse** mecánicamente a las **realidades de América Latina y el Caribe**. De hecho, en la Región de las Américas, la STP ha sido un término **casi ausente** en la **formulación de las políticas públicas**. Esto pareciera responder, en parte, a que dicha conceptualización corresponde a un contexto histórico social europeo y, dentro de este, al impulso particular que le diera la presidencia de Finlandia en la Unión Europea, en el año 2006.

En la Región de las Américas se ha preferido el concepto de **intersectorialidad**. Este tiene sus bases, para el ámbito de la salud, en la **“Declaración de Alma Ata en 1978, Salud para Todos“**, que tuvo una gran influencia en América Latina y el Caribe. (Organización Mundial de la Salud, 1978) Se suma a lo anterior, los importantes aportes señalados en la **Carta de Ottawa del año 1986** acerca de la promoción de salud y, a la vez, los desarrollos y debates ocurridos en la Región de las Américas en torno a los **Sistemas Locales de Salud (SILOS)**. Estos formaron parte de una respuesta

del sector de la salud a los procesos de democratización que tenían lugar en la Región.

Su énfasis estuvo en la necesidad de **reorganizar y reorientar los sistemas de salud** sobre la base de los procesos de **descentralización y desarrollo local**, así como en **reforzar y renovar** la estrategia de **atención primaria en salud** aprobada en **Alma Ata**, dándole mayor relevancia a la búsqueda de equidad con solidaridad y justicia para toda la población. Entre los **aspectos centrales** de dicha agenda se encontraba la **intersectorialidad**, al señalar que la atención primaria: *“entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige esfuerzos coordinados de todos esos sectores”*. (Organización Mundial de la Salud , 1978)

Borroto y colaboradores (citados por Castell, 2007) consideran que la intersectorialidad ha sido uno de los cuatro ejes fundamentales de la atención primaria en muchos países de la Región aunque señalan: “[...] la participación intersectorial varía desde la realización de **actuaciones aisladas por la salud** hasta **actuaciones sistemáticas en el marco de una conducta ordenada por la sanidad**; significa entonces que los sectores no sólo se organizan ante el surgimiento de un problema que afecte a la salud, sino que también **ordenan sus acciones** en función **de evitar el surgimiento de problemas sanitarios** en los que su sector está involucrado”.

Desde esta perspectiva podemos afirmar que la **intersectorialidad** no es un tema nuevo en la Región. Pero, así como existe una **diversidad de interpretaciones** de la Salud en Todas las Políticas, una situación similar ocurre con la intersectorialidad. **Estas diversas** interpretaciones y operacionalizaciones de la intersectorialidad parecieran estar **sustentadas** no solo por aspectos **técnicos** sino sobre todo por aspectos **políticos**, dadas las concepciones hegemónicas de la salud, la diversidad de contextos sociopolíticos, los grados de desarrollo de los Estados de bienestar y las bases que sustentan las políticas sociales en la Región, entre otros aspectos.

Según la **interpretación** realizada por el **Ministerio de Salud Chile el año 2014**, este entiende el concepto como *“La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para*

compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta”.

Determinantes sociales de salud

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud fue creada en marzo del año 2005 por el Dr. J. W Lee Director General de la OMS en el periodo, con el objeto de recabar antecedentes que propiciaran mejoras en salud y su distribución de forma más justa en todo el mundo, a través de un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos.

La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.



Fuente: OMS, Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008 [en línea] [consultado el 20/08/2014]. Disponible en <http://goo.gl/TUUu5h>

Imagen 15, Modelo de Dahlgren y whitehead de producción de inequidades en salud

Es posible afirmar que la Comisión logra respaldar el concepto de intersectorialidad el año 2005, puesto que entiende la salud como un sistema multidimensional donde diversos factores inciden en la misma, y por tanto con aquella visión holística es menester convocar a todos los actores que componen un Estado con la finalidad de aunar fuerzas para garantizar la “salud para todos” entiendo la misma como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Intersectorialidad y equidad

El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas (OPS, 2005; CSDH, 2008; Irwin et al., 2006).

Por lo tanto, por definición, las inequidades son posibles de revertir, para lo cual es necesario contar con **políticas públicas** que logren reducir la fuerte asociación que existe entre **condiciones sociales de vida y la salud en la población** (Krieger, 2001; Graham, 2004a; Marmot, 2010).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS ha desarrollado un marco conceptual que identifica y categoriza los diversos DSS señalando de qué forma interactúan y generan las inequidades en salud (CSDH, 2008). Se distinguen dos categorías: DSS estructurales y DSS intermedios.

Los DSS estructurales incluyen el nivel macro/contextual (político y cultural) y la posición socioeconómica, mediada por dimensiones como clase social, género, etnia, ocupación, nivel educacional e ingreso. Los DSS intermedios, por su parte, se refieren a la interacción entre salud y factores psicosociales, biológicos y de condiciones materiales de vida. También incluyen los efectos del sistema de salud (CSDH, 2008).

Por tanto, el concepto de intersectorialidad y equidad están estrechamente relacionados, se tributan mutuamente, entendiéndose que la inequidad como aquellas diferencias inevitables e injustas. Por ende, es necesario ser abordadas a través de políticas públicas transversales, donde se aúnen fuerza, con el objeto de lograr un desarrollo integral y el bienestar social de la población a nivel nacional. La evidencia señala que reducir las diferencias en el ingreso, educación y condiciones de trabajo entre los miembros de cualquier sociedad debería también afectar de manera

importante la distribución de la salud de dicha población (Wilkinson y Pickett, 2009; Graham 2010).

Sin embargo, es menester señalar que “lograr el objetivo estratégico de reducir las inequidades es de gran complejidad, y requiere la focalización de los esfuerzos, un trabajo cuidadoso y metódico, la cooperación con el intersector y la evaluación constante de los programas a aplicar”.

Reducir las inequidades en salud es un trabajo que depende de muchos factores externos al ámbito de acción del Ministerio de Salud. Las políticas sociales y económicas son esenciales para lograr el objetivo, pero estas se encuentran, en gran parte, fuera del alcance del sector sanitario en el contexto chileno.

También resulta relevante considerar que muchas estrategias conducentes a mejorar la equidad en la distribución de la salud en la población, pudieran no corresponder a las estrategias de mayor eficiencia para mover los valores promedios poblacionales de salud.

Lo anterior se resume en que la principal amenaza para el cumplimiento de las metas establecidas, será la refractariedad de otros sectores en el desarrollo de estrategias conducentes a disminuir la desigualdad social. La cultura compartimentalidad de la gestión pública, donde se enfrentan con frecuencia dificultades para ejercer la intersectorialidad efectiva, dificulta aún más el trabajo.

La principal premisa será la capacidad de gestión e intervención de las autoridades políticas del sector, en base a las recomendaciones de políticas públicas elaboradas por los equipos técnicos. Muchos diagnósticos y acciones de mayor efectividad pueden realizarse en los niveles más cercanos a la gente. Entender los mecanismos locales que desencadenan el daño en salud (o AVPP en este caso) parece la base de un buen diagnóstico y posterior intervención, por lo que se debe desarrollar recurso humano calificado para llevar a cabo esta tarea.

Las estrategias deben responder a las necesidades particulares de cada grupo, para lo cual el trabajo **intersectorial** y las intervenciones diseñadas con grupos multidisciplinarios son esenciales. La participación de la comunidad no sólo en el diagnóstico sino también en el diseño de estrategias, es crucial para lograr empoderar a los ciudadanos afectados y de esta manera propender a la sustentabilidad de las soluciones.

Eje 2 Atención Primaria de Salud y Trabajo Social

El objetivo que busca la Atención Primaria de Salud está orientado a los nuevos paradigmas de salud pública, en donde se acentúa y subraya que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también en las intervenciones sociales. En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de salud se define como; «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad», por lo tanto se debe atender a la heterogeneidad que emana desde la población que acude a la Atención Primaria de Salud, su diversidad económica, cultural, y social.

Las demandas explicitadas por los usuarios necesariamente requieren de atención interdisciplinaria, pues los factores de riesgos que influyen en la salud de los pacientes, gracias a esta nueva lógica, son entendidos como la interacción entre diversos componentes de corte biológicos, psicológicos y sociales. Lo anterior, fundamenta la necesidad de trabajar interdisciplinariamente, en post del cumplimiento del objetivo de orientar a la comunidad en la búsqueda de una mejor calidad de vida, además, de la promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Por lo anterior se incluye la intervención del área social, la cual se desarrolla a través de los respectivos asistentes sociales de cada uno de los diferentes centros, los objetivos programáticos que esta área se plantea son, contribuir al desarrollo de propuestas innovadoras en salud, teniendo como enfoque el modelo de salud familiar y comunitario, de forma que se pueda responder con eficacia social a las necesidades actuales de la población y el territorio. (orientaciones y normas técnicas de trabajo social en salud, 2018)

Niveles de Intervención Social

El Trabajo Social al interior de la Atención Primaria de Salud se lleva a cabo a través de estrategias desarrolladas en los niveles de caso, grupo y comunidad. (Cornejo, 2017, págs. 21, 22)

Método Social de Caso

Se orienta a la persona y a la familia, con el fin de que satisfagan sus necesidades cuando se encuentran en una situación de relativa incapacidad de hacerlos por sí mismos. De este modo, los profesionales atienden entrevistas o consultas de orientación social, derivadas de la demanda

espontánea, limitada a la entrega de información acerca del motivo de consulta, a la derivación y referencia si es necesario.

También se realiza atención de consulta social realizadas a las usuarias y usuarios con fines de investigación, fomento, protección y recuperación de la salud, y está dirigida a promover el desarrollo de las habilidades de las personas.

Además, se encuentran las consultas sociales especializadas realizadas a personas y/o familias con problemas de salud de compleja resolución y que requieren tratamiento social especializado.

Así mismo, se realizan visitas domiciliarias con el objetivo de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural tanto del individuo y de su familia, de modo de complementar los diagnósticos sociales, además de la realización de informes sociales y específicos, entre otros.

Método Social de Grupo

Este método facilita a través de la interacción grupal el crecimiento personal, el surgimiento y desarrollo de habilidades blandas, la satisfacción de necesidades, el aprendizaje y adopción de nuevas conductas y el desarrollo de su capacidad de organización de acción social.

Los grupos identificados al interior de la atención primaria de salud tienen como propósito la educación, el crecimiento, la rehabilitación y socialización, y se subdividen en grupos educativos. De autoayuda y de rehabilitación.

Método Social de Comunidad

El trabajo en comunidad tiene como objetivo el centrarse en la promoción y participación de la organización social y comunitaria en la gestión de salud. Además, facilita la intersectorialidad e incorpora a la comunidad con sus expresiones, expectativas historia y conocimiento de su realidad. Las acciones propias de este método se llevan a cabo en un marco de contacto permanente con los representantes de la comunidad y de las organizaciones.

Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud

El trabajo social, históricamente vinculado a la salud, ha integrado equipos interdisciplinarios y aportado desde sus inicios, a la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, desde la dimensión social, cultural, en el análisis de las causas de los problemas de salud, proponiendo y apoyando a poner en práctica, estrategias de intervención social de carácter integral.

Como parte de los equipos de salud, los y las trabajadores y trabajadoras sociales, contribuyen al análisis permanente de los factores sociales, condiciones estructurales que generan inequidades y que inciden en la calidad de vida y la salud de las personas, familias y comunidades. También contribuyen a diagnósticos sociales que permiten identificar no solo las carencias, sino las fortalezas y factores protectores de la salud que contribuyen al bienestar y mejores condiciones de vida de la población. Desde esta perspectiva, han aportado en conjunto con otros profesionales y técnicos de la salud, a la defensa de los derechos humanos en salud, y, a la construcción de capacidades en las propias comunidades para el cuidado de su propia salud y para activar la defensa de una salud digna e igualitaria.

En el contexto de la recuperación del trabajo social como disciplina integrante de los equipos de salud, y de su aporte específico a la intervención social en la salud pública, el Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales y, el patrocinio del Ministerio de Salud, con fecha 15 de Noviembre de 2015, se constituye formalmente la Comisión Nacional de Trabajo Social y Salud, la cual se propuso apoyar la actualización de las Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social, su conformación pretendió recoger a partir del intercambio de experiencias, el aporte de los profesionales actualmente en ejercicio en el sector salud, el sector académico y el gremio de trabajadores sociales, dimensiones todas que han permitido construir una visión actualizada del rol del trabajo social en salud. (Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud, 2018, pág. 7)

Trabajo social en el marco de las funciones de la salud pública

En el marco de las funciones de salud pública, los profesionales del trabajo social se ocupan de planificar, proyectar, aplicar y modificar estrategias de intervención social expresadas en políticas, programas y proyectos sociales para abordar situaciones de vulnerabilidad y riesgo social que inciden en la situación de salud de las personas, familias, grupos y comunidades que forman parte de la población usuaria del sector salud.

Funciones generales:

1. Función de atención y resolución de problemas socio sanitarios:

Responde a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por si mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social.

2. Función preventiva: Actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas, la relación de las personas con su entorno físico y social, y, en general, de los determinantes sociales de la salud. Elaboración y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos.

3. Función de promoción de la salud: Diseñando, implementando y evaluando acciones orientadas a la generación de estilos de vida y entornos saludables que favorezcan la salud y contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

4. Función de apoyo a la inserción social: Se realiza mediante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales.

5. Función de planificación: Es la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: micro social, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macro social, que comprende el diseño de programas y servicios sociales.

6. Función docente: Con el objetivo de impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de Servicios Sociales, tanto en las propias escuelas universitarias de Trabajo Social, como en otros ámbitos académicos, así como contribuir a la formación teórica – practica de pregrado y posgrado de alumnas/os de Trabajo Social y de otras disciplinas afines.

7. Función de mediación: En la función de mediación el/la profesional del Trabajo Social actúa como catalizador, posibilitando el acceso equitativo a

la información necesaria para facilitar la negociación, el acuerdo y la unión de las partes implicadas en el conflicto, con el fin de posibilitar con su intervención, que sean las/os propias/os interesadas/os quienes logren la resolución del mismo.

8. Función de supervisión: Proceso dinámico de capacitación mediante el cual, las/os Trabajadores/as Sociales responsables de la ejecución de una parte del programa de un servicio, reciben la ayuda de un/a profesional del Trabajo Social con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes de forma que ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio.

9. Función de evaluación de estrategias de intervención social: Tiene la finalidad de constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. También la de asegurar la dialéctica y retroalimentación de la intervención. Indica errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al trabajo social.

10. Función gerencial: Se desarrolla cuando la/el trabajadora/or social tiene responsabilidades en la planificación, dirección de centros o establecimientos de salud, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales.

11. Función de investigación: Proceso metodológico utilizado para descubrir, describir, interpretar, explicar y valorar una realidad, a través de un trabajo sistematizado de recogida de datos, establecimiento de hipótesis y verificación de las mismas, empleando para ello técnicas profesionales y científicas a fin de contextualizar una adecuada intervención y/o acción social planificada.

12. Función de coordinación: Para articular mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización o pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto.

13. Función de protección, defensa y promoción de los derechos humanos en salud: Acciones de promoción y facilitación del ejercicio de la ciudadanía activa, colaborando en la organización y movilización de las comunidades afectadas por situaciones de vulneración de derechos.

Las funciones generales se desarrollan a su vez, en diferentes ámbitos de la acción profesional, distinguiéndose:

Ámbito de la atención directa (clínico asistencial):

- Investigación y diagnóstico social en salud
- Intervención social, asistencia y atención directa para la prevención y disminución del impacto de los determinantes sociales en la salud
- Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida
- Apoyo a la recuperación a nivel individual, familiar, grupal y comunitario
- Apoyo a la rehabilitación e inserción social
- Mediación en salud a nivel individual, familiar y comunitario
- Promoción y protección de los derechos humanos en salud

Ámbito de la gestión social

- Planificación social y apoyo e implementación de planes, programas, proyectos locales de salud
- Facilitación de procesos de organización y participación social y comunitaria
- Apoyo a la abogada y ciudadanía activa en el marco de ejercicio de derechos humanos en salud
- Articulación con la sociedad civil y organizaciones comunitarias, grupos de autoayuda, agrupaciones de monitores de salud
- Coordinación intersectorial y articulación de redes comunitarias y sociales

Ámbito docente asistencial

- Supervisión formativa de equipos técnicos
- Docencia y capacitación en servicio en el ámbito de los determinantes sociales de la salud, enfoque de derechos y equidad en salud
- Investigación social
- Apoyo a la formación continua

Ámbito político institucional

- Gerencia social y dirección de instituciones y establecimientos de salud
- Diseño, implementación y evaluación social de planes, programas y proyectos locales de salud
- Conducción político - estratégica estableciendo prioridades en el uso y orientación de recursos públicos de acuerdo a objetivos sanitarios y de desarrollo social

Trabajo Social en Atención Primaria de Salud

El trabajo social, ha formado parte de los equipos de salud que intervienen a nivel primario, orientando su intervención fundamentalmente al trabajo con familias, organizaciones y comunidades locales. Aplicando el concepto de curso de vida, ha aportado de manera importante a la pesquisa oportuna de situaciones de riesgo y vulnerabilidad social, diagnóstica social con enfoque familiar y comunitario, intervención social con perspectiva territorial, y enfoque de redes.

Integrando equipos multidisciplinarios, participa en el análisis y evaluación social de los problemas de salud incorporando la dimensión social, territorial y cultural en la identificación y tratamiento de factores que han causado la enfermedad o problema de salud, o bien, en las consecuencias generadas por procesos de enfermedad aguda o crónica de mayor connotación social a nivel individual, familiar, grupal o comunitaria.

En la atención primaria, el trabajo social ha ido generando especialización en ámbitos de intervención específicos como salud mental, discapacidad, gerontología social, Intervención familiar sistémica. Ha desarrollado estrategias para la incorporación del enfoque de género e interculturalidad en salud, aportando al trabajo en derechos sexuales reproductivos, diversidad sexual, migración, salud y pueblos indígenas, entre otros. Así también, el desarrollo de habilidades y competencias para la gestión de redes, gestión participativa, gestión de la satisfacción usuaria, gestión de la calidad, mediación, entre otras. (orientaciones y normas técnicas de trabajo social en salud, 2018)

Atención directa a personas y sus familias

El Trabajo Social en establecimientos de atención primaria de salud, realiza diagnóstico y evaluación social de personas con patologías crónicas, agudas, que se encuentran bajo control o soliciten atención. Interviene directamente en situaciones de crisis derivadas de distintas causas, apoya en la pesquisa oportuna de situaciones de riesgo, apoya el trabajo interdisciplinario para el desarrollo de estrategias de intervención social y atención permanente de emergencias sociales, situaciones de vulnerabilidad social que afecten a la recuperación, rehabilitación y reinserción social y familiar, además de realizar atención directa a personas y familias para el diagnóstico y evaluación social, prevención, apoyo a la recuperación, rehabilitación y reinserción social especialmente en grupos prioritarios según evaluación socio sanitaria y en situación de vulnerabilidad social.

Gestión social:

A nivel territorial existe un número significativo de diferentes organizaciones sin fines de lucro que se vinculan con los establecimientos de salud, que se movilizan y actúan en torno a distintas áreas de interés para la comunidad y que aportan de manera colaborativa a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las persona, familias y comunidades locales. Entre otras, pueden mencionarse; organizaciones territoriales, grupos de autoayuda, redes locales por la no violencia, redes locales por la defensa de los derechos de niños y niñas, agrupaciones juveniles, grupos de acción cultural, organizaciones deportivas, asociaciones gremiales y sindicales, comités de agua potable rural, agrupaciones de migrantes, comunidades indígenas, organizaciones vecinales, grupos de voluntariado, monitores de salud, entre otras. El trabajo social desarrolla acciones orientadas a la identificación de organizaciones y redes locales, apoyo a la organización y asociacionismo, articulaci6n de redes de organizaciones, vinculaci6n de las organizaciones sociales con los equipos de salud, incorporaci6n a instancias y mecanismos de participaci6n, entre otras.

- Asesoría a las organizaciones sociales y comunitarias
- Planificación Local Participativa
- Acción intersectorial
- Educación social y comunitaria
- Comunicación social
- Apoyo al ejercicio de derechos y ciudadana activa
- Mediación comunitaria
- Gestión de la Satisfacción Usuaría
- Participación social y comunitaria
- Promoción de la Salud
- Investigación social
- Supervisión formativa de equipos

Áreas específicas de intervención social

Familia y curso de vida

El Trabajo Social con familias se sustenta en la necesidad de fortalecer y mejorar aspectos socio sanitario y factores de vulnerabilidad que influyen en el curso de vida de las familias que consultan en los Centros de Salud Familiar y en el resto del sistema de salud, para el abordaje de la familia y su entorno

privilegia un enfoque sistémico en cuanto al levantamiento de información diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las situaciones de vulnerabilidad que influyen en el estado de salud y que hacen más compleja su mejoría.

El curso de vida de la familia, como concepto, hace alusión desde lo teórico a las distintas etapas de vida de las personas y su vinculación con procesos de salud y enfermedad, a la vulnerabilidad frente a las desigualdades en salud, así como a las redes sociales primarias, secundarias, terciarias e institucionales que, aparecen como soporte y apoyo, en el marco de una construcción cooperativa, solidaria y recíproca.

El trabajo social, en conjunto con equipos multidisciplinarios, interviene en procesos de crisis normativas y no normativas de las familias, facilitando el fortalecimiento de las propias capacidades de sus integrantes, considerando la perspectiva de los propios sujetos, la idiosincrasia familiar, su historia de vida, sus experiencias como recursos para el afrontamiento de situaciones que pueden ocasionar cambios, pérdida de la funcionalidad, desestructuración importante en la situación familiar, de manera de apoyar en su resolución.

Los y las Trabajadoras Sociales en esta área se dedican a contribuir a disminuir el impacto de factores de vulnerabilidad y determinantes sociales de la salud que influyen en la incidencia y prevalencia de problemas de salud de las familias que consultan en la red asistencial del sistema público de salud.

Rehabilitación y discapacidad

El Trabajo Social en Rehabilitación y Discapacidad, nace por la necesidad de contribuir al desarrollo integral de las personas que presentan discapacidad, junto a su entorno familiar, social (grupala) y/o comunitario, desde el enfoque de derechos humanos. Para ello, se requiere de un trabajo interdisciplinario en el sector salud, y el trabajo intersectorial, al trabajar con las redes locales y regionales de distintas esferas sociales, para contribuir al desarrollo de las personas y mejorar su calidad de vida individual y familiar.

Funciones del trabajo social en rehabilitación y discapacidad

- Facilitar a las personas y sus familias, el acceso a procesos de rehabilitación que permitan generar estabilidad e inclusión social y comunitaria.
- Acompañar a las familias en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Planificar de manera participativa, iniciativas a nivel comunitario y social que permitan la inserción futura de las personas en situación de discapacidad

- Mantener coordinación con otros profesionales (equipo multidisciplinario) en el acopiamiento del proceso de rehabilitación
- Intermediar entre las familias, la comunidad y las instituciones que pueden contribuir a mejorar condiciones y calidad de vida de las personas en situación de discapacidad y sus familias
- Participar en la formulación de planes, proyectos, y programas dirigidos a solucionar necesidades detectadas en la población con discapacidad.

Salud mental

El Trabajo Social se integra junto al equipo multidisciplinario, en programas de Salud Mental en tareas de promoción y prevención, rescatando el tejido social y el empoderamiento de las organizaciones sociales hacia prácticas saludables. Aportando a las intervenciones una creciente complejidad técnica como consultas de salud mental y grupal especializada, hasta psicoterapia e intervención individual y familiar. A nivel de la red intersectorial, justicia y Salud Mental, se incorporan saberes y competencias altamente especializadas en personas que sufren trastornos mentales y cometen delitos; con la idea de evaluar, diagnosticar y aportar a la rehabilitación y reinserción.

Es en este contexto que el Trabajo Social aporta hacia el deber ético de humanizar las relaciones entre el sistema social y el sufrimiento de las personas. También en el favorecer y promover el ejercicio de los derechos humanos hacia buenas prácticas en salud, libres de discriminación y estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

Objetivos del Trabajo Social en Salud Mental:

- Facilitar que las personas con trastornos o problemas de salud mental, mejoren la relación con el medio intra y extra familiar.
- Apoyar un proceso de cambio de las personas que conforman el entorno social, de acuerdo a sus recursos internos y externos.
- Favorecer modificaciones socio ambiental para sustentar los cambios en la situación de las personas con problemas de salud mental.

Funciones del Trabajo Social en Salud Mental

En el ámbito de las funciones que realiza el Trabajo Social en Salud Mental, para apoyar el logro de los objetivos institucionales, se expresa en áreas de desarrollo tales como:

- Trabajo Social con personas en el contexto de su situación social, a fin de lograr un equilibrio entre las necesidades personales y sociales.

- Trabajo Social con familias como medio de ayuda a fin de reconstruir familias desintegradas y disfuncionales, movilizandorecursos personales internos y externos.
- Terapia de grupos, usando dinámicas del proceso grupal a fin de conservar y mejorar el funcionamiento y la cohesión social.
- Trabajo Social con organizaciones y sistemas en la mejora de dinámicas sociales, hacia sistemas más humanos y más sensible a las necesidades de las personas.
- Trabajo Social con personas que enfrentan crisis, a fin de recuperar la estabilidad interior y lograr mejoras en su funcionamiento.
- Trabajo social con comunidades con el fin de fortalecer redes de apoyo, sistemas de acogida, comunidades terapéuticas, entre otras.

Salud y pueblos indígenas

En este ámbito de intervención profesional, destaca la acción constante y permanente por posicionar la interculturalidad como modelo dialógico entre la biomedicina y los distintos modelos de salud, con la perspectiva e historia de pueblos indígenas. El trabajo social presenta una dinámica cíclica que implica una permanente vinculación con los actores sociales involucrados tanto en las asociaciones y comunidades indígenas como equipo de salud, incluyendo directivos.

Objetivos del Trabajo Social con Pueblos Indígenas

- Contribuir al reconocimiento y salvaguarda de los sistemas de salud indígenas
- Visibilizar la variable de pertenencia a pueblos indígenas como determinante social, en diagnóstico, intervención y evaluación social en programas de salud.
- El trabajo social en este ámbito se plantea los siguientes objetivos específicos:
- Generar y/o fortalecer los vínculos con el tejido social que configuran las organizaciones y comunidades indígenas en los respectivos territorios.
- Contribuir al desarrollo de competencias interculturales en salud, según nivel de intervención
- Contribuir al desarrollo de relaciones horizontales entre pueblos indígenas e institucionalidad de salud

Funciones del Trabajo Social en salud y pueblos indígenas

- Implementación de estrategias de intervención social en salud, basadas en la interculturalidad.
- Desarrollo de procesos de Mediación y Abogacía entre personas pertenecientes a pueblos indígenas y equipo de salud, para el otorgamiento de servicios con pertinencia cultural.
- Implementación de la política de salud y pueblos indígenas del sector y el programa especial de salud y pueblos indígenas.
- Promoción del reconocimiento de los derechos interculturales e implementación de modelos de salud intercultural (artículo 7 de ley 20584).

Salud y migración

Objetivos del Trabajo Social con personas migrantes.

Objetivo general: Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas y familias migrantes que se atienden en el sistema público de salud a través de procesos de atención integral en salud en el marco del enfoque de derechos humanos.

Objetivos específicos:

- Contribuir a una atención integral de personas migrantes que se controlan en el Sistema Público de Salud a lo largo del país.
- Promover y fortalecer la Inclusión Social de personas migrantes atendiendo a los determinantes sociales de la salud.
- Fomentar la integración a redes locales institucionales y sociales de personas migrantes, y sus familias

Para el logro de estos objetivos, el trabajo social ha asumido distintas funciones y desarrollado distintas estrategias de intervención social en el tema de la migración:

- Facilitar a las personas migrantes y sus familias, el acceso a procesos de atención integral que permitan generar mejores condiciones de salud y calidad de vida. Apoyar el fortalecimiento de los propios recursos personales y familiares para el desarrollo de procesos de integración social a través de socio educación y fortalecimiento de factores protectores de la salud.
- Planificar de manera participativa, iniciativas a nivel comunitario y social que permitan la inserción e integración social de las personas migrantes

- Mantener coordinación con otros profesionales (equipo multidisciplinario) en el acompañamiento del proceso de atención integral en salud con perspectiva de derechos e interculturalidad
- Realizar evaluación y diagnóstico social con el fin de aportar a la incorporación de la dimensión social de los problemas ocasionados por la situación de vulnerabilidad de personas y familias migrantes
- Participar en la formulación de planes, proyectos, y programas dirigidos a solucionar necesidades detectadas en la población migrante.

Emergencias y desastres

El Trabajo Social en el área de emergencias y desastres sustenta su Participación en las tres fases; el antes, durante y después del evento. Una emergencia o desastre, es un acontecimiento no cotidiano que puede ser causado por la naturaleza o por la acción humana.

Las situaciones de crisis, emergencias y catástrofes son un campo de intervención multidisciplinar de los trabajadores sociales, junto con otros profesionales del ámbito psicosocial, desarrollando su actividad profesional de forma coordinada e interdisciplinaria.

Objetivos del trabajo social en emergencias y desastres

El trabajo social se plantea los siguientes objetivos en situaciones de crisis, emergencia o desastre:

- Contribuir a disminuir el impacto de las emergencias y desastres en contextos de desigualdades e injusticias sociales.
- Proteger los derechos de los distintos grupos sociales en contextos de emergencia y vulnerabilidad social.
- Apoyar el restablecimiento del equilibrio psicológico y social de las personas. Facilitar el aprendizaje de las personas, grupos y comunidades, de nuevas formas de enfrentar las situaciones de emergencia y desastres.
- Apoyar la integración del incidente en la estructura de la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades.
- Establecer o facilitar la comunicación entre la población en situación de crisis, y con las redes de apoyo existentes en el territorio.

Derechos sexuales y reproductivos

La actuación del trabajo social adquiere en la actualidad, un rol importante especialmente en procesos de acompañamiento y apoyo al fortalecimiento de redes significativas para las personas y familias que ven vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos. Dos grandes áreas de intervención sustentada en marcos legales vigentes y normativas propias del sector salud, concentran las acciones del trabajo social en salud; la interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y el apoyo y abogada por la no discriminación de personas con identidades sexuales diferentes (LGTBI).

Desarrollo y gestión de las personas

El trabajo social en el área de las Personas, área tradicionalmente llamada de Recursos Humanos; ha estado marcado y reconocido en los Servicios de Bienestar. Actualmente, la presencia de Trabajadores Sociales se ha extendido a otras áreas vinculadas con la gestión y desarrollo de las personas como la selección, capacitación, apoyo en procesos de vinculación y desvinculación de las instituciones de salud, clima organizacional, autocuidado entre otras vinculadas a la calidad de vida y entorno laboral.

En el servicio público, específicamente en Salud, las y los trabajadores sociales se desempeñan en el área de las Personas, producto de una necesidad institucional. El propósito es que sus actividades se orienten en pro de mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, y que las acciones que desarrollen los beneficien en su calidad de vida, les otorgue mayor satisfacción laboral, con la finalidad de alcanzar un mejor desempeño.

En el ejercicio de su rol el trabajador social como facilitador e intermediador es un artífice de una relación laboral virtuosa entre el trabajador de la salud y la Institución, al desarrollar acciones orientadas hacia su promoción y desarrollo de la carrera funcionaria. Su principal centro de atención, es la persona, el trabajador y la trabajadora. Las demandas institucionales serán secundarias a la persona. Por lo anterior, su propósito es que los trabajadores y trabajadoras, alcancen el mayor bienestar ocupacional, mediante un adecuado uso y adaptación de los recursos y habilidades, para conciliar los requerimientos institucionales y sus necesidades.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

Diseño de Investigación

Fundamentación de la Temática de Investigación

La investigación que se desarrollara tiene por objeto analizar el **desempeño profesional distintivo y colaborativo en equipos interdisciplinarios** de los y las Trabajadores Sociales en Atención primaria de Salud en la Región de Valparaíso.

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Alma Ata, adopta un cambio en el concepto de salud y deja de entender ésta como la ausencia de enfermedad, para definirla como el “bienestar físico, psíquico y social”. Este hito histórico, que supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, no solo buscaba acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud, interdisciplinariedad que incluyó el Trabajo Social como la profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud, fue así como todos los países asumieron esta nueva concepción de la salud y reorganizaron sus estructuras y sistemas sanitarios para poder conseguirla y desarrollarla. (Comunicado Colegio de Trabajadores Sociales, 2018, pág. 2)

En Chile, uno de los cambios introducidos en la atención primaria como consecuencia de la reforma sanitaria iniciada a partir de 1984, fue la creación de equipos multidisciplinares amparados en la filosofía de Alma – Ata de una atención integral a la salud, ello implicaba considerar e intervenir en los factores sociales que inciden en el proceso salud - enfermedad más allá de la concepción asistencial tradicional.

Es a partir de los cambios mencionados que la presencia de los trabajadores sociales en los equipos de atención primaria de salud ha ido sustentándose en el establecimiento de un marco legal y normativo que legitima el ejercicio de funciones propias, que trasciende la extendida creencia de otras profesiones, de la población en general y de los medios de comunicación que conceptúan los Servicios Sociales como el hábitat natural de las y los Trabajadores Sociales.

Por tanto es importante relevar y distinguir la participación del Trabajo Social tanto en equipos interdisciplinarios como en la Salud Primaria, como una manera de ir conociendo y actualizando el quehacer profesional. Lo anterior en consideración de que en el año 2017 se planteaba no incluir al Trabajo Social en el artículo 112 del Código Sanitario, escenario que

demuestra un desconocimiento de su función y aporte fundamental dentro de los diferentes equipos y programas de la Salud Pública, sin embargo, finalmente se logra rebatir lo planteado logrando la inclusión de la disciplina de manera formal en el repertorio de las profesiones de la salud.

Considerando a la Atención Primaria de Salud como una estrategia, con especial significado en la relación Individuo -comunidad- institución dónde los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades ante ella, las y los Trabajadores Sociales resultan esenciales para la generación de **un primer contacto** (atención); de la **continuidad** (vínculo entre el profesional y la persona); **integralidad** (la atención de la persona debe ser relacionada con su contexto) y **coordinación** entre los integrantes del equipo la institución y la comunidad.

Fundamentación Metodológica

El paradigma en el que se sustenta la presente Investigación corresponde a un enfoque **Cualitativo**.

En el texto “Estrategia de Investigación Cualitativa” de la autora Irene Vasilachis de Gialdino, establece varias definiciones respecto a que es una investigación cualitativa, una de las que destaca es la de los autores Denzin y Lincoln (1994) los cuales definen a la Investigación Cualitativa como “aquella múltimetódica, naturalista e interpretativa, en donde se indagan situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar fenómenos en los términos que las personas les otorgan”

El enfoque cualitativo supone la utilización de un proceso inductivo en para buscar y/o generar perspectivas teóricas que permitan comprender el fenómeno estudiado. En este sentido, destaca la labor efectuada por el equipo de investigación en relación con los primeros acercamientos a la temática a través de informantes claves que, con sus experiencias y conocimientos académicos iluminaron la construcción del marco teórico conceptual.

El propósito de trabajar la investigación con el enfoque cualitativo se debe a que se busca **comprender el desempeño profesional de trabajadores y trabajadoras sociales en Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso**.

La recolección de los datos cualitativos se basa en la **subjetividad que el individuo** proporciona en su relato, desde la expertiz profesional que cada uno ha construido en su desempeño disciplinar.

Enfoque Metodológico

Luego de haber fundamentado la temática y metodología a investigar, es menester señalar el enfoque metodológico que conlleva la presente Investigación Cualitativa.

Se utilizara un diseño **narrativo**, el cual consiste en “recolectar datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para luego describirlas y analizarlas” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). Los estudios narrativos pueden ser **biográficos** (sobre una persona grupo o comunidad sin incluir la narración de los participantes “en vivo” porque ya fallecieron o no recuerdan a causa de su edad avanzada, enfermedad o son inaccesibles, **autobiográficos** (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales “en vivo” de los actores participantes, y respecto a **tópicos** (enfocados en una temática, suceso y fenómeno), siendo este último el modelo que se utilizará en este proyecto de título.

Lo que se pretende con esta tipología consiste en caracterizar, interpretar y comprender las percepciones que los y las Trabajadoras Sociales atribuyen a su desempeño profesional en Atención Primaria de Salud en Chile respecto a los conceptos de: **Participación Ciudadana, Universalidad e intersectorialidad**, principios promovidos por la Conferencia de Alma Ata en 1978.

Lo que prevalece en esta investigación es el **sujeto en su totalidad** y lo que ellos proporcionan a través de su **experiencia disciplinaria**, para formar, validar o desechar conocimientos de la temática que se investiga.

Sistema de Objetivos

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño profesional en la Atención Primaria de Salud al tenor de los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad estipulados en la Conferencia de Alma Ata de 1978?

Objetivos de Investigación

Objetivo General

Analizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño profesional en la Atención Primaria de Salud al tenor de los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e intersectorialidad estipulados en la Conferencia de Alma Ata de 1978.

Objetivos Específicos

1) Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño distintivo en el marco de la Atención Primaria de Salud según los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad adscritos en la Conferencia de Alma Ata 1978.

2) Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso en relación a su desempeño colaborativo en equipos interdisciplinarios en el marco de la Atención Primaria de Salud, según los principios de universalidad, participación ciudadana e intersectorialidad de la Conferencia de Alma Ata de 1978.

Delimitación de la Investigación Cualitativa

La presente Investigación Cualitativa se desarrolla en torno a las experiencias de Trabajadores y Trabajadoras Sociales del nivel de Atención Primaria de Salud de la Región de Valparaíso, pertenecientes a los tres servicios de salud que comprenden el territorio: Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota y Servicio de Salud Aconcagua.

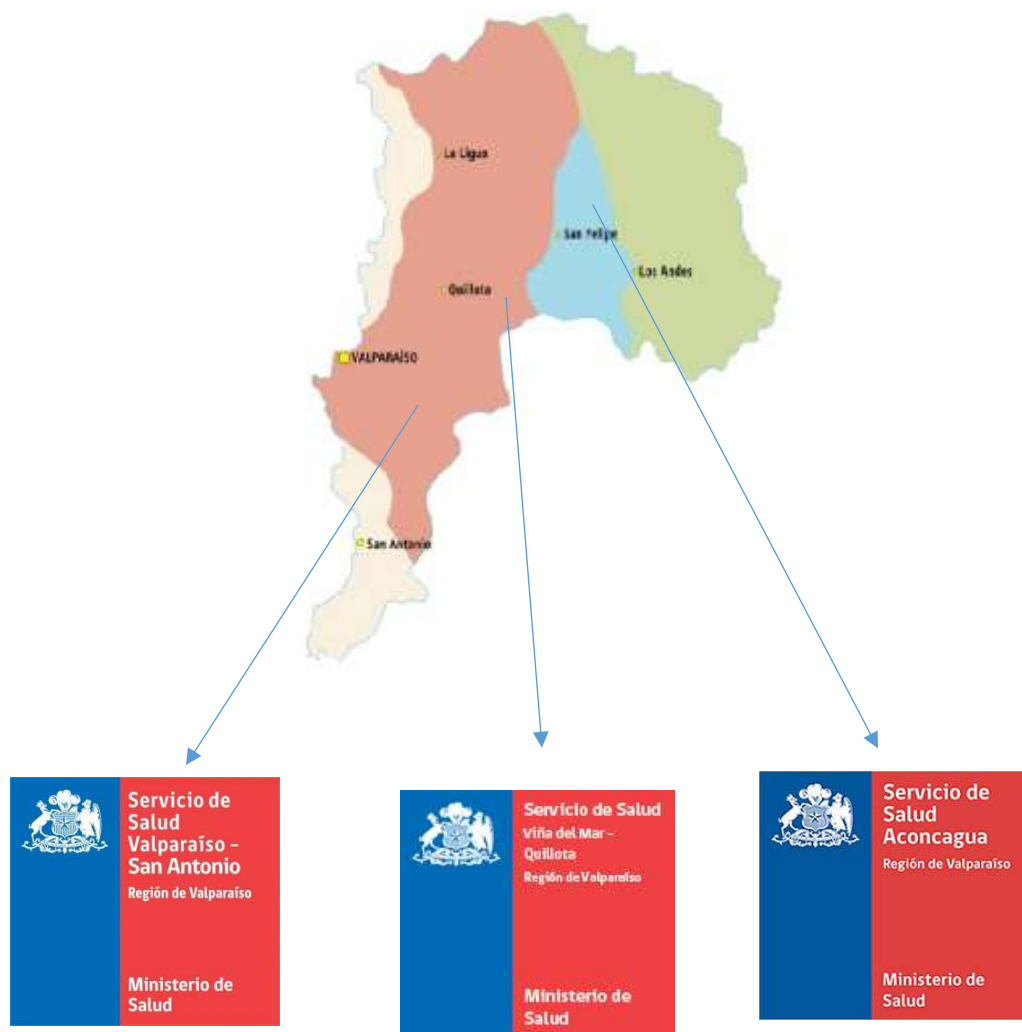


Figura 1, Elaboración propia.

Colectivo de Investigación

- **Colectivo principal:** El colectivo establecido en la Investigación son Trabajadoras y Trabajadores Sociales pertenecientes a la Región de Valparaíso, que se desempeñan en Atención Primaria de Salud.

Criterios de Inclusión Colectivo

Colectivo principal: Trabajadores y Trabajadoras Sociales pertenecientes a la red sanitaria de Atención Primaria de Salud de la región de Valparaíso.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Los y las profesionales deben expresar el deseo libre y voluntario de participar en el proceso de Investigación Cualitativo.
- ✓ Los y las profesionales deben encontrarse en la actualidad desarrollando su quehacer profesional en alguno de los Servicios de Salud de la V región.
- ✓ Los y las Trabajadora Social, debe contar con un mínimo de 6 meses de experiencia en el área de Atención Primaria de Salud.

Criterios de Exclusión:

- ✗ Trabajadores y Trabajadoras Sociales que no pertenezcan a la red sanitaria de Atención Primaria de Salud de la región de Valparaíso.
- ✗ Trabajadores y Trabajadoras Sociales que no se encuentren en la actualidad desarrollando su quehacer profesional en Atención Primaria de Salud.
- ✗ Trabajadores y Trabajadoras Sociales que desarrollen su quehacer profesional en un rango de tiempo inferior a 6 meses.

Muestra

La muestra es definida como “un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera, sobre el cual se habrán de recolectar datos” (Hernandez. R, 2010). Para seleccionar al grupo de personas que colaborarán con la investigación, lo más pertinente es recurrir a un diseño muestral no probabilístico, que se denomina representatividad estructural, respecto al cual, de acuerdo a lo expuesto por la Doctora Patricia Castañeda Meneses en el texto “Propuestas Metodológicas para Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización” (2014), refiere que está orientada por los referentes teóricos conceptuales y contextuales; por lo que, en cada sujeto la estructura se refleja y se contiene.

Saturación de la Temática

Este enfoque nos permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas y cuyos resultados representan el colectivo, es decir el objeto de estudio. Además el punto de **saturación** del conocimiento es el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir, saturar el contenido que se obtiene del conocimiento.

Técnicas con fines de Investigación Cualitativa

Las Técnicas a utilizar para el levantamiento de datos e información en el proceso de investigación, corresponden a las siguientes:

- **Entrevista en profundidad:** Como sostienen Pollit y Hungler (1998) “la vía más directa para saber lo que piensan, sienten, o creen las personas radica en preguntarlo”. La técnica de entrevista le permite al investigador acceder a datos que no se pueden obtener de otra forma.

La entrevista cualitativa es una técnica es íntima, flexible y abierta, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. Están basadas en una guía de asuntos o preguntas, y quien entrevista tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. La modalidad de entrevista que se utilizara en la presente investigación será de carácter **individual**.

- **Trayectoria Laboral:** Las trayectorias laborales están basadas en la técnica de historias de vida, las que se definen como “una estrategia de investigación encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, a partir de la reconstrucción de las experiencias personales, y que pueden estar referidas a la biografía general de una persona, o bien, a un aspecto o aspectos específicos (en este caso, laboral). Se construyen a través de entrevistas orientadas a que la o el protagonista narre sus experiencias. (Metodología de la Investigación, Hernandez Sampieri, 2010)

- **Revisión Documental:** Se utilizara como recurso de análisis, las ponencias de experiencias de intervención interdisciplinaria en Atención Primaria de Salud en el marco de los principios de Universalidad, Participación ciudadana e intersectorialidad del 7° Seminario de Medicina Social: “40 años de la declaración que de Alma Ata 1978-2018”, permitiendo triangular información con los relatos del colectivo profesional.

Técnicas utilizadas según objetivo específico	
1. Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño distintivo en el marco de la Atención Primaria de Salud según los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad adscritos en la Conferencia de Alma Ata 1978.	2. Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso en relación a su desempeño colaborativo en equipos interdisciplinarios en el marco de la Atención Primaria de Salud, según los principios de universalidad, participación ciudadana e intersectorialidad de la Conferencia de Alma Ata de 1978.
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad • Trayectoria laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en profundidad • Trayectoria laboral • Revisión documental

Tabla 18, Técnicas a utilizar por objetivos. Fuente: Elaboración propia

Plan de Análisis

Técnica de Análisis de Contenido

La técnica de análisis de contenido se basa en “la interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, filmados u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos”. (Cáceres, P. 2003)

Lo que se busca es albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas a los conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de vida social.

En lo que respecta al enfoque cualitativo de una investigación el análisis de contenido busca no solo circunscribirse a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado, sino que debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el mensaje.

El análisis de contenido comprende seis pasos, a saber:

1. Selección de un objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación. La batería teórica – conceptual desde la cual se analizarán los relatos ha sido declarada en el capítulo anterior, denominado Marco teórico conceptual.
2. Desarrollo del pre – análisis. Parafraseando a Bardin (1996) esta etapa, se trata de la recolección de los documentos o cuerpos de contenidos, de la formulación de guías de trabajo para el análisis y de establecer indicadores que den cuenta de los diferentes temas presentes en el contenido de que se trate. Respecto a las metas indicadas por Bardin, estas se desprenden de la formulación de los objetivos específicos, los cuales contienen temas que podrán ser afinados, modificados o actualizados conforme la realidad pesquisada lo requiera.
3. Definición de las unidades de análisis. Las unidades de análisis corresponden a los fragmentos de contenido sobre los cuales se comenzarán a elaborar los análisis. Una vez transcritas las entrevistas y revisadas las experiencias, se procederá a marcar de acuerdo con su contenido la información que se considera servirán de insumo para el análisis.
4. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación. Una vez obtenidos los fragmentos, se establecerán reglas de análisis y códigos que permitan su clasificación temática. En la práctica, esta etapa se da de manera simultánea al tercer paso.
5. Desarrollo de categorías. Las categorías representan una mayor abstracción teórica que los códigos, son más amplias y más cercanas a las teorías.
Se establecerán categorías con las cuales se desarrollara el proceso de análisis de los datos, se entiende por categorías “aquellas que abarcan elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí. Las categorías son empleadas para establecer clasificaciones, en este sentido trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones en torno a un concepto capaz de abarcar todo”.
6. Integración final de los hallazgos. Este análisis estará enmarcado por los objetivos específicos enarbolados para este proyecto, y deberá reflejar el diálogo entre categorías, códigos y referentes teórico – conceptuales (que se seleccionaron a partir de la

información recabada durante el proceso de introducción al campo de investigación). Es fundamental señalar que, en el proceso de aplicación de los instrumentos pudiesen aparecer códigos y/o categorías no consideradas por el equipo que suscribe el presente proyecto de título, lo que pudiese implicar la actualización o modificación de los referentes teórico – conceptuales.

Los datos se obtendrán mediante las técnicas enunciadas en el apartado anterior, a saber: revisión documental y entrevista individual. La información auditiva obtenida a través de dichas técnicas, se registrará con una grabadora, mientras que la información no auditiva será rescatada mediante las notas de campo.

La información deberá ser transcrita y ordenada de acuerdo con los instrumentos elaborados, de manera que el proceso de codificación se vea favorecido por este tratamiento previo que se le dará a la información.

Consideraciones éticas

La investigación se construye gracias a trabajadoras y trabajadores sociales de Atención Primaria de Salud como **informantes**, mediante sus relatos, es imprescindible establecer consideraciones éticas, con miras a resguardar la probidad en los procesos de obtención, transcripción, orden y análisis de la información. (Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, 2012, págs. 269 -272)

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de las personas como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura impregnan todas las fases de la investigación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio.

Principio de respeto por las personas o autonomía: El uso del consentimiento informado responde a una ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, a su vez, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación (26). Un aspecto para tener en cuenta es cuánta información debe darse a los informantes, ya que existe el riesgo de que se les predisponga de manera positiva o negativa para los objetivos de la investigación. La responsabilidad moral del investigador será la que determine la implicación metodológica en este punto. Es importante reconocer que la información suministrada se convierte en un elemento que

influye en la autenticidad del estudio debido a que, al tener el informante conocimiento de la intencionalidad de la recolección de los datos, puede dar respuestas socialmente aceptables. La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando esta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral.

Principio de Beneficencia: Los códigos de ética hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación. La confidencialidad se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelada por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados. El pseudónimo puede ser elegido por el participante, lo cual permitirá que este sienta confianza en el proceso y tenga credibilidad en la confidencialidad en los resultados de la investigación.

Principio de Justicia: Con la doble finalidad de cumplir con el principio de probidad y de mantener a las y los participantes informados del proceso analítico, se prevé la comunicación de productos y resultados:

- Concluido el proyecto de título, mediante la publicación y divulgación del mismo, a las instituciones y actores involucrados en el proceso investigativo, de manera de materializar la importancia de la participación de las y los Trabajadores Sociales de la Atención Primaria de Salud de la Región de Valparaíso y a la vez dar a conocer su desempeño profesional en esta área.

Criterios de rigor

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos. (Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, 2012, págs. 266 -269)

A través de la aplicación de criterios de rigor, se persigue validar la información obtenida.

Criterio	Característica del Criterio	Procedimientos
<p>Credibilidad: Permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías.</p>	<p>Aproximación de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados son reconocidos “verdaderos” por los participantes - Observación continua y prolongada del fenómeno. - Triangulación
<p>Confirmabilidad: Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. La confirmabilidad permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. El investigador cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios donde realizará su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, que actuaciones profesionales mantendrá durante la investigación. Así deja claro el papel que desempeñará durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio.</p>	<p>Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Transcripciones textuales de las entrevistas. -Contrastación de los resultados con la literatura existente. -Revisión de hallazgos por otros investigadores. -Identificación y descripción de limitaciones y alcances del investigador.
<p>Consistencia: el investigador debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad.</p>	<p>La complejidad de la investigación cualitativa dificulta la estabilidad de los datos. Tampoco es posible la replicabilidad exacta del estudio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Triangulación - Empleo de evaluador externo - Descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos - Reflexividad del investigador

<p>Relevancia: Permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando, por ejemplo, un cambio en la actividad desarrollada o en las actuaciones de los sujetos participantes. Este criterio también se refiere a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. Se podría afirmar que la relevancia ayuda a verificar si dentro de la investigación hubo correspondencia entre la justificación y los resultados que fueron obtenidos en el proceso investigativo.</p>	<p>Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. - Comprensión amplia del fenómeno. - Correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos.
<p>Adecuación Teórico-epistemológica: Determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno. Es importante, por tanto, considerar que la manera como se realice la pregunta definirá el diseño y tipo de conocimiento generado. La aplicación de este criterio debe estar presente durante el proceso de investigación, en la forma en que se recogen, analizan y presentan los datos, de tal modo que exista una correspondencia entre los presupuestos teóricos y la forma en que son encuadrados los asuntos metodológicos y de carácter práctico que articulan una investigación. Este criterio da cuenta de cómo el investigador hace visibles sus referentes teóricos a lo largo de todo el proceso investigativo</p>	<p>Correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrastación de la pregunta con los métodos - Ajustes de diseño

Tabla 19, Criterios de Rigor, fuente: Elaboración Propia.

Capitulo IV Resultados y Análisis

1. Análisis Objetivo Específico N° 1

Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño distintivo en el marco de la Atención Primaria de Salud según los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad adscritos en la Conferencia de Alma Ata 1978.

Principio de Universalidad

Desempeño Distintivo	
Subcategorías	Fragmentos
Trabajo Social y Derechos Humanos	“Vemos el tema del acceso a la atención, yo creo que va más por el tema de la gestión, de los derechos de las personas a acceder a la salud” NM
Trabajo Social y Política Pública	<p>“En términos de la universalidad, el desempeño nuestro tiene que ver directamente con estar presente con acciones propias de los programas. Atención Primaria se caracteriza por una cantidad de prestaciones que garantiza el Estado, y nuestro rol es que ahí, en las distintas etapas del ciclo las personas involucradas lo puedan desarrollar” PC</p> <p>“Otra forma que nosotros tenemos que ver de acceso o de atención oportuna es el tema de las garantías de los GES, hacerlas valer” NM</p> <p>“Y nosotros también garantizamos el acceso a las diferentes prestaciones que existen” SC</p> <p>“El tema del trabajo social acá es súper importante por eso porque se desarrolla una estrategia que tiene que ver mucho con la puerta de acceso, la condición, la derivación, el desconocimiento por lo económico, la falta de acceso por falta de recursos y así multifactorialidad” IG</p>
Trabajo Social y Rol Educador para la universalidad	<p>“Cuando me doy cuenta yo que no tienen clara su forma de acceder a las prestaciones es cuando hacemos reuniones con la comunidad para poder educarlos” AI</p> <p>“Nosotros generamos el contacto para el acceso, nosotros podemos generar espacios de educación para el acceso” DS</p> <p>“Aparte el ingreso a salud mental también es por servicio social, al equipo le cuesta entender un poco el porqué de eso pero con el tiempo se han ido acostumbrando” RV</p> <p>“En el ámbito de Salud Mental cumplimos un rol súper importante porque somos quienes evalúan el ingreso de una personas al programa, o sea, si una persona quiere tener consultas con el psicólogo o ingresar al programa primero debe acudir a nosotros para ver si presenta condiciones o síntomas para ingresar al programa o no y eso se trabaja tanto en pacientes adultos como en niños” IG</p>

Tabla 20, Fragmentos Principio Universalidad, Fuente: Elaboración Propia

Trabajo Social y Derechos Humanos

La Constitución Política establece el derecho de todas las personas a la Seguridad Social, por cuanto el Estado debe garantizar el acceso a todos los habitantes a las prestaciones básicas uniformes, a cargo de instituciones públicas o privadas. La Seguridad Social está estrechamente vinculada a la Protección de la salud y se manifiesta en los propósitos de los sistemas de seguridad social, que son los de asegurar a sus beneficiarios condiciones de vida digna.

La legislación chilena le otorga al derecho a la salud el rango de derecho fundamental que toda persona debe poseer, el artículo 19 de la constitución política de Chile promulgada en el año 1980 estipula “El derecho a la Protección de la Salud” en cual se determina que el estado debe proteger el **libre e igualitario acceso** a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, asimismo, también le corresponde la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Por tanto es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.

La actuación del **trabajo social**, desde sus inicios, ha estado vinculado a la ley, a los derechos civiles, políticos y sociales y, en la medida en que los derechos han ido evolucionando las y los Trabajadores Sociales han ido aportando a la protección y promoción de los derechos fundamentales de las personas, velando por su bienestar integral, lo anterior con el fin de contribuir a superar las desigualdades evitables e injusticias sociales, como también, a disminuir las brechas crecientes de equidad en la distribución de ingresos y acceso a mejores condiciones de vida y de salud.

“Vemos el tema del acceso a la atención, yo creo que va más por el tema de la gestión, de los derechos de las personas a acceder a la salud” NM

El **Trabajo Social** como disciplina de las Ciencias Sociales, suscribe en su marco ético, la **promoción y defensa de los derechos humanos universales** e inherentes a todas las personas, sin discriminación, su defensa está por sobre las diferentes circunstancias que se presenten en la realidad y también por sobre los sistemas políticos. Su **aporte específico** en la **Atención Primaria de Salud** es la comprensión del proceso de salud - enfermedad a la luz de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, poniendo sobre la mesa la necesidad de ampliar el campo de intervención en salud hacia el fortalecimiento de los factores protectores de la salud y la incorporación del **enfoque de derechos**.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que garantizar el derecho a la salud requiere contemplar de manera interrelacionada no sólo el elemento de **accesibilidad** sino también la disponibilidad, **aceptabilidad y calidad** provistas por el Estado en términos normativos, institucionales, provisión de bienes y servicios públicos estatales (programas) respetuosos, adecuados y apropiados tanto desde el punto de vista científico como desde los sujetos. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)

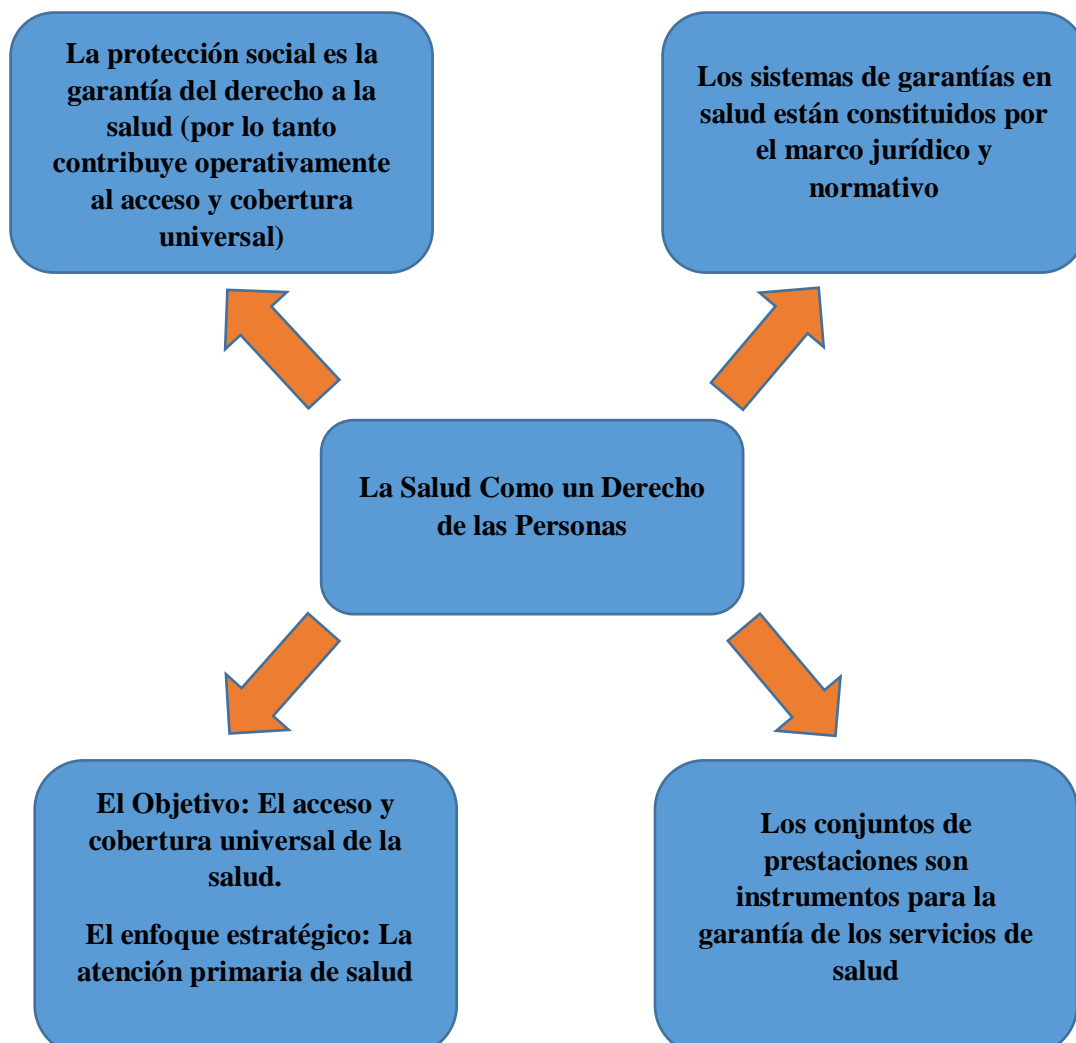


Figura 2, Salud como derecho, fuente: Elaboración Propia.

Tal como se demuestra en el esquema anterior es posible señalar que la salud como un derecho es parte de un sistema de garantías en salud *que propone cada estado con la finalidad de asegurar la protección social de las personas mediante un conjunto de prestaciones (Políticas Públicas) que se convierten en instrumentos para la garantía de los servicios de salud y cuyo objetivo es el acceso universal, tomando como estrategia la implementación de estas a través de **Atención Primaria de Salud**.* (Superintendencia de Salud , 2018)

Trabajo Social y Política Pública

Las y los **Trabajadores Sociales** como profesionales han desarrollado su quehacer profesional ligados a distintos ámbitos de problemas y necesidades que tienen individuos, grupos y comunidades. La búsqueda de solución a estos problemas ha adoptado distintas modalidades a lo largo de la historia. En la medida que la profesión fue adquiriendo un mayor desarrollo lo que se tradujo en la incorporación de bases teóricas y metodológicas, su accionar ha estado estrechamente ligado a la respuesta pública a los problemas y necesidades, expresado en las **políticas públicas que implementan los Estados**.

La reflexión que se ha impulsado en el **Trabajo Social** en torno a las **Políticas Sociales** es un intento por pensar posibilidades y límites en el ejercicio profesional, en situaciones concretas, en las que deben asumir la posición de una aspiración y demanda por cumplir un rol protagónico en la formulación y cumplimiento de las políticas.

En las últimas décadas, el rol del Estado Chileno se ha esforzado por instalar una mayor integralidad y extensión de la intervención social a través del **aumento de las coberturas de los programas sociales a nivel país** y, en la protección de los sectores más vulnerables y en riesgo social. La idea de "**política social**", que se centra en la intervención continuada y sistemática del Estado sobre las relaciones civiles, y en la protección de los sectores sociales más desfavorecidos y vulnerables es relativamente moderna, y, respondería a las crecientes demandas de una ciudadanía más informada y **consciente de sus derechos**.

*“En términos de la universalidad, el desempeño nuestro tiene que ver directamente con estar presente con acciones propias de los programas. Atención Primaria se caracteriza por una cantidad de prestaciones que garantiza el Estado, y nuestro rol es que ahí, en las distintas etapas del ciclo las personas involucradas lo puedan desarrollar” **PC***

El **trabajo social** se inserta en el marco de las funciones de la salud pública abogando por los **derechos humanos en salud**, la participación de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, aportando al control de los determinantes de la salud, y, busca contribuir a la disminución de brechas de **equidad en el acceso a la salud**, así como a la incorporación de la dimensión cultural en la comprensión, análisis e intervención de los problemas de salud a nivel individual y colectivo, por lo tanto, se han sumado activamente a la reflexión crítica en torno a la modificación de los determinantes sociales, que afectan la calidad de vida y la salud de las personas, familias y comunidades. Han ido incorporándose a nuevos **programas e iniciativas en salud** en un marco de reorientación de servicios hacia la prevención de enfermedades, promoción de la salud, **universalidad de la salud** y la participación social y comunitaria.

La profesión se ha hecho cargo de llevar adelante iniciativas en este ámbito, con el fin de determinar prioridades, evaluar la eficiencia de los procesos y la fiscalización y el control de las políticas o programas del estado en torno a salud considerando la opinión de las personas, sus necesidades, sus derechos y sus deberes como usuarios y usuarias del sistema público de salud.

*“Otra forma que nosotros tenemos que ver de acceso o de atención oportuna es el tema de las garantías de los GES, hacerlas valer” **NM***

*“Y nosotros también garantizamos el acceso a las diferentes prestaciones que existen” **SC***

Entre los valores y principios que sustentan la reforma GES se encuentra el **derecho a la salud, la equidad y solidaridad en la salud**, la eficiencia en el uso de recursos y la participación social. Todos ellos se encuentran relacionados directamente en la idea de entregar un mejor sistema de salud público a los chilenos y la **salud como un derecho de las personas**, es el primer pilar fundamental sobre el cual descansa la reforma a la salud, y se entiende en el contexto de que **“toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada”**. Y para lograr resguardar este derecho, es que se hace necesario garantizarlo estableciendo garantías como acceso a la salud, oportunidad de atención, calidad del servicio y protección financiera.

“El tema del trabajo social acá es súper importante por eso porque se desarrolla una estrategia que tiene que ver mucho con la puerta de acceso, la condición, la derivación, el desconocimiento por lo económico, la falta de acceso por falta de recursos y así multifactorialidad” IG

La **búsqueda de la equidad en la salud**, también juega un papel importante en la reforma, como un imperativo moral en la necesidad de reformar el sistema de salud ya que apunta a reducir las desigualdades existentes que son evitables e injustas, otorgando **acceso universal** a la atención de salud y fortaleciendo mayores niveles de **protección social**, principio intrínseco en el **desempeño de la disciplina de Trabajo Social**.

Lo anterior se ve ligado estrechamente al surgimiento de un **Modelo de salud Familiar** que se proyecta de forma más equitativo, con justicia social, solidario, integral y de calidad en donde el **Trabajo Social** tiene la oportunidad de incorporar buenas prácticas de atención, centradas en el usuario, familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable; estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.

“Por otro lado en el ámbito de la gestión, está todo el quehacer de los colegas en los SOME que son las áreas administrativas que permiten el acceso a las atenciones” PC

“En general las asistentes sociales somos las que tomamos los roles de jefe SOME, que tiene que ver con una cuestión vital de los centros de salud porque quizás tenemos mayor facilidad para hablar con la gente, mayores herramientas de comunicación, de contención de las personas”. IP

Con respecto a las buenas prácticas de atención dentro del sector primario de salud y en donde están inmersos los y las trabajadoras sociales nos encontramos con el sistema de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de gestión y de transparencia activa que se dan en SOME y OIRS mecanismos que son la puerta de entrada para acceder a la correcta participación de las personas en factores que indican en la formación de su propia salud con el fin de que esta sea más eficiente, es decir, de **calidad**.

Trabajo Social y Rol Educador para la universalidad

En el ámbito la **Atención Primaria de Salud** los y las **trabajadoras sociales** cumplen un **rol de educador** en cuanto enseñan e informan a la población las diversas formas de **acceder a la salud**.

“Cuando me doy cuenta yo que no tienen clara su forma de acceder a las prestaciones es cuando hacemos reuniones con la comunidad para poder educarlos” AI

“Nosotros generamos el contacto para el acceso, nosotros podemos generar espacios de educación para el acceso” DS

Los y las trabajadoras sociales en su **rol de educador** dentro de la atención primaria entrega a las personas de la comunidad las herramientas necesarias y suficientes para **acceder a la salud**, con la finalidad de que cada individuo se interiorice con respecto a las diversas formas en las cuales puede

hacer uso de la salud pública, la modalidad más usada por los profesionales que trabajan directo en la comunidad es a través de sesiones educativas e informativas lo que conlleva a generar una **participación activa** de los individuos que conforman el grupo, pensando siempre que el fin último es lograr que cada individuo use sus potencialidades y conocimientos para que pueda por si solo **acceder a determinadas prestaciones**.

En cuanto a estas prestaciones se pudo evidenciar a través de las entrevistas realizadas a las y los trabajadores sociales que se desempeñan en atención primera de salud el fuerte protagonismo que ha ido adquiriendo la disciplina como puerta de entrada y facilitador del acceso a la salud mental, siendo en este ámbito donde el **Trabajo Social** ha ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su **perfil y rol profesional** marcado por una especificidad propia. La especialización y la formación continua han sustentado un aporte creciente en salud y psiquiatría, constituyéndose en un valioso aporte en distintas líneas de **intervención terapéutica**.

“Aparte el ingreso a salud mental también es por servicio social, al equipo le cuesta entender un poco el porqué de eso pero con el tiempo se han ido acostumbrando” RV

Lo anterior se debe a que los problemas de **Salud Mental** se han expresado cada vez más en dimensiones de índole psicosocial vinculándose a **determinantes sociales**, esto ha impuesto la necesidad de mirar la salud desde un punto de vista integral, relacionando las condiciones de vida, con el desarrollo emocional e intelectual, **mirada integral** que dentro de un equipo de salud el **trabajo social** posee por expertiz propia.

“En el ámbito de Salud Mental cumplimos un rol súper importante porque somos quienes evalúan el ingreso de una personas al programa, o sea, si una persona quiere tener consultas con el psicólogo o ingresar al programa primero debe acudir a nosotros para ver si presenta condiciones o síntomas para ingresar al programa o no y eso se trabaja tanto en pacientes adultos como en niños” IG

Según las orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud el **trabajador social** es una pieza clave dentro de la **salud mental**, todos los programas de salud mental en **atención primaria de salud** tienen una base cultural y social por lo que el rol de la profesión es de indudable importancia, en este momento los objetivos del Trabajo Social en salud mental están orientados a la búsqueda de la normalización del paciente a su ámbito social, por lo tanto se entiende que no solo es necesario atender la problemática psiquiátrica en particular, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la **rehabilitación e integración social y comunitaria**. (Orientaciones y normas técnicas, pag 46 2018)

Con base a lo descrito en los párrafos anteriores se puede vislumbrar que el trabajo social en su **desempeño distintivo** dentro de la atención primaria de salud trata de validar el principio de universalidad estipulado por la conferencia internacional Alma Ata ya que busca a través de una actuación protagónica velar por el derecho al acceso a la salud que poseen las personas, buscando las instancias para generar políticas y programas que ofrezcan una salud para todos, además de educar e informar a la comunidad sobre la manera de acceder oportunamente al sistema y hacer entender que la eficacia de la universalidad exige atender a la población sin importar sus condiciones económicas y sociales, por lo tanto consiste en otorgar el acceso a la población para que puedan optar a una salud de calidad.

Principio de Participación Ciudadana

Desempeño Distintivo	
Subcategorías	Fragmentos
Trabajo social y conocimiento de intervención en participación ciudadana	<p>“En cuanto a participación ciudadana yo siento que somos un eje fundamental, súper importante porque además tenemos las herramientas y los conocimientos para poder realizar este trabajo y yo creo que eso también va en el perfil del trabajador social” NM</p>
Trabajo social y dominio de metodologías de intervención en participación ciudadana	<p>“En todo lo que tiene que ver con la participación ciudadana y la comunidad, está el Trabajo Social, y nos damos cuenta de que tenemos muchas más habilidades que quizás otras profesiones. No es algo que tu tengas que aprender en un doctorado por ejemplo, son habilidades que están en nuestra profesión, esa capacidad que otras profesiones adolecen y nos piden harta ayuda” SC</p>
Trabajo social y dominio de habilidades comunicacionales en contextos comunitarios	<p>“Siempre somos los que comunicamos hacia afuera. Lo distintivo es que somos los que salen hacia la comunidad, que saben seducir a la comunidad, generar acuerdos, establecer vínculos basados en la colaboración, esa capacidad de vincularse efectivamente con lo que está fuera, eso es distintivo, uno deja a otro profesional en un rol así y es como un pez fuera del agua, no saben desempeñarse bien” SC</p> <p>“La atención con seres humanos tanto en la participación ciudadana como en otros ámbitos, necesita mucho de las habilidades blandas como la empatía, la atención y escucha, todas esas cosas” SC</p>

Tabla 21, Fragmentos Principio de Participación Ciudadana, Fuente: Elaboración Propia

La **participación ciudadana en salud** se emplaza como una dirección crucial para promover la **equidad en salud**, lo que implica la participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades para convertirse en protagonistas activos en los procesos de salud, procesos que propicia el **trabajo social** dentro de la **atención primaria**.

Trabajo social y conocimiento de intervención en participación ciudadana

El Trabajo Social cuenta con un conocimiento especializado relacionado con el ámbito de la **participación ciudadana** que nace de un devenir histórico fuertemente marcado por la presencia del Trabajo Social en lo comunitario, por lo cual es posible evidenciar el **rol distintivo** que reviste a **las y los Trabajadores Sociales** a diferencia de otras profesiones que componen los equipos de salud en temática de participación, ya que indudablemente la profesión busca la potencialidad de la comunidad, por lo que son llamados y reconocidos como “**técnicos especialistas**” en el trabajo comunitario en el ámbito de la salud. Es así como la naturalidad con la que se desenvuelven las y los profesionales para desarrollar la participación ciudadana se encuentra presente en la formación de pregrado de la disciplina y la comprensión de las técnicas que devienen del **trabajo social** y que se encuentran insertas en el **perfil profesional**.

“En cuanto a participación ciudadana yo siento que somos un eje fundamental, súper importante porque además tenemos las herramientas y los conocimientos para poder realizar este trabajo y yo creo que eso también va en el perfil del trabajador social” NM

A partir del fragmento anterior es posible establecer que el Trabajo Social gracias a la amplia gama de conocimientos técnicos con base social con los que cuenta, a diferencia de otras profesiones que se desempeñan en el área de salud que son de índole mayoritariamente biomédica, puede dominar como experto aquellos contenidos y tareas que corresponden para garantizar la participación ciudadana en lo que respecta al ámbito de la Atención Primaria de Salud, ya que, son los únicos profesionales que logran visualizar a la comunidad de una forma más integral, lo que facilita la

identificación de todas aquellas dimensiones que la conforman para localizar nudos críticos que se encuentren presentes en el territorio y así poder plantear estrategias de intervención.

El conocimiento que maneja el Trabajo Social lo posiciona de manera distintiva en los espacios de Salud, debido a que se les reconoce como expertos en ámbito comunitario para mediar entre las instituciones y la ciudadanía y contribuir a que estos últimos participen de forma activa en la formación de su propia salud, ya que, la **participación de la ciudadanía** resulta ser de suma importancia y posee grandes ventajas para el ámbito sanitario, debido a que se considera como un mecanismo para el ejercicio de los **derechos de las personas y comunidades**, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la **Gestión de Salud**.

Trabajo social y dominio de metodologías de intervención en participación ciudadana

En este caso, el conocimiento metodológico se traduce en aplicar los conocimientos que se poseen desde el Trabajo Social respecto a la **participación ciudadana** a situaciones laborales concretas, y llevar a cabo los procedimientos adecuados según corresponda cada situación.

“En todo lo que tiene que ver con la participación ciudadana y la comunidad, está el Trabajo Social, y nos damos cuenta de que tenemos muchas más habilidades que quizás otras profesiones. No es algo que tu tengas que aprender en un doctorado por ejemplo, son habilidades que están en nuestra profesión, esa capacidad que otras profesiones adolecen y nos piden harta ayuda”. SC

Respecto al fragmento anterior es posible evidenciar que las y los Trabajadores Sociales poseen habilidades y herramientas que se configuran como propias de la profesión que les posibilita, a través del desarrollo de metodologías participativas llevar a cabo actividades en Atención Primaria de Salud que fomenten la participación de la mientras que por otro lado se constituye también como implementador de **estrategias de trabajo comunitario** para la **“habilitación a las personas”**, es decir, para fomentar el ejercicio de poder de decisión de la gente a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria en las temáticas que afectan en sus territorios, siendo los

principales desafíos en este contexto, el generar instancias y mecanismos para la participación, en la actualidad la política pública en salud ha fomentado la realización de **diagnósticos participativos** los cuales se entienden como una herramienta metodológica para obtener y analizar información que permita conocer mejor las situaciones problemáticas o necesidades que se pretenden superar con las intervenciones sociales, tomando en cuenta la perspectiva de todos los actores implicados.

Resulta pertinente establecer que son los y las profesionales de Trabajo Social a raíz de los conocimientos específicos que conservan sobre la participación ciudadana quienes se encuentran dotados de habilidades únicas en los contextos de salud, habilidades que le otorgan a la disciplina un rasgo distintivo para vincularse con la población, de educar, de gestionar y de generar espacios de trabajo. Lo antes mencionado, se caracteriza como un componente del que los otros miembros que trabajan en salud adolecen, por lo que suelen recurrir a la profesión para ser orientados en la temática según sea necesario.

Trabajo social y dominio de habilidades comunicacionales en contextos comunitarios

Es correcto señalar que son los profesionales de Trabajo Social quienes conocen los territorios, y son **reconocidos por la comunidad** gracias a la capacidad que estos poseen para **vincularse con la población y generar espacios de trabajo**, lo que permite forjar cimientos desde lo comunitario que faciliten la formación de procesos de participación, lo anterior identificando y analizando los grupos y redes sociales de su sector, con el fin de crear canales estables de comunicación y colaboración.

“Siempre somos los que comunicamos hacia afuera. Lo distintivo es que somos los que salen hacia la comunidad, que saben seducir a la comunidad, generar acuerdos, establecer vínculos basados en la colaboración, esa capacidad de vincularse efectivamente con lo que está fuera, eso es distintivo, uno deja a otro profesional en un rol así y es como un pez fuera del agua, no saben desempeñarse bien” SC

El saber llegar a la comunidad se visualiza como una habilidad distintiva de la disciplina de acuerdo a la participación ciudadana, porque son generalmente los profesionales de Trabajo Social quienes reconocen el territorio y que son reconocidos en ellos por la ciudadanía, ya que, es un rasgo

inherente a la disciplina el abrirse hacia el territorio para seducir y encantar a la comunidad en pos de generar vínculo.

“La atención con seres humanos tanto en la participación ciudadana como en otros ámbitos, necesita mucho de las habilidades blandas como la empatía, la atención y escucha, todas esas cosas” **SC**

Las y los Trabajadores Sociales necesitan utilizar por lo tanto, un repertorio de habilidades para poder desempeñar de manera más factible su rol en cuanto a la participación ciudadana, ya que, tal como se menciona en el fragmento seleccionado, la intervención con seres humanos requiere del manejo de características personales por parte los profesionales, tales como la empatía además de la atención y escucha simplemente por el hecho de que esto permite crear afinidad con la comunidad, situación que facilitará la capacidad para influir en el desarrollo de procesos participativos.

Son estos aspectos personales, los que transforman al Trabajo Social en un ente distintivo frente a los demás que componen los equipos de salud, ya que las herramientas, técnicas y habilidades mencionadas anteriormente son básicas para sobrellevar el trabajo de hacer participar a la población, de las que gran parte de las profesiones biomédicas carecen también porque no son afines a la función que desempeñan en el ámbito de la salud, ya que, a diferencia del Trabajo Social, se centran explícitamente en lo que respecta a la enfermedad, a su diagnóstico y tratamiento, es decir, no busca potenciar el empoderamiento de la gente para crear la salud desde sus propios paradigmas y necesidades, ni tampoco involucrarse más allá con la comunidad.

Principio de Intersectorialidad

Desempeño Distintivo	
Subcategorías	Fragmentos
Trabajo Social y Manejo de redes institucionales públicas y privadas	<p>“En el tema de intersectorialidad nosotros tenemos un rol de coordinador, incitamos a generar este trabajo intersectorial apostamos a que nos organicemos para que en conjunto mejoremos las condiciones de este espacio que es súper particular” PV</p> <p>“El sello intersectorial lo llevamos prácticamente en nuestra profesión, en las mesas de trabajo, mesas territoriales que son netamente sociales, de adulto mayor, de mujer, de salud mental. Son temáticas eminentemente sociales y ahí aparece nuestro rol nuevamente. Generalmente los temas de participación social y de Intersectorialidad se le entregan naturalmente al Trabajador Social, y si te pones a revisar los cargos ahí estamos, nosotros tenemos una historia con los vínculos con la sociedad”. SC</p> <p>“Los trabajadores sociales somos los que tenemos todas las redes bien establecidas, el quipo nos pregunta a nosotros a quien acudir en ciertos casos, de gestionar las redes y todo eso...” RV</p>
Trabajo Social, Gestion Social y colaboracion con el intersector.	<p>“Mira el tema de la intersectorialidad desde mi experiencia, en caso uno trabaja más con la red así como con el intersector, pero trabajas más como uno a uno... tú tienes una colega en no sé por ejemplo en SENAMA y le hablas de un caso, se gestiona...” NM</p> <p>“...cuando yo me hice cargo del programa de promoción, nos tocó hacer mesas de trabajo intersectoriales generalmente utilizamos la COMSE como esa instancia de intersectorialidad, nos juntábamos el Cesfam con todos los colegios del sector y trabajábamos ciertas temáticas que tuvieran que ver con educación y salud”. NM</p> <p>“...muchas veces vienen de los PPF a pedirnos información sobre los niños, si es que tienen el control de niño sano al día o también de los jardines infantiles, desde los colegios nos piden que gestionemos horas o que coordinemos con la familia, generalmente ligadas a esas áreas más específicas como de educación, protección social, cosas así...” IG</p> <p>“...En la Intersectorialidad también creo que aporta desde la mirada crítica, porque nosotros deberíamos desde Trabajo Social en Salud ser capaces de poner el análisis de los determinantes sociales en la mesa y en esa reflexión, cuánto aporta cada disciplina, cada sector, educación, la muni, la gobernación, etc, a ese proceso de construcción en salud...” PC</p>

Tabla 22, Fragmentos Principio de Intersectorialidad, Fuente: Elaboración Propia

En la actualidad, a **nivel sociopolítico y disciplinario** es recurrente el uso del concepto de **intersectorialidad** como **eje central de las nuevas políticas sociales**.

Incluso es visualizado como **la nueva promesa en materia de gestión** para el logro de objetivos de transformación y bienestar social. Sin embargo, **existe una escasa problematización sobre ella** y se usa con sentidos tan generales, que suele diluirse la preocupación acerca de **cómo se construye y cuál es el valor real que puede aportar a los resultados sanitarios a nivel micro y macro social**.

Desde esta perspectiva, el **desempeño de diversas disciplinas**, confluyen y aportan a partir de su experticia de diversas formas, con el objeto de propiciar un adecuado desarrollo intersectorial en los dispositivos de salud de atención primaria.

Trabajo Social y Manejo de redes institucionales públicas y privadas

En el presente análisis, se evidencia el desempeño específico de Trabajo Social, en los dispositivos sanitarios para promover el principio de intersectorialidad, que hace cuatro décadas la Conferencia de Alma Ata en 1978 impulso con el fin de generar esta anhelada, **“Salud para todos”** a nivel mundial.

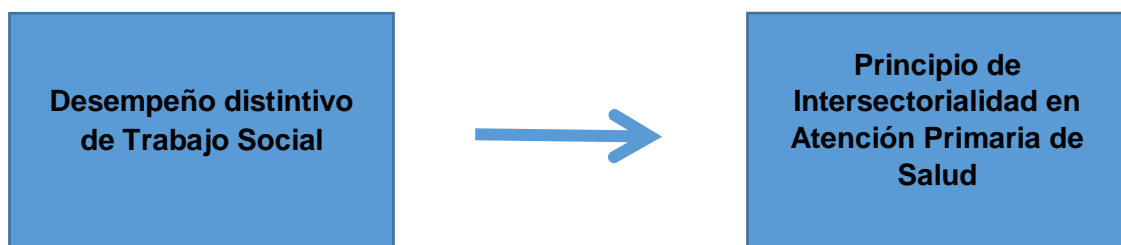


Figura 3, Desempeño Distintivo Trabajo Social, principio intersectorialidad

Según las **Orientaciones y Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud**, la disciplina de trabajo social, históricamente vinculado a la salud, ha integrado equipos interdisciplinarios y aportado desde sus inicios, a la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, desde la dimensión social, cultural, en el análisis de las causas de los problemas de salud, **proponiendo y apoyando a poner en práctica, estrategias de intervención social de carácter integral** que requiere de la **gestión social y articulación de redes asistenciales**. (Orientaciones y normas técnicas, 2018).

“En el tema de intersectorialidad nosotros tenemos un rol de coordinador, incitamos a generar este trabajo intersectorial apostamos a que nos organicemos para que en conjunto mejoremos las condiciones de este espacio que es súper particular” PV

Como parte de la **atención primaria de salud**, las y los trabajadores y trabajadoras sociales, contribuyen al análisis permanente de los factores sociales y **condiciones estructurales que generan inequidades** y que inciden en la calidad de vida y la salud de las personas, familias y comunidades, para lo anterior contempla diversas estrategias y competencias: teoricas, metodologicas y practicas que aplica en los niveles de **intervención social** con los cuales trabaja.

Específicamente el conocimiento **en el plano comunitario** han permitido un desarrollo eficiente y eficaz centrado en la promoción y participación de la **organización social y comunitaria en la gestión de salud, facilitando la intersectorialidad** e incorporando a la comunidad con sus expresiones, expectativas, historia y conocimiento de su realidad. Las acciones propias del trabajo social en APS **se llevan a cabo en un marco de contacto permanente con los representantes de la comunidad y de las organizaciones.**

*El sello intersectorial lo llevamos prácticamente en nuestra profesión, en las mesas de trabajo, mesas territoriales que son netamente sociales, de adulto mayor, de mujer, de salud mental. Son temáticas eminentemente sociales y ahí aparece nuestro rol nuevamente. **Generalmente los temas de participación social y de Intersectorialidad se le entregan naturalmente al Trabajador Social**, y si te pones a revisar los cargos ahí estamos, nosotros tenemos una historia con los vínculos con la sociedad”. SC*

Lo señalado anteriormente, permite evidenciar con certeza, que el desempeño de Trabajo Social en Atención Primaria en Salud en cuanto a la intersectorialidad realiza un aporte distintivo al identificar y conocer las diversas redes con las cuales el dispositivo de salud puede elaborar acciones conjuntas, ya sea de **derivacion o participacion.**

“Los trabajadores sociales somos los que tenemos todas las redes bien establecidas, el quipo nos pregunta a nosotros a quien acudir en ciertos casos, de gestionar las redes y todo eso...” RV

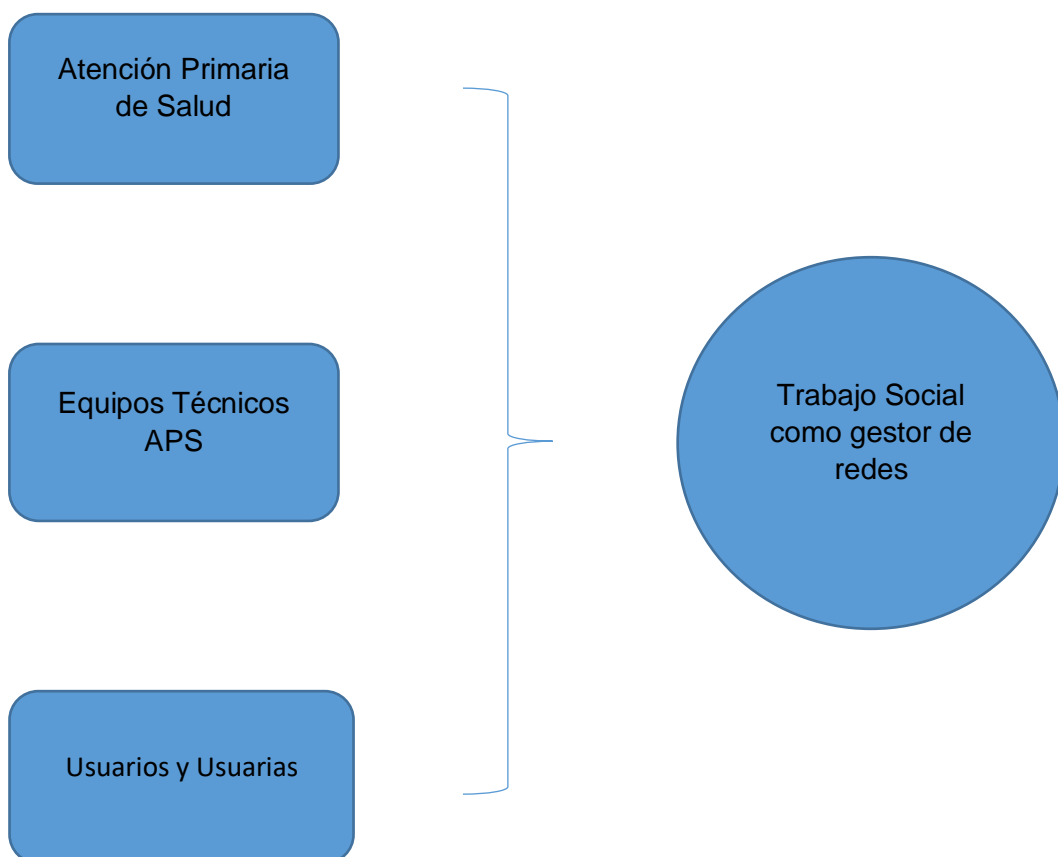


Figura 4, Trabajo Social como Gestor de redes, Fuente: Elaboración Propia

Trabajo Social, Gestion Social y colaboracion con el intersector

Las y los Trabajadores Sociales conocen e identifican las organizaciones y redes locales que rodean a su institución, desarrollando su **desempeño profesional** de dos maneras, en primera instancia **focalizada a traves de la derivación casuistica**, enfocada primordialmente en el nivel de caso-familia, puesto que la demanda de atención solicitada pudiese no ser de competencia del Centro de Salud familiar.

“Mira el tema de la intersectorialidad desde mi experiencia, en caso uno trabaja más con la red así como con el intersector, pero trabajas más como uno a uno... tú tienes una colega en no sé por ejemplo en SENAMA y le hablas de un caso, se gestiona...” NM

En segunda instancia su desempeño se puede visibilizar desde una perspectiva de **Gestión social**, que busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector en base a una relación de cooperación, que puede escalar desde una cooperación **incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas estratégicamente con base en problemas y prioridades comunes**, en los que las **actividades con otros sectores pueden ser determinantes para el logro en salud**; por esto, en múltiples ocasiones es la salud pública la que los conduce. Este tipo de acción intersectorial está básicamente presente en el campo de la ejecución o implementación de programas o políticas, y no en su formulación.

“...cuando yo me hice cargo del programa de promoción, nos tocó hacer mesas de trabajo intersectoriales generalmente utilizamos la COMSE como esa instancia de intersectorialidad, nos juntábamos el Cesfam con todos los colegios del sector y trabajábamos ciertas temáticas que tuvieran que ver con educación y salud”. NM

Otro aspecto del **desempeño profesional identitario de Trabajo Social** en APS relacionado al principio de intersectorialidad, es la vinculación que tiene por excelencia con el **tejido social** de cada comunidad y el intersector.

“...muchas veces vienen de los PPF a pedirnos información sobre los niños, si es que tienen el control de niño sano al día o también de los jardines infantiles, desde los colegios nos piden que gestionemos horas o que coordinemos con la familia, generalmente ligadas a esas áreas más específicas como de educación, protección social, cosas así...” IG

Este aspecto del desempeño del Trabajador Social, permite que otros actores del intersector operen con **información** justa y suficiente respecto a un caso o comunidad en específico que deseen abordar, ya que estos concurren a la expertiz del profesional social a la hora de realizar una intervención.

“...En la Intersectorialidad también creo que aporta desde la mirada crítica, porque nosotros deberíamos desde Trabajo Social en Salud ser capaces de poner el análisis de los determinantes sociales en la mesa y en esa reflexión, cuánto aporta cada disciplina, cada sector, educación, la muni, la gobernación, etc, a ese proceso de construcción en salud...” PC

El fragmento anterior permite señalar que desde una perspectiva intersectorial el Trabajador Social aporta una mirada crítica, ya que conoce a cabalidad el tejido social comunitario que recibe prestaciones del Centro de Salud Familiar, por tanto esa visión integral lo faculta para tener una mirada reflexiva dotada de conocimientos teóricos y prácticos necesarios en cada reunión técnica de su propio equipo de salud y también en reuniones con equipos interinstitucionales.

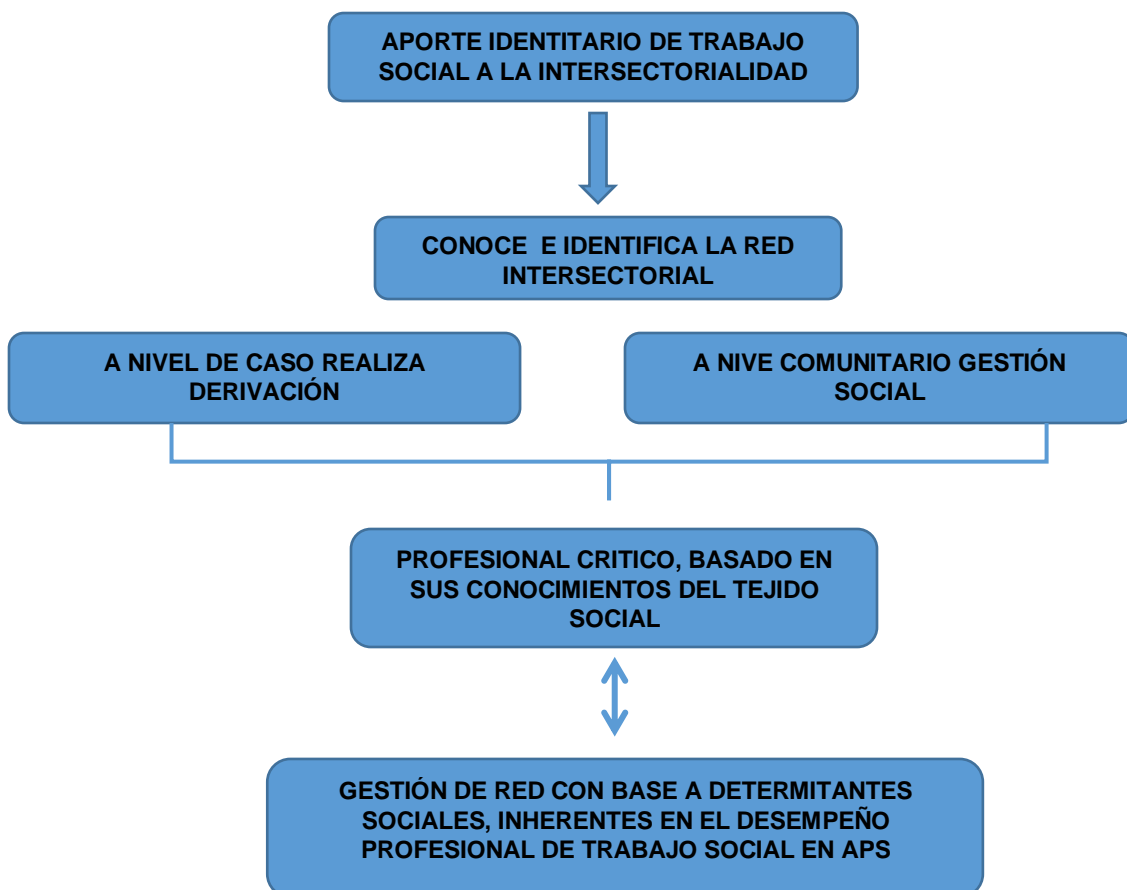


Figura 5, Aporte identitario de Trabajo Social a la intersectorialidad, Fuente: Elaboración Propia

2. Análisis Objetivo Específico 2

Caracterizar las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso en relación a su desempeño en equipos interdisciplinarios en el marco de la Atención Primaria de Salud, según los principios de universalidad, participación ciudadana e intersectorialidad de la Conferencia de Alma Ata de 1978.

Desempeño Colaborativo de las y los Trabajadores Sociales en equipos Interdisciplinarios

La **interdisciplinariedad** fue mencionada por primera vez en 1937 y se le atribuye el término al sociólogo Louis Wirtz, planteándose hoy en día como una búsqueda sistemática de las teorías, métodos e instrumentos, nucleados por un objetivo común. Para la OMS, el **equipo de salud** es una “asociación no jerarquizada de personas”, que provienen de **diferentes disciplinas y saberes profesionales**, pero que apuntan a un objetivo en común que sería el bienestar de las personas, familias y comunidad con la cual se trabaja, (Organización Mundial de la Salud, 2018), al referirse a este como una asociación no jerarquizada queda de manifiesto que no existe una valoración de ciertas profesiones sobre otras ya que estas trabajan mancomunadamente con el mismo fin.

La OMS destaca que el equipo interdisciplinario debe mostrar empatía con el usuario y para ello debe comunicarse de forma no autoritaria, en una escucha activa dentro del servicio que brinda **proporcionando una salud completamente integral y de calidad**. Dentro de los equipos interdisciplinarios la discusión y el análisis constante son los instrumentos básicos necesarios para el entendimiento de un problema, **un trabajo en equipo requiere un proceso colectivo**, donde los individuos se reúnan con una actitud receptiva y flexible aportando sus conocimientos personales y profesionales.

Principio de Universalidad

<i>Desempeño Colaborativo</i>	
<i>Subcategorías</i>	<i>Fragmentos</i>
Trabajo Social y visión integral en equipos interdisciplinarios	<p>“Entonces yo creo que esa mirada que tú tienes desde el trabajo social hace que tú mires a la familia y a la persona... dentro de una familia y a esa familia dentro de un contexto social...esa mirada te permite ver todas las dimensiones, todos los determinantes sociales de salud que pueden haber y que no hay una sola explicación para las causas que las personas pueda estar preguntando en ese momento, yo creo que esa mirada amplia que nosotros podemos darle a la salud hace que el acceso a la salud de las personas sea un poco más integral”.</p> <p>SR</p> <p>“Yo creo que esa mirada amplia que nosotros podemos darle a la salud hace que el acceso a la salud de las personas sea un poco más integral” PV</p>
Trabajo interdisciplinario para el acceso intercultural	<p>“Es clave para nosotros para garantizar el acceso... básicamente orientar, educar, eso es lo que nosotros hacemos, nosotros ayudamos también con un equipo a gestionar el proceso de inscripción en los servicios de salud a la población migrante” PC</p>

Tabla 23, Fragmentos por categorías, análisis desempeño colaborativo principio universalidad, Fuente: Elaboración Propia.

Trabajo Social y visión integral en equipos interdisciplinarios

El Trabajo social dentro de los equipos interdisciplinarios, participa en el **análisis y evaluación de las necesidades y problemáticas de las personas, grupos o comunidades** incorporando la dimensión social, territorial y cultural, lo anterior facilita los procesos de generación de estrategias para el acceso a la salud.

“Entonces yo creo que esa mirada que tú tienes desde el trabajo social hace que tú mires a la familia y a la persona... dentro de una familia y a esa familia dentro de un contexto social...esa mirada te permite ver todas las dimensiones, todos los determinantes sociales de salud que pueden haber y que no hay una sola explicación para las causas que las personas pueda estar preguntando en ese momento, yo creo que esa mirada amplia que nosotros podemos darle a la salud hace que el acceso a la salud de las personas sea un poco más integral”. SR

El **equipo de Atención Primaria** a través de sus distintas disciplinas desarrolla sus objetivos de salud en una comunidad, formando parte integrante de la misma y aportando desde sus diversos conocimientos a la **protección y atención a la salud**, siendo los y las trabajadoras sociales parte fundamental de este proceso, gracias a su formación profesional y **compromiso fundamental con los derechos humanos** es que estos se encargan de **promover un acceso equitativo y universal a la salud** traspasando esta visión a la totalidad de su equipo haciéndoles entender que todas las personas y las comunidades tienen derecho al acceso a la salud, sin discriminación alguna, además de enseñar que las y los usuarios no solo buscan atención en los centros de salud meramente por un malestar físico sino también por múltiples factores que pudiesen estar afectando su calidad de vida.

“Yo creo que esa mirada amplia que nosotros podemos darle a la salud hace que el acceso a la salud de las personas sea un poco más integral” PV

Los y las Trabajadoras sociales poseen conocimientos como se mencionó anteriormente de su **formación profesional que ayudan de forma eficiente a su equipo**, tales como su capacidad organizativa, compromiso social y por sobre todo sus habilidades sociales, las cuales les han permitido desempeñar una labor gestora en los diferentes equipos en los que participa y se ha ganado el reconocimiento y respeto de otros profesionales que han visto al Trabajador Social, como un elemento indispensable en un equipo interdisciplinario.

Trabajo interdisciplinario para el acceso intercultural

El trabajo en equipo dentro de un dispositivo de salud Incluye de manera transversal los diferentes componentes del sistema social y se puede vislumbrar que hoy en día uno de los factores más importantes a tratar hace referencia a la interculturalidad ya que hay que tener en cuenta las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias en salud, es decir que hay que **promover un acceso universal además de una atención integral, integrada y continua.**

Conforme a lo estipulado en las orientaciones y normas técnicas del Trabajo Social en Salud una de las áreas en que los y las trabajadoras sociales deben enfocarse es la interculturalidad, ya sea con pueblos indígenas o migrantes, entendiendo el abordaje de estas áreas como una oportunidad para poder otorgar una **salud universal** que entregue un sistema de salud que atienda a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones. (Orientaciones y normas técnicas, pag 50, 2018)

Los **equipos interdisciplinarios** en este ámbito de intervención profesional, destacan la acción constante y permanente por posicionar la interculturalidad como modelo dialógico entre la biomedicina y los distintos modelos de salud, teniendo el **trabajo social** una dinámica que implica una permanente vinculación con los actores sociales involucrados tanto en las asociaciones y comunidades interculturales como en el manejo de la vinculación de este grupo con el **equipo de salud.**

En el 7mo seminario de medicina social Alma Ata APS, a 40 años de la declaración Alma Ata 1978 – 2018 se presentaron distintas experiencias de intervención interdisciplinarias en atención primaria de salud, algunas de las cuales permitieron evidenciar el trabajo continuo de los equipos interdisciplinarios por fomentar la universalidad de la salud.

“La presente experiencia interdisciplinaria se basa en el Plan Nacional de Salud el que tiene como uno de los objetivos estratégicos “Reducir las inequidades en salud de la población mediante la mitigación de los efectos que producen los Determinantes Sociales y Económicos”, asimismo el Modelo Integral de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario tiene como uno de sus enfoques, en que se basa la planificación en la red de Atención de salud Pública, los Determinantes Sociales de Salud e Interculturalidad. En ellos se establece que las atenciones de salud deben ser otorgadas con pertinencia cultural, siendo uno de los temas pendientes la incorporación de conocimientos y prácticas interculturales en salud, que permitan abordar de manera adecuada a la población indígena, ya que son actualmente población a cargo en los establecimientos de salud, especialmente de Atención Primaria, con las complejidades que el contexto urbano impone a la vinculación con personas pertenecientes a pueblos originarios en Chile”

La experiencia anteriormente descrita tiene por nombre **“Mesa de Salud y Pueblos Indígenas, una experiencia Intercultural en acciones vinculadas a Salud”** la cual se encuentra como parte del programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas cuyo objetivo es **Contribuir a la implementación de Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en Servicio de Salud Aconcagua**, dentro de su equipo de trabajo se encontraba encabezando la propuesta la **Trabajadora Social del Servicio de Salud de Aconcagua**.

La atención con **pertinencia cultural** se encuentra garantizada en el **artículo n°7 de la ley 20.584**, que regula los **derechos y deberes** que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la ley establece que toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador de salud, a que las acciones de **promoción, protección y recuperación** se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la Constitución y las leyes. (Congreso Nacional de Chile, 2012)

Así mismo la ley estipula que en territorios con alta concentración de población indígena, los **prestadores institucionales públicos** deben considerar la **aplicación de un modelo de salud intercultural**, validado ante las comunidades, por cuanto deben realizarse acciones de formación continua para **levantar competencias interculturales en los equipos interdisciplinarios**.

Según las orientaciones y normas técnicas de Trabajo Social en salud los objetivos que debe cumplir la profesión para garantizar un adecuado trabajo mancomunado con la población indígena son:

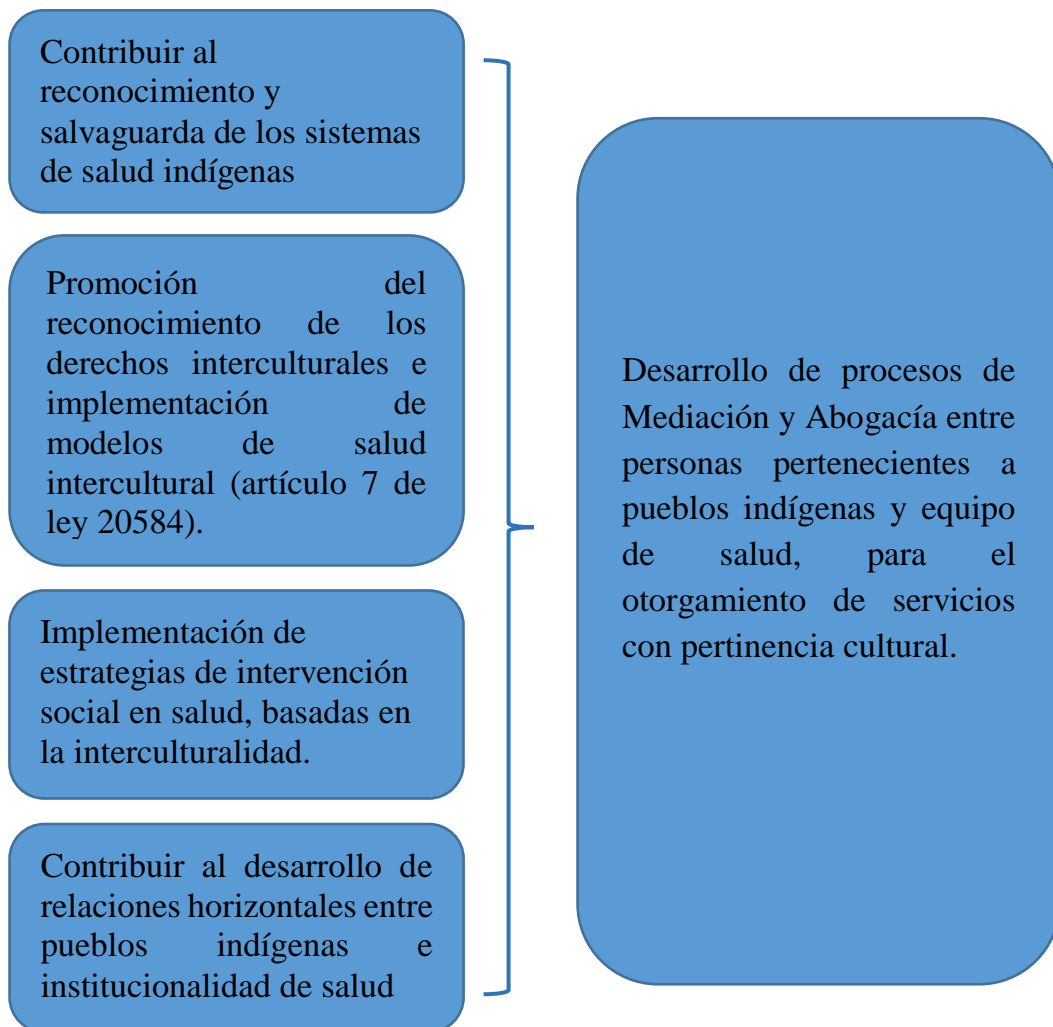


Figura 6, Objetivos de la Profesión para el acceso de la población indígena a la salud,
Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado la realidad actual de nuestro país, nos muestra que, sumado a la interculturalidad con los pueblos indígenas y los procesos migratorios internos, asociados a crecientes corrientes de urbanización y concentración urbana, se evidencia un proceso creciente de migración internacional.

Estos procesos migratorios generan una tensión en el acceso a los sistemas de servicios sociales y en particular, en el sistema de salud. A su vez, las condiciones socio económicas y ambientales precarias en las que se encuentran algunos grupos importantes de población migrante, son factores determinantes de la salud de las personas, familias y comunidades y del desarrollo de intervenciones específicas que requieren una **perspectiva**

intercultural en su implementación por parte del sistema de salud público.

Las diferentes concepciones de los procesos de salud y enfermedad, así como las barreras idiomáticas o procesos administrativos no regularizados, constituyen una dificultad en el **acceso de personas migrantes a la salud.**

“Es clave para nosotros para garantizar el acceso... básicamente orientar, educar, eso es lo que nosotros hacemos, nosotros ayudamos también con un equipo a gestionar el proceso de inscripción en los servicios de salud a la población migrante” PC

A partir de las orientaciones y normas técnicas de **trabajo social** en salud, se hace esencial que un o una trabajadora social contribuya a mejorar la salud y calidad de vida de las personas y familias migrantes que se atienden en el sistema de **Atención Primaria de Salud** a través de procesos de atención integral en salud en el marco del enfoque de **derechos humanos.**

Para lo anterior las y los trabajadores sociales han asumido distintas funciones y desarrollado distintas estrategias que les permitan facilitar a las personas migrantes y sus familias el **acceso a procesos de atención integral**, entre las cuales se encuentra la planificación de iniciativas a nivel comunitario y social que permitan la inserción e integración social de las personas migrantes manteniendo una **coordinación con otros profesionales (equipo interdisciplinario)** en el acompañamiento del proceso de atención integral en salud con perspectiva de **derechos e interculturalidad.**

El actual escenario multicultural requiere un equipo de salud, que no domine solamente los procedimientos clínicos y técnicos, sino también una serie de competencias blandas, que constituyen un desafío para mejorar la **calidad de la atención**, y que se acerque cada día más una construcción conjunta, que debiera apuntar al fortalecimiento de las culturas, y por tanto el desarrollo de las mismas, lo que contribuiría a generar una salud de calidad, culturalmente pertinente, no sólo para los pueblos originarios y migrantes, sino para todo el que recibe **prestaciones en salud pública.**

Principio de Participación Ciudadana

Desempeño Colaborativo	
Subcategorías	Fragmentos
Liderazgo de Trabajo Social en equipos interdisciplinarios para la participación ciudadana	<p><i>“El Trabajador Social, tiene un liderazgo marcado en los equipos de salud, ejercemos liderazgo, somos buenos para conducir equipos y estrategias para la participación” SC</i></p> <p>“... es un trabajo inherente y es un rol inherente al trabajo social, pero también tenemos que soltarlo un poquito, hacer participar a otros profesionales sí, porque la salud es de todos, es tarea de todos abrir los espacios”. DS</p> <p>“Es principal nuestro trabajo creo que es un trabajo inherente 100% al Trabajo Social, ósea que es propio del Trabajo Social, el trabajo con la comunidad y la participación comunitaria, si bien igual yo creo que es posible que otros profesionales también se hagan cargo, por ejemplo acá la encargada de promoción es una nutricionista” DS</p>

Tabla 24, Fragmentos por categorías, análisis desempeño colaborativo principio participación ciudadana, Fuente: Elaboración Propia.

Gracias a la información proporcionada por las **experiencias interdisciplinarias** presentadas en el 7mo Seminario de Medicina Social **“Atención Primaria de Salud, a 40 años de la declaración Alma Ata 1978-2018”**, organizado por la Escuela de Medicina y la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso y a las **entrevistas** realizadas a los profesionales de **Trabajo Social** se evidenció la labor que realizan los equipos de salud para fomentar la **participación ciudadana en salud** demostrando que el trabajo en equipo es una herramienta ineludible para la comprensión de la situación de salud de una colectividad y para resolver grupalmente problemas complejos y necesidades en salud, además se pudo vislumbrar la contribución que realiza la disciplina de **Trabajo Social** al incorporar la **dimensión social** en la práctica del equipo.

En salud es fundamental formar equipos de trabajo colaborativos. La comunicación, la confianza, el apoyo, el liderazgo, conocer y valorar el rol del otro son elementos necesarios para poder complementarse y realizar un abordaje integral de los y las usuarias que requieren del enfoque biopsicosocial que da el trabajo en equipo interdisciplinario, los cuales se

convierten en un mecanismo para lograr la participación ciudadana y el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación ciudadana, es en sí, un determinante social de la salud.

Liderazgo de Trabajo Social en equipos interdisciplinarios para la participación ciudadana

Si bien existe un trabajo colaborativo entre el trabajo social y las otras disciplinas que se desempeñan en el área de la salud, se puede evidenciar que en ámbito de la participación ciudadana este posee un rol protagónico dentro de un equipo interdisciplinario, convirtiéndose en el líder al momento de promover y velar por el cumplimiento de este principio.

El liderazgo se configura como aquella habilidad directiva que posee una persona frente a un grupo e influye en el actuar de un equipo, ya que los orienta y dirige para alcanzar el logro de metas y objetivos, sin embargo, esto no significa que el trabajo en equipo se presente de manera dispar, sino que en este sentido, al trabajar en equipo se busca enriquecer la comprensión de los fenómenos que van surgiendo, ampliar la mirada, y, por lo tanto, mejorar los servicios de atención a la comunidad.

“El Trabajador Social, tiene un liderazgo marcado en los equipos de salud, ejercemos liderazgo, somos buenos para conducir equipos y estrategias para la participación” SC

Esta situación se debe a la experticia de la que goza la disciplina para contribuir desde su calidad de educador para guiar y potenciar al equipo en lo temática, es decir, los profesionales se transforman en facilitadores que proveen de conocimiento especializado a los demás miembros para poder definir objetivos comunes, generar acuerdos y definir cómo utilizar los dispositivos o estrategias vigentes para alcanzar los propósitos que se plantea tendientes a mejorar la situación de salud de la comunidad a través de la participación ciudadana. Estas tareas de visibilización de la labor compartida, de registro y acuerdo, de asunción de responsabilidades sobre las modificaciones que se buscan en pos de resolver los problemas específicos presentes en los territorios y comunidades, recaen generalmente en la

disciplina de Trabajo Social, pero asume la responsabilidad de su logro entre los demás.

“... es un trabajo inherente y es un rol inherente al trabajo social, pero también tenemos que soltarlo un poquito, hacer participar a otros profesionales sí, porque la salud es de todos, es tarea de todos abrir los espacios”. DS

“Es principal nuestro trabajo creo que es un trabajo inherente 100% al Trabajo Social, ósea que es propio del Trabajo Social, el trabajo con la comunidad y la participación comunitaria, si bien igual yo creo que es posible que otros profesionales también se hagan cargo, por ejemplo acá la encargada de promoción es una nutricionista” DS

Si bien se reconoce a las y los trabajadores sociales como el líder dentro de un equipo interdisciplinario a la hora de promover la participación ciudadana también cabe destacar que hoy en día se está en un constante trabajo para que las demás disciplinas adquieran cierto protagonismo en el desempeño de las estrategias de participación, enseñándoles la necesidad de promover el empoderamiento como la capacidad de incidencia de la ciudadanía en la toma de decisiones en relación a política y acciones que la afectan y potenciando a la vez el desarrollo de habilidades y competencias del equipo para la identificación de problemas comunes y búsqueda de soluciones en forma organizada .

Experiencias interdisciplinarias en salud y participación ciudadana

Dentro de los Centros de Salud Familiar de la Atención Primaria de salud se puede evidenciar que la población que logra mayor convocatoria a la hora de realizar actividades de participación es la población Adulto Mayor, lo anterior debido a que la vejez trae consigo importantes problemas de salud, por lo tanto los adultos mayores están en constante contacto con el centro asistencial, además son los llamados e incitados a tener una vejez activa a través de grupos de apoyos, actividades preventivas en salud.

A continuación se presentan 2 experiencias interdisciplinarias que logran visualizar el trabajo colaborativo de las los profesionales de los centros de salud en pos de otorgar una vejez digna a los adultos mayores

- 1) Adultos mayores activos y felices, y tiene por objetivo fortalecer el vínculo entre la Comunidad y el Centro de Salud a través de la participación y el involucramiento del Adulto Mayor.

En la actualidad existe un creciente interés por parte de los adultos mayores como espacio a sociabilizar, compartir y contribuir a la mejora de su calidad de vida. Ellos logran mejorar su vínculo con el Centro de Salud, aumentando también el grado de satisfacción usuaria. En función de desarrollar el modelo de salud familiar, se rescata la modalidad de intervención social en grupo con enfoque psicosocial que focaliza el desarrollo de actividades asociativas, impulsando prácticas de vida saludables comunitarias que generan acciones preventivas en enfermedades crónicas de la población adulto mayor, promoviendo la vida sana y el deporte con mayor impacto de cobertura. La formación de esta modalidad grupal ha significado al mismo tiempo impacto micro social con cohesión comunitaria, afectando positivamente y manteniendo la integración social y familiar. Como también, macro social fortaleciendo acciones intersectoriales locales con diversas instituciones de la red de salud comunal.

- 2) “Reconociendo a través de la experiencia” Actividad recreativa que vincula actividad física, salud mental y participación social y comunitaria en beneficio de los adultos mayores, teniendo como objetivos Mejorar la calidad de vida de los usuarios adultos mayores, Estimular su bienestar físico, psicológico y social además de Implementar un espacio de recreación y participación de para ellos.

La actividad física y recreativa en el Adulto Mayor contribuye al mejoramiento de su calidad de vida, un cuerpo sano se traduce en una mente sana. Está demostrado que el ejercicio garantiza a quien lo practica un aspecto más saludable y estético, permiten conservar mayor fuerza vital y física, facilitan la actividad articular previniendo algunas patologías. La vejez se refiere a un estado relativamente largo, ya que puede corresponder a casi la tercera parte de la existencia, y además constituye el último escalón del ciclo vital. Frente a esto, el objetivo del envejecimiento activo es aumentar la expectativa de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas que están envejeciendo, inclusive las que son frágiles, en situación de discapacidad, y que requieren cuidados de otros. Promover una vejez sana, no es tan sólo, asegurar la alimentación, servicios de salud, confort habitacional e higiene; muy importante es también una vida útil, productiva e independiente. La vida en sociedad evita la depresión y el aislamiento cuyas connotaciones más frecuentes no sólo se deben al envejecimiento biológico, sino también a la inactividad, el desuso, y no en pocos casos a la falta de afecto, de la familia y de la sociedad.

Como se refleja en las experiencias demostradas anteriormente, los equipos interdisciplinarios trabajan en conjunto para que tanto la institución como la comunidad restante comprendan **a los adultos mayores como ciudadanos participantes activos colaboradores del proceso de creación en salud.**

Por otro lado es posible destacar que una de las tareas específicas que debe realizar el **Trabajo social en los equipos interdisciplinarios** en cuanto a la **participación ciudadana** es concretar acciones de apoyo y, diagnóstico social para el tratamiento de grupos de adultos mayores dentro de la comunidad, así como también de grupos con mayor concurrencia al sistema de salud como lo son embarazadas, niños, niñas y usuarios con alguna enfermedad de tipo crónica, lo anterior se realiza a través de programas e iniciativas que buscan prevenir y resolver problemas de salud propios de cada etapa del ciclo vital en conjunto con equipos multidisciplinarios como por ejemplo; Chile Crece Contigo; Mas Adultos Mayores Autovalentes, entre otros, por lo tanto el trabajo colaborativo de Trabajo Social y las otras disciplinas consiste en Avanzar en la implementación de la estrategia de participación Social en salud en los CESFAM asegurando la participación ciudadana en la programación y satisfacción usuaria del establecimiento.

Principio de Intersectorialidad

Desempeño Colaborativo	
Subcategorías	Fragmentos
Trabajo Intersectorial	“Nosotros somos la puerta de entrada, somos el Nivel Primario de Atención pero damos una integralidad, entonces atiende el médico, está la psicóloga, está la nutricionista... hacemos actividades de promoción, de prevención tenemos hartas actividades recreativas, tratamos de que estos tres mundos de la promoción, prevención y la recuperación del daño traten de convivir juntos sin que uno se coma al otro...” PV
Promoción de Salud como estrategia Intersectorial interdisciplinaria	Con la nutricionista ganamos un proyecto, porque hacemos videos en vivo sobre alimentación saludable, siempre tenemos que estar inventando cosas...” SC

Tabla 25, Fragmentos por categorías, análisis desempeño colaborativo principio Intersectorialidad, Fuente: Elaboración Propia.

A lo largo de la historia el desempeño de Trabajo Social en el área de salud se ha ido resignificando, pudiendo apreciarse diversas posturas en torno a **cómo se debe formar Trabajadores Sociales, qué deben aprender, qué deben hacer**, como deben **realizar prácticas profesionales, cuales son los ámbitos a los que deben concurrir** y, finalmente, cómo se articula la **teoría y la práctica en su quehacer cotidiano**.

Trabajo Intersectorial

Se ha escrito sobre los **fenómenos sociales** en torno a los cuales actúan **diversas profesiones**, Trabajo Social es sin duda una ocupación que se ubica en distintos contextos sociales y el ejercicio profesional se desarrolla desde cada ámbito en relación a otras profesiones apuntando a la comprensión de la sociedad de forma holística.

La comprensión de las situaciones que se abordan en la atención primaria de salud merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesiones construyéndose a través de un dialogo fecundo y horizontal, que de paso a estrategias de acción e intervenciones particulares que se **configuren desde lo colaborativo**. Desde este punto de vista, no habría una disciplina particular que interviene en lo social, sino una *“mirada disciplinar que se hacer cargo de ciertos aspectos de una situación que emerge de los social”* (Cazzaniga, 2007, pag.107).

*“Nosotros somos la puerta de entrada, somos el Nivel Primario de Atención pero damos una integralidad, entonces atiende el médico, está la psicóloga, está la nutricionista... hacemos actividades de promoción, de prevención tenemos hartas actividades recreativas, **tratamos de que estos tres mundos** de la promoción, prevención y la recuperación del daño traten de convivir juntos sin que uno se coma al otro...” PV*

A partir del fragmento anterior, es posible evidenciar cómo las diversas **disciplinas** que componen los equipos sanitarios de salud de Atención Primaria confluyen (**pese a sus diferencias epistemológicas y formativas**) en la tarea de configurar un dispositivo de salud integral sustentado por los pilares fundamentales que promueve el Modelo de Salud Familiar en Chile.

Lo **interdisciplinario** implicaría integración y síntesis, siendo la finalidad lograr que los elementos que constituyen dos o más disciplinas se integren entre sí, orientándose a las bases del conocimiento y contribuyendo a que cada una de las disciplinas implicadas se perfeccione. (Gyarmatti, 1991)

Intervenciones Interdisciplinarias con lógica biopsicosocial

Con el fin de evidenciar el trabajo en equipo que realiza la disciplina de Trabajo Social con otras profesiones se presentara a continuación de una de las experiencias interdisciplinarias en salud expuestas en el 7mo seminario de medicina social Alma Ata, la cual tiene por objetivo Implementar una mesa de trabajo intersectorial que permita la creación de un plan de trabajo consensuado y sistematizado entre los sectores de salud y educación, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los integrantes de la comunidad educativa de los establecimientos educacionales que forman parte de la estrategia.

Actualmente nuestra comuna, al igual que a nivel nacional, presenta altos niveles de: malnutrición por exceso, sedentarismo, consumo de drogas y bajo consumo de frutas y verduras, en la población infantil y adolescente, para esto es importante intervenir a nivel de establecimientos educacionales, y facilitar en la comunidad educativa la capacidad de crear habilidades y aptitudes que permitan el fomento de estilos de vida saludables y factores protectores que promuevan calidad de vida, presentándose la estrategia de establecimientos educacionales promotores de la salud como una oportunidad para conseguir este objetivo. Para enfrentar las problemáticas relacionadas con estilos de vida, se considera a la escuela, y dentro de ella a los docentes, como agentes fundamentales en la promoción y fomento de la salud en la comunidad educativa, considerando que sus estudiantes y funcionarios están la mayor parte del día en sus establecimientos.

En relación a la experiencia es posible señalar que un aspecto **colaborativo de Trabajo Social y las diversas disciplinas que componen los equipos de salud** dice relación con las **intervenciones**, ya que no dependen de una sola disciplina o sector, sino de un conjunto de profesionales y técnicos que conforman instituciones aunando saberes con el objeto de mejorar la calidad de vida de usuarios y usuarias de la salud, y del contexto social que rodea el dispositivo, en este caso específico el área educativa.

El trabajo conjunto de Salud- Educación se ha fortalecido a partir de la trayectoria que los establecimientos educacionales poseen como facilitador de

espacios de trabajo, creando un compromiso latente que facilita y potencia el trabajo intersectorial, enfocado en la comunidad educativa de manera integral, trabajando en base a los factores protectores y de riesgo con un enfoque biopsicosocial, lo cual está enmarcado dentro del modelo de salud familiar que orienta el accionar de los CESFAM.

En relación a los Equipos técnicos de los dispositivos de salud, la información recabada sugiere un aumento del involucramiento de profesionales de diversas disciplinas en la **Promoción de la Salud**, ya no siendo únicamente profesionales del área social quienes motivan los procesos, sino que también aquellos de la tradición biomédica, tales como nutrición, kinesiología, medicina, odontología, Terapia Ocupacional entre otras.

“...Con la nutricionista ganamos un proyecto, porque hacemos videos en vivo sobre alimentación saludable, siempre tenemos que estar inventando cosas...” SC

A partir del fragmento anterior es posible señalar que el involucramiento de otras disciplinas en la **Promoción de Salud como estrategia intersectorial**, ha permitido descubrir nuevas formas de hacer promoción, como por ejemplo utilizando los medios de comunicación, que en la actualidad tienen mayor impacto en la población y permite que los y las usuarias puedan informarse respecto a temáticas de salud y buenas prácticas desde la comodidad de sus domicilios o cualquier lugar con conectividad a la red internet.

Por otra parte también ha permitido abordar la salud ya no solo desde el aspecto biológico sino que además, lo psicológico, social y espiritual. Lo anterior genera espacios de apertura a la retroalimentación, la autocrítica y la flexibilización de las formas tradicionales de trabajo por parte de cada participante de los equipos de salud.

Estas nuevas formas de trabajo colaborativo con otras disciplinas ha permitido generar: Diagnósticos Comunitarios interinstitucionales, Programas de Trabajo y Proyectos de Intervención Intersectoriales, propiciando el fortalecimiento de la red intersectorial de la Región de Valparaíso y sus tres Servicios de Salud (Aconcagua, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio).

3. Análisis Integrado desde las categorías **Desempeño distintivo y desempeño en equipos interdisciplinarios de las y los trabajadores sociales en atención primaria de salud.**

A partir de las entrevistas realizadas y la revisión documentada de las experiencias del **7mo seminario de Medicina Social Alma Ata** se pudo evidenciar el proceso de transformación que vivió la atención primaria de salud pasando de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial, este cambio de paradigma implicó una nueva forma de entregar prestaciones en el contexto sanitario, es decir, los integrantes de los equipos interdisciplinarios de los dispositivos sanitarios de nivel primario como médicos, enfermeros, nutricionistas, terapeutas ocupacionales entre otros, comenzaron a adquirir conocimientos respecto a cómo construir una “**Salud para todos**” teniendo como pilar fundamental los **determinantes sociales de la salud**, entendiendo que la salud no es solo el bienestar físico de las personas sino que también un bienestar integral en donde su contexto es fundamental.

Con el transcurrir del tiempo estos cambios en la forma de concebir la salud han requerido que las disciplinas de la tradición biomédica ajusten sus procesos de formación, lo que conlleva a que las instituciones educativas (universidades públicas, privadas, centros de formación técnicas) se esmeren para que sus futuros profesionales tengan una formación integral, destacando el factor social como elemento intrínseco en el **nuevo modelo de atención de salud familiar y comunitario.**

Aquella formación integral ha caracterizado desde siempre a la disciplina del **Trabajo Social** permitiendo que las y los profesionales hayan podido insertarse de forma necesaria en la atención primaria, **desempeño profesional** histórico que está respaldado en las orientaciones y normas técnicas de trabajo social en salud establecidas por el MINSAL.

Tablas del desempeño de trabajo social en APS al tenor de los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad.

Desempeño Trabajo Social en APS	Distintivo		Colaborativo en equipos Interdisciplinarios	
	Fragmento	Tipo de Desempeño	Fragmento	Tipo de Desempeño
Universalidad	“Nosotros somos parte fundamental del acceso de salud, somos la puerta de entrada a casi todas las atenciones, porque cuando tienes un problema o el paciente es nuevo entra con consulta de asistente social no necesariamente tiene que ser vulnerable, es solo para sacar la radiografía, cuales son los perfiles de las personas, su dinámica familiar, cuáles son sus condiciones de salud, todo y luego de esa mirada integral uno desarrolla la estrategia de derivación por lo tanto el tema del trabajo social acá es súper importante por eso porque se desarrolla una estrategia que tiene que ver mucho con la puerta de acceso” NB	Desempeño complementario	“Aquí, en salud, nosotros como parte del equipo interdisciplinario favorecemos igual el proceso de acceso al CESFAM porque tenemos una mirada con lógica de enfoque de derechos que traspasamos a nuestro equipo y que ellos reconocen y entonces eso lo aceptan y en conjunto se trabaja el acceso aunque a veces igual nos vemos limitados por las normas, las políticas públicas y todo eso.”. NB	Desempeño complementario

Tabla 26, Fuente: Elaboración Propia

Desempeño Trabajo Social en APS	Distintivo		Colaborativo en equipos Interdisciplinarios	
	Fragmento	Tipo de Desempeño	Fragmento	Tipo de Desempeño
Participación Ciudadana	“En cuanto a participación ciudadana yo siento que somos un eje fundamental, súper importante porque además tenemos las herramientas y los conocimientos para poder realizar este trabajo y yo creo que eso también va en el perfil del trabajador social” NM	Desempeño protagonista	“...y en lo asociativo esta misma situación si tú lo llevas al trabajo con equipo de cabecera o en los equipos de promoción es de gran aporte, porque por ejemplo en mi caso yo armo un equipo de promoción, que coordino pero que todos los chiquillos hacen cosas, y en eso ellos tienen como la capacidad de realizar la intervención desde su sesgo profesional pero también aceptar la mirada de otros, aceptar la promoción desde el trabajo social, entonces yo creo que estos complementos ayudan mucho desde el determinar qué es lo que hace cada cual” NB	Desempeño protagonista

Tabla 27, Fuente: Elaboración Propia

Desempeño Trabajo Social en APS	Distintivo		Colaborativo en equipos Interdisciplinarios	
	Fragmento	Tipo de Desempeño	Fragmento	Tipo de Desempeño
Intersectorialidad	<p>“Es que yo creo que el trabajador social acá es el protagonista en la intersectorialidad porque los otros profesionales no lo hacen, entonces generalmente cuando ellos identifican alguna situación en la que es necesario articular la red... yo creo que en el fondo eso es lo que uno hace, articular la red, gestión, coordinación”. IG</p> <p>“Yo creo que respecto a la atención primaria, el aporte del Trabajo Social es relevar la Intersectorialidad, por ejemplo es algo que yo creo que nace desde el Trabajo Social, no sé si otras profesiones tienen esa visión, y el Trabajo Social es uno de los grandes precursores en el ámbito de salud y cambia la forma de trabajar con grupos, comunidades y territorios” SR</p>	Desempeño protagonista	<p>Yo creo que el Trabajo Social en salud sobre todo permite a los otros desde la interdisciplinariedad entender que las realidades no son estáticas ni le corresponden a un solo factor, que son multifactoriales, creo que uno también aporta a cambiar y construir nuevas miradas en lo que es salud para todos los equipos que si bien a veces son de la misma rama o de la misma línea de pensamiento también tienen distintas formas de leer los procesos de intervención que ellos realizan, entonces yo creo que lo que hace uno ahí es invitarlos a reflexionar sobre como uno mirar a las familias a la hora de hacer una intervención. SR</p>	Desempeño protagonista

Tabla 28, Fuente: Elaboración Propia

En el cuadro anterior se puede visualizar como opera el **desempeño distintivo y colaborativo de las y los Trabajadores Sociales** de la atención primaria de salud de la región de Valparaíso en cuanto a la universalidad, participación ciudadana e intersectorialidad, fundamentados a través del tipo de desempeño que poseen los profesionales al momento de propiciar el cumplimiento de estos principios.

Acceso Integral

Uno de los aportes más importantes en atención primaria de salud que realiza el trabajo social y que tiene que ver con su **desempeño distintivo** es la visión integral que posee, *mirada que le permite ver a las personas dentro de un contexto social y no de forma aislada teniendo presente todas sus dimensiones, por lo tanto entiende que no hay una sola explicación para las causas por las cuales las personas buscan acceder a la salud, lo anterior facilita el acceso a las personas atendiendo no solo temáticas clínicas sino también temas de seguridad social, de planificación y proyectos sociales, por lo tanto las y los trabajadores sociales entregan y están dispuestos a generar espacios para la ejecución de otro tipo de prestaciones que fortalezcan la autogestión del territorio, lo que dice relación con un aspecto que no se aprecia en otras disciplinas como lo son las **atenciones espontáneas** dentro de los centros de salud. Las atenciones espontáneas se traducen según lo relatado por las y los entrevistados como la entrega de diversos tipos de información que pueden solicitar ciudadanos y ciudadanas que se encuentran dentro de la cobertura del centro asistencial sin una hora agendada previamente, ya que en la mayoría de los casos son dudas o información que deben solucionar u otorgar con inmediatez para un efectivo **acceso a la salud**.*

Dentro de las prestaciones de salud que propician las y los trabajadores sociales se destaca el **seguimiento y rescate** que estos realizan con él o la usuaria que recibe la atención por parte del equipo de salud fortaleciendo el **acceso y continuidad de las prestaciones interdisciplinarias**.

Acceso a la salud en equipos interdisciplinarios con enfoque de derechos

El Trabajo Social y los equipos interdisciplinarios de salud de atención primaria se encuentran en una labor continua de reestructuración de las prestaciones con el fin de mejorarlas garantizando que estas sean eficientes y

eficaces, entendiendo la salud como un derecho que logre propiciar la equidad social.

Una de las medidas que se ha tomado en la actualidad dice relación con la **selección de demandas** la cual se establece como un protocolo que consiste en reconocer y priorizar la atención biopsicosocial, esta medida ha facilitado procesos de atención generando una disminución en las solicitudes de atención por parte de la población permitiendo un acceso expedito para los usuarios y usuarias con mayor riesgo de morbilidad. (Adultos Mayores, Embarazadas, Niños y Niñas).

Las y los Trabajadores Sociales en su desempeño profesional son reconocidos como un **creador de estrategias** que logran ir más allá del costo-efectividad anhelada en el diseño e implementación de políticas públicas, ya que busca lograr concretar valores como equidad, justicia social, universalidad, centrado en las personas, protección comunitaria, participación, acciones basadas en evidencia, responsabilidad personal, **autodeterminación** e independencia que representan, a su vez, valores que la sociedad, en su conjunto, busca obtener de los sistemas de salud.

Con respecto a lo mencionado anteriormente se evidencia que en cuanto al principio de universalidad a pesar de que las y los profesionales realizan diversas acciones que aportan al cumplimiento de un acceso igualitario a la salud existe un desempeño complementario por parte de las y los trabajadores sociales ya que estos ven limitado su labor tanto distintiva como colaborativa por las políticas públicas y normas técnicas que deben respetar y que regulan el acceso a la salud, pese a su esfuerzo por incorporar nuevas estrategias y planes de acción en torno a la facilitación de un mayor número de prestaciones que sean eficientes y de calidad.

Participación Ciudadana y Promoción de la Salud

Como ya se ha hecho referencia anteriormente el acceso a la salud de Atención Primaria no solo se vincula a enfermedades sino también a prestaciones de diversa índole que van de la mano con la **Participación Ciudadana**, la cual cobra un sentido fundamental en la visibilización de factores protectores y de riesgo del territorio, potenciando el reconocimiento de estos por parte de la población lo que permite realizar un trabajo **preventivo** ante una causa que pudiese ser de alta solicitud de acceso a alguna prestación del dispositivo de salud, tales como prevención de enfermedades crónicas, consumo de drogas y alcohol, promoción de salud mental, de estilos de vida saludable, riesgos socio ambientales, entre otros.

El Trabajador Social como se evidenció en el cuadro precedente, presenta un desempeño protagónico en este ámbito del contexto sanitario ya que son los llamados a generar los espacios participativos y de empoderamiento de la comunidad, puesto que posee un rol fundamental en la **articulación y generación de espacios de participación** entregando al servicio de la comunidad sus competencias y conocimientos con base social, con el fin de levantar una serie de estrategias y prácticas en el seno de la comunidad (organizada o en proceso de organización) generando relaciones horizontales, en función de la misión del cuidado de su salud, teniendo como precepto que **“la salud se construye entre todos”**.

La disciplina de Trabajo Social dentro de la atención primaria busca resistir a un modelo de salud que trata a sus usuarios como seres inactivos con una dolencia física, por lo anterior en la actualidad una de las estrategias que los profesionales de Trabajo social están desarrollando dice relación con aumentar el trabajo colaborativo con otros profesionales en los procesos democráticos y participativos de la población, haciéndolos parte de esta co - creación de salud lo que ha permitido potenciar el **modelo de salud familiar y comunitario**.

A partir de lo señalado anteriormente es posible aseverar que tanto en el desempeño distintivo como colaborativo al tenor del principio de Participación Ciudadana, las y los trabajadores sociales tienen un desempeño protagónico en su consecución ya que se encuentra presente con competencias identitarias de la profesión que transfiere a las otras disciplinas de los dispositivos de salud.

Trabajo social como gestor de redes

En el plano del **principio de intersectorialidad** en atención primaria de salud las y los trabajadores sociales tienen al igual que en principio de participación un desempeño protagónico tanto en lo distintivo como colaborativo ya que la articulación de redes es parte intrínseca de la formación de la disciplina y además un elemento que pone al servicio de los equipos técnicos.

El profesional es el que identifica y conoce a cabalidad las redes asistenciales públicas y privadas del territorio las cuales utiliza para la derivación y espacios de participación en los distintos niveles de intervención social puesto que reconoce que la intersectorialidad constituye uno de los pilares fundamentales de los procesos de organización y reorganización de la

salud pública para el mejoramiento de la salud en conjunto a las poblaciones y sus factores sociales determinantes.

Cabe destacar que el principio de intersectorialidad va de la mano con el principio de participación ciudadana y la promoción de la salud en el desempeño profesional del Trabajo social en la atención primaria, ya que la disciplina dispone de una organización en redes para efectivizar la salud, definiendo mecanismos de encuentros, diálogos y acción común, por lo tanto utiliza la participación y la acción intersectorial como un trabajo coordinado entre los distintos sectores sociales, buscando alcanzar, por complementariedad y colaboración, una **mayor capacidad resolutive** aumentando así el impacto de las estrategias desarrolladas por el intersector, por lo cual genera vínculos de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro del **bien común**.

Respondiendo a la pregunta de investigación ***¿Cuáles son las percepciones de las y los Trabajadores Sociales de la Región de Valparaíso respecto a su desempeño profesional en la Atención Primaria de Salud al tenor de los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad estipulados en la Conferencia de Alma Ata de 1978?*** Se puede manifestar que el desempeño profesional del trabajador social en salud está orientado a conocer las problemáticas de salud de la población a través de la investigación, buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario, así como las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la **calidad de la atención primaria de salud** con el fin de obtener un mayor bienestar en la vida del individuo, familia, comunidad y sistema macro social.

Capítulo V

Conclusiones y Reflexiones

Conclusiones metodológicas

El presente proyecto de título surge por el interés de un grupo de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, por analizar cómo se desarrolla el desempeño profesional en el contexto de Atención Primaria de Salud de la Región de Valparaíso, destacando aspectos identitarios y colaborativos de la disciplina dentro de equipos interdisciplinarios de los dispositivos sanitarios.

Para llevar a cabo este proceso se utilizó un Diseño de Investigación Cualitativo, esta metodología resultó adecuada para los objetivos propuestos, ya que permitió que las alumnas pudiesen aproximarse e interpretar a través de las experiencias de las y los Trabajadores Sociales, cómo se ha resignificado el desempeño profesional en equipos interdisciplinarios de Atención Primaria de Salud en torno a los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e intersectorialidad dentro de un área de desarrollo histórica para las y los Trabajadores Sociales con base al marco teórico, políticas públicas y normas técnicas que regulan su desempeño.

Para lo anterior, la utilización de la técnica de Entrevista, facilitó el proceso de levantamiento de datos de investigación y descubrimiento de las percepciones de las y los profesionales que de manera voluntaria aceptaron aportar desde el paradigma fenomenológico sus experiencias personales, descubriendo el punto de vista de los y las participantes de sus propios mundos, y de su experticia profesional en este contexto.

Por otra parte la Revisión Documentada de experiencias profesionales interdisciplinarias expuestas en el 7mo “Seminario de Medicina Social a 40 años de Alma Ata”, complementaron de manera idónea los relatos de los y las profesionales que participaron de la presente investigación, a través de estrategias concretas desarrolladas por Centros de Salud Familiar de la V Región, para la consecución de los preceptos de Universalidad, Participación Ciudadana e intersectorialidad. Es preciso señalar que pese a que la cantidad de profesionales entrevistados por Servicio de Salud (Aconcagua, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso – San Antonio) es desigual (en el caso específico de SSA) la calidad y experticia del relato que otorgaron la y él profesional representante del territorio, permitió equilibrar aquella disparidad. Para finalizar, es pertinente señalar que el sistema de análisis categorial utilizado en la presente investigación a través de matrices, permitió entregar un orden conceptual a las subcategorías que se desprenden de cada uno, facilitando el proceso de comprensión del lector de las interpretaciones realizadas por las estudiantes que desarrollaron este proyecto investigativo.

Conclusiones temáticas

- **En torno al desempeño de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud**

El presente proyecto de título tiene como **hito histórico fundamental** el año **1978**, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la **declaración de Alma Ata**, adopta un cambio en el concepto de salud y deja de entender ésta como la ausencia de enfermedad, para definirla como el “bienestar físico, psíquico y social”, además de **abogar por los principios de Universalidad, Participación Ciudadana e Intersectorialidad** como ejes fundamentales para concretar una adecuada atención de salud. Este hito histórico, que buscaba el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, supuso no solo acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias, sino también el carácter interdisciplinar de las intervenciones, interdisciplinariedad que incluye al **Trabajo Social** como la **profesión de referencia para la parte social de esta nueva concepción de la salud**.

En este sentido el desempeño de los y las trabajadores sociales en atención primaria de salud se centra en intencionar un papel activo de las personas, grupos y comunidades como generadora de su propia salud a través del desarrollo de metodologías adecuadas de intervención, además de la aplicación de técnicas participativas que le permiten establecer relaciones horizontales y continuas con la población, además de un acceso equitativo a los dispositivos de salud. Es importante destacar que el trabajo social adquiere protagonismo en el escenario de reestructuración del desempeño de los equipos de salud ya que se constituye en el potenciador de trabajo colaborativo liderando los procesos de vinculación e inserción del equipo de salud a la comunidad en la cual se inserta el establecimiento de atención primaria de salud.

A partir de lo planteado anteriormente cobra sentido el desempeño desarrollado por las y los trabajadores sociales ya que estos aportan a los equipos con una visión más ampliada de la comunidad promoviendo el abandono de la lógica utilitarista que predominaba antes de la implementación del modelo de salud familiar y comunitario.

Por otra parte se pudo evidenciar que el trabajo intersectorial emerge como un ámbito de acción relevante en el quehacer de la profesión, en este contexto se debe precisar que existe una brecha entre las aspiraciones mencionadas en la política de salud y su expresión en la práctica, se observa

que las y los trabajadores sociales en ciertos casos deben enfrentarse a una baja participación de de la comunidad situación que dificulta la real vinculación para el desarrollo de la promoción de la salud, situación en la cual los y las profesionales deben crear estrategias para una participación óptima de la comunidad.

Es posible establecer que el sector de salud en el marco de atención primaria constituye un referente importante para el desarrollo de la profesión y a su alero se abren nuevos espacios de intervención y actualización para el trabajo social.

- **En torno a la Conferencia Internación Alma - Ata, “Salud Para Todos”**

A 40 años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma – Ata los países adscritos aún se encuentran trabajando para el logro de una cobertura sanitaria universal y de calidad, en octubre del presente año, en Astaná capital de Kazajistán se realizó una nueva conferencia reafirmando los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata con miras al 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos.

Los países adquirieron el compromiso de que sus gobiernos y sociedades deben dar prioridad a la salud y bienestar de las personas, protegiéndolos tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos, además de otorgar servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos.

40 años después de Alma Ata aún se cree que el fortalecimiento de la atención primaria es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal.

Para lo anterior, se espera que de aquí a 10 años más se tomen decisiones políticas audaces y pro de la salud en todos los sectores, para establecer una atención primaria de salud que sea sostenible.

Conclusiones profesionales

La contribución que el presente proyecto de título le otorga a la disciplina de Trabajo Social radica esencialmente en la caracterización y análisis realizado respecto a los aportes que las y los Trabajadores Sociales ofrecen a la Atención Primaria de Salud a través tanto de su desempeño distintivo como colaborativo en los equipos interdisciplinarios, relevando de esta forma la importancia de la que reviste la profesión en los espacios sanitarios como una manera de ir conociendo y actualizando el quehacer profesional.

Por otra parte, la elaboración de la investigación permitió también a las estudiantes adquirir una amplia gama de herramientas tanto conceptuales como prácticas que se requieren para desempeñarse en el área de Atención Primaria de Salud gracias a los aprendizajes adquiridos a raíz de la expertiz de los profesionales entrevistados lo que se constituye como una experiencia valiosa para el desenvolvimiento en un futuro escenario profesional que además, abre espacios para reflexionar e innovar, con el fin de aportar mucho más allá de las concepciones asistencialistas en el sistema de salud y caminar hacia una nueva forma de construir salud.

Lineamientos de propuestas de investigación

A continuación se puede evidenciar tres propuestas de investigación que se consideran necesarias de implementar para vislumbrar con mayor detalle el desempeño profesional de Trabajo Social en Atención Primaria de salud en torno a temáticas contingentes, estos lineamientos de propuestas se realizan con base a los hallazgos revelados por la presente investigación cualitativa y nacen a través de la información otorgada por las y los entrevistados que se considera relevante y propicia de ser investigada.

- **Trabajo social y salud mental**

El año 2018 el Ministerio de Salud de Chile aprobó, una norma que establece las nuevas "Orientaciones y normas técnicas del Trabajo Social en Salud" (MINSAL, 2018) Este documento actualiza las funciones de la profesión en diversos organismos del estado, y en particular en el nivel de Atención Primaria de Salud. El documento define el Trabajo Social Clínico, y lo hace con base a una definición proporcionada por las y los trabajadores sociales del país. Reconociendo el desempeño del profesional en Salud Mental como

Trabajo Social Clínico y la salud mental como área específica del Trabajo Social y la atención directa/clínico asistencial como ámbito de actuación distintiva.

Con base a lo anterior, se identifican líneas de investigación susceptibles de ser exploradas por estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso que aborde la temática de Trabajo Social en salud mental en Atención Primaria de Salud, lo que permitirá validar desde la práctica el desempeño profesional de la disciplina en Salud Mental, con base a las potestades que las Normas técnicas otorgaron a las y los Trabajadores Sociales en Chile.

- **Trabajo social y calidad en Atención Primaria de salud**

En los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno. Ello no implica que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

A través de las entrevistas realizadas para la presente investigación se pudo evidenciar que a pesar que el acceso a la salud en el nivel primario se encuentra garantizado por ley este no va de la mano con una atención de calidad entendiéndose esta como la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, por lo tanto el grado de calidad es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Según el relato de los entrevistados Trabajo social está inmerso en políticas públicas y programas sociales que van dirigidos a garantizar lo anterior y en la actualidad implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la atención primaria de salud con el fin de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes. El desempeño en calidad se sustenta en la *medición de resultados, de procesos y de la satisfacción de los pacientes y sus familias*, trabajo que los profesionales de la disciplina se encuentran realizando en los dispositivos de salud.

Por lo anterior se hace un llamado a la posibilidad de investigar el quehacer profesional de Trabajo Social en este ámbito, pudiendo así descubrir el aporte de su desempeño para garantizar la calidad de la salud.

- **Trabajo Social y Migración en Atención Primaria de Salud**

El área de migración posee una gran deuda a nivel nacional, desde la que aún queda mucho por hacer desde el Trabajo Social y especialmente en el ámbito de la salud, concibiéndose en este punto una potencial brecha temática hacia dónde enfocar el quehacer profesional dado el amplio incremento de migrantes en el país.

De acuerdo a lo anterior y a través de las entrevistas realizadas a Trabajadoras y Trabajadores Sociales que se desempeñan en Atención Primaria de Salud en la Región de Valparaíso fue posible vislumbrar que existe, además de todo tipo de vulneraciones, una gran serie de dificultades para que personas migrantes logren tener un correcto acceso al sistema de salud, ya sea por desconocimiento o mal manejo de la información, y se considera que es aquí donde, a través de la disciplina de Trabajo Social se hace imprescindible comenzar a cuestionarse sobre el tipo de intervención que se realiza en función de aportar de forma efectiva a este y otros derechos fundamentales, además las acciones y medidas a tomar respecto al tema deben configurarse desde las propias demandas de los involucrados, por lo que es fundamental avanzar en el conocimiento de la realidad social en la que se actúa, las características de la población con la que se trabaja para establecer nuevas propuestas de intervención, para poder aportar en favorecer y garantizar los derechos de estas personas.

En este sentido, es importante que los profesionales de Trabajo Social puedan ligarse en todo el proceso que conllevan las políticas, es decir, como elaborador, ejecutor y/o evaluador, incorporando características propias de la profesión relevando la importancia de la participación social de los futuros beneficiarios, promoviendo su bienestar integral, abordando las necesidades de la población a partir de su propias perspectivas y para contribuir de forma positiva en el cuidado de la salud de las personas.

Bibliografía

- Ana Lucía Noreña, Noemi Alcatraz Moreno, Juan Guillermo Rojas, Dinora Rebolledo . (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y eticos en la investigacion cualitativa* .
- Armijo Baeza, F. (2017). *Ser trabajador de los Servicios de Atención Primaria en Salud: Municipalizacion, Precarizacion laboral y Organizacion Sindical. Santiago, 1981 - 1997* . Santiago : Universidad de Chile .
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2015). *Indicadores Demograficos, Region de Valparaiso* . Obtenido de <https://reportescomunales.bcn.cl/2015/index.php/Valpara%C3%ADso/Poblaci%C3%B3n>
- Citado en Cáceres, P. (2003). *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable*. (página 59). *Revista de la Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*.
- Congreso Nacional de Chile. (2011). *Ley N° 20.500 SOBRE ASOCIACIONES Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143>
- Congreso Nacional de Chile. (2012). *Ley N° 20.584* .
- Congreso Nacional de Chile. (2018). *Ley 19.378 ESTATUTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
- Congreso Nacional de Chile. (2018). *Ley de Chile*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
- Cornejo, C. G. (2017). *Compendio Practica Trabajo Social de Grupo*. Valparaiso .
- Corporacion Municipal de Valparaiso . (2015 - 2017). *Plan de Salud Comunal Valparaiso* . Obtenido de <http://200.24.233.38/salud/joomlatools-files/docman-files/PSC%202015-2017.pdf>
- Escuela de Salud Publica, Universidad de Chile. (24 de Junio de 2018). *Observatorio Chileno de Salud Publica* . Obtenido de <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud>
- Gobierno de Chile. (2018). *Subsecretaria de Prevision Social* . Obtenido de <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/>
- Hernandez. R, F. C. (2010). *Definiciones de los enfoques cuantitativos y cualitativo, sus similitudes y diferencias*. . Mexico : McGraw Hill .
- Infante, A., & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile.
- Instituto de Asuntos Publicos. (2018). *Agenda Publica, Universidad de Chile*. Obtenido de http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) . (2017). *CENSO*. Obtenido de <http://www.censo2017.cl/>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2002). *CENSO* . Santiago de Chile .
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2015). *Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015*,.
- Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Estadísticas Vitales 2015* . Obtenido de <http://www.inevalparaiso.cl/archivos/files/pdf/Vitales/Estadisticas%20Vitales%202015.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social . (2015). *Encuesta CASEN* . Obtenido de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf
- Ministerio de Salud . (2000). *Reforma de Salud*.
- Ministerio de Salud . (2008). *PARTICIPACION CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA*. Obtenido de http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACION-CIUDADANA-APS.pdf
- Ministerio de Salud. (2018). *Departamento de Estadísticas e Información en Salud*. Obtenido de <http://www.deis.cl/>
- Ministerio de Salud. (02 de Julio de 2018). *Servicios de Salud*. Obtenido de <http://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Departamento de Extranjería y Migración* . Obtenido de <http://www.extranjeria.gob.cl/>
- Organización Mundial de la Salud . (1978). *Conferencia Internacional, DECLARACION DE ALMA-ATA* . Obtenido de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- Organización Mundial de la Salud . (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Participación Social en Salud* . Obtenido de <http://apps.who.int/iris/discover?query=participacion+social+en+salud+>
- Organización Panamericana de la Salud . (2015). *Intersectorialidad y equidad en Salud en América Latina: Una aproximación Analítica*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud* . Obtenido de <https://www.paho.org/uexchange/index.php/en/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud . (2011). *¿La Atención Primaria de Salud debe permanecer a cargo de los Municipios?* .

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2004). *La Democracia en America Latina* .
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de Lengua Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=S05KMbw>
- Salud, M. d. (julio de 2018). *Orientaciones y Normas Tecnicas del Trabajo Social en Salud* . Obtenido de <file:///C:/Users/CamilaPaz/Desktop/TESIS%20CAMILA/EJE%20TRABAJO%20SOCIAL/orientaciones%20y%20normas%20tecnicas%20de%20TS%20en%20Salud.pdf>
- Sampieri, H. (2010). *Roberto Metodologia de la Investigacion* . Mexico.
- Sociales, C. d. (26 de Septiembre de 2018). *Camara de Diputados*. Obtenido de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=60687>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales Division de Atencion Primaria*. (2008). Obtenido de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Superintendencia de Salud . (2018). *Garantías Explícitas en Salud* . Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>