



*“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL  
MODELO DE SALUD FAMILIAR  
EN CLÍNICA RÍO BLANCO,  
IDENTIFICANDO LA INCIDENCIA DE  
FACTORES ASOCIADOS”*

Seminario de Título para optar al Grado Académico de  
Licenciado en Servicio Social y al Título Profesional de  
Trabajador Social.

Institución Patrocinante:  
CODELCO-División Andina

Profesor Guía: - Sr. Luis Lillo Bermúdez.

Equipo Seminarista: - Srta. Susana Luna Muñoz.  
- Srta. Evelyn Maturana Saldivar.  
- Srta. Paula Silva Rojas.  
- Srta. Stephanie Zanetta Nuñez.

"Esperanza de minero"

*Vuelvo de negro y con lodo en las manos  
Vengo con lágrimas y una sonrisa de medio lado  
Traigo esperanzas guardadas en el bolsillo  
Y con las ropas sucias de tanto fango*

*De tanta oscuridad mis ojos se lastiman ante el sol  
Solo la esperanza que encuentro es el brillo que miro  
El cual me hará rico en el mundo que apenas visito  
Un mundo de tanto lujo a costa de mi sacrificio*

*De regreso a mi casa, que es una cama para dormir  
Y un techo decorado con telarañas y ventanas sucias  
Cuatro paredes donde no hay nada para inquirir  
Ni un amor por las noches que me de caricias  
No hay nada en este rancho que me haga sentir*

*(Fragmento)  
Rudyard Kipling*

## ÍNDICE

Portada	.....1
Poema “Esperanza del minero”	.....2
Índice	.....3-5
Agradecimientos	.....6-9
Presentación General	.....10-11
<b>Capítulo I: Marco institucional</b>	<b>.....12-26</b>
1. Presentación	.....13
2. Marco institucional	.....13
2.1. Corporación Nacional del Cobre CODELCO-CHILE	.....13-18
2.2. Codelco División Andina	.....19-26
<b>Capítulo II: Formulación del Problema</b>	<b>.....27-43</b>
1. Presentación	.....28
2. Formulación del Problema	.....28
2.1. Fundamentación	.....28-31
2.2. Formulación del problema objeto de estudio	.....32
2.3. Pregunta significativa	.....33
2.4. Objetivos de investigación	.....33-34
2.5 Operacionalización Ficha Familiar	.....35-38
2.6. Operacionalización Encuesta de Satisfacción Usuaría	.....39-43
2.7. Carta Gantt	.....44
<b>Capítulo III: Marco de Referencia</b>	<b>.....45-71</b>
1. Presentación	.....46
2. Marco de Referencia	.....46
2.1. Salud	.....46-48
2.1.1. Políticas y reformas	.....48-50
2.2. Familia	.....50-51

2.2.1. Familia y salud	.....51-52
2.3. Modelo de Salud Familiar	.....52-53
2.3.1. Antecedentes históricos de Salud Familiar a nivel mundial	.....53-55
2.3.2. Historia de Salud Familiar en Chile	.....55
2.4. Aspectos esenciales en Salud Familiar	.....56
2.4.1. Tipología familiar	.....56
2.4.2. Poder en la familia	.....56
2.4.3. Jerarquía en la familia	.....56-57
2.4.4. Estructura familiar	.....57-58
2.4.5. Ciclo vital familiar	.....58-59
2.4.6. Dinámica familiar	.....59-60
2.4.7. Factores Protectores y de Riesgo	.....60-61
2.5. Instrumentos de Salud Familiar	.....61
2.5.1. Genograma	.....62
2.5.2. Ecomapa o Redes sociales	...62-63
2.6. Instrumentos de recolección de información en salud	.....63
2.6.1. Ficha Familiar	.....63
2.6.2. Encuesta de Satisfacción Usuaría	.....63-66
2.7. CODELCO División Andina y Salud	.....66
2.7.1. Departamento de Salud de División Andina	.....66-67
2.7.2. Historia de Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco	.....68-69
2.7.3. Programa de Salud Familiar actualmente	.....69-71
<b>Capítulo IV: Diseño metodológico</b>	<b>.....72-79</b>
1. Presentación	.....73
2. Diseño metodológico	.....73
2.1. Tipo de investigación	.....73-74
2.2 Población y muestra	.....74-75
2.3. Técnicas e instrumentos en la recolección de datos	.....76-78
2.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	.....78-79
<b>Capítulo V: Diagnóstico situacional; Análisis e interpretación de datos</b>	<b>....80-188</b>
1. Presentación	.....81

2. Diagnóstico situacional; Análisis e interpretación de datos	.....81
2.1 Análisis instrumento: Ficha Familiar	....81-116
2.2 Análisis instrumento: Encuesta de Satisfacción Usuaría	.. 117-151
2.2.1 Correlación de variables	...152-157
2.3. Análisis de instrumento: Entrevista a Funcionarios de Clínica Río Blanco	...158-176
2.3.1. Análisis FODA: Programa de Salud Familiar	...176-181
2.3.2. Análisis FODA: Centro de Especialidades, Clínica Río Blanco	...182-184
2.3.3. Cuadro Comparativo	.....185
3. Evaluación del Cumplimiento de Objetivos	...186-188
<b>Capítulo VI: Conclusiones</b>	<b>...189-192</b>
1. Conclusiones	...190-192
<b>Capítulo VII: Propuesta de Trabajo</b>	<b>...193-200</b>
1. Propuesta de trabajo	.....194
1.1 Objetivo general	.....194
1.2. Objetivos específicos	.....194
1.3. Beneficiarios	.....194
1.4. Fundamentación	...194-195
1.5. Matriz	...196-200
<b>Bibliografía</b>	...201-206
<b>Anexos</b>	...207-215

Muchos son los sentimientos que surgen en esta etapa de mi vida. Por una parte la felicidad por alcanzar una de las metas más importantes que me he planteado, y por otro lado, la nostalgia de recordar tantos momentos y situaciones vividas, pero por sobre todo vienen a mi mente aquellas personas esenciales que contribuyeron a guiarme, apoyarme y especialmente por brindarme su cariño y fuerzas para seguir día a día. Por esto es que no pudo dejar de mencionar a mi amada familia, pilar fundamental, y donde cada uno de los que la compone ha sido clave para mí.

En primer lugar mi madre: Carmen, quien me ha apoyado en todo momento y a la cual considero mi gran amiga. Tengo miles de motivos para agradecerle, pero especialmente por haberme dado la vida, cuidado todos estos años, enseñado y demostrado que juntos hemos podido vencer las adversidades.

También quiero referirme a mis hermanos Felipe y Dángelo, a los cuales quiero con todo mi corazón, y agradezco por como son, porque me hacen sentir orgullosa de ser su hermana.

Otra persona que por lo que significa para mí, ha pasado a ser parte de este núcleo al cual amo, él es mi pololo Víctor, a quien también agradezco por haberme ayudado en los momentos que lo necesité, por incentivar me a seguir en este camino, y con quien luché para lograr otra meta en mi vida: Formar mi familia.

Así como ellos están presentes, existe una persona que lamentablemente ya no está a mi lado, pero es a la cual debo y dedico este logro. Él es mi abuelito Carlos, un ejemplo de vida y perseverancia, al cual he querido como un padre, y aunque hace dos años dejó de vivir, me acompañó desde que nací y sé que estará por siempre junto a mí.

Por todo esto, es que este primer gran triunfo en mi vida se lo debo a cada uno de ellos, y con cual quiero compartir.

...Sinceramente Susana

*Me es difícil, traer a la memoria a todas las personas que tengo que agradecer para no dejar ninguna afuera y después me cobren sentimientos.*

*Por supuesto lo primero es lo primero, y debo dar gracias a Dios, por haberme brindado la oportunidad de estudiar, ya que él ha sido el gran gestor de todo esto y además me ha dado las fuerzas para llegar hasta donde estoy.*

*También quiero agradecer a mi familia, comenzando por mi papá ya que se ha esforzado mucho para que yo estudie y a pesar que en un principio no creyó que fuera posible, después se me dio su apoyo total. Y quiero agradecer a mis demás hermanos que siempre me apoyaron en las buenas y en las malas; la Carmen, el lolo, la Karime y a todos mis sobrinos; Camila, el manuel, la monse, la kati, el jp, riqui, javi, sindi, pato, jonathan, farola, chinchán, cristhian en fin a todos ellos; los quiero mucho.....*

*Pero en especial quiero agradecer a mi hermana Paula, pues ella fue la que siempre me incentivo a seguir estudiando, todos los días de mi infancia me hablaba de la superación y de cuán lejos yo llegaría si quería en verdad lograrlo... Hermanita quizás no alcance a decírtelo en vida, pero muchas gracias por dedicarte a mí y hacer de mí lo que soy...y siempre te recordaré a ti y a los niños.....*

*Bueno y también quiero agradecer a mi gran amiga Alejandra, Janita, gracias porque cuando quería estudiar y no había nada a mi alrededor, me inspiré en tu ejemplo, tu fuiste mi modelo a seguir y por que siempre haz estado con migo, Te quiero mucho amiguita.*

*Y en fin a todos los profes, que en un principio, me asustaron, pero me hicieron crecer y sobre todo aprender.*

*Gracias a mis compañeras de tesis también porque vivimos muchos momentos e hicimos un buen equipo de trabajo...Chiquillas las extrañaré, sobre todo los tesitos con pastelitos, los trasnoches, los días de feria y los días de correr con maletas..Ha.. y los viajes en bus, en fin tantas cosas.*

*Espero no haber dejado nada a afuera y lo último que puede decir es que los sueños se hacen realidad si uno cree que son posibles.....*

*Evelyn*

*En esta oportunidad es muy difícil poder sintetizar lo que siento y lo cuan agradecida estoy de las personas que me rodean y me han apoyado durante este proceso...*

*En primer lugar agradezco a Dios por haberme guiado en este camino y brindarme las fuerzas que necesitaba cuando eran necesarias...*

*En segundo lugar a mis padres, lo más importante en mi vida...*

*No existen palabras que puedan describir mi profundo agradecimiento hacia ellos, quienes durante todos estos años confiaron en mi, me brindaron su infinito amor, apoyo y comprensión incondicional para poder llegar a este punto de mi vida, sacrificándose día a día para que pudiese cumplir mis metas.*

*Por otro lado quisiera agradecer al docente Luis Lillo Bermudez, el cual guío nuestro seminario de título, aportando con sus conocimientos y experiencias que hicieron posible llevar a cabo el presente proceso.*

*En esta ocasión no puedo dejar de recordar y agradecer a las personas que hicieron posible el ingreso de nuestro equipo seminarista a CODELCO División – Andina, y brindarnos la oportunidad de demostrar y aportar con nuestros conocimientos a una empresa de gran prestigio nacional... A ellos en mi mente les guardo respeto y eterna gratitud por el apoyo brindado y la gran oportunidad que nos dieron.*

*También agradezco el apoyo a todos los participantes que contribuyeron con el logro de esta investigación.*

*Por último más que agradecer quisiera dedicar este primer gran logro en mi vida a una persona muy especial en mi vida, que se que estaría muy feliz de ver hasta donde ha llegado su nieta... El es Erasmo Rojas Rojas, mi abuelo que ya no se encuentra con nosotros pero que siempre luchó y me inculcó hasta el final de sus días que yo debía ir a la Universidad...*

*Tata este triunfo es para ti...*

*Para finalizar quisiera terminar con las siguientes palabras de la Madre Teresa de Calcuta, dedicadas a las siguientes generaciones para alentar su lucha del día a día por ser alguien mejor:*

*“...Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.  
Detrás de cada logro, hay otro desafío. ...  
Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.  
Sigue aunque todos esperen que abandones.  
No dejes que se oxide el hierro que hay en tí..  
Cuando por los años no puedas correr, trota.  
Cuando no puedas trotar, camina.  
Cuando no puedas caminar, usa el bastón,  
¡Pero nunca te detengas!”*

*Paula Silva Rojas*

Al terminar este periodo me es muy importante recordar a todas aquellas personas que hicieron posible este momento, que de diversas formas me apoyaron y guiaron en este camino tan importante en mi vida.

Es así como me gustaría agradecer a Dios, en primera parte, por acompañarme en este proceso, y guiarme durante toda mi vida para tener logros tan importantes como este.

Por otra parte me gustaría agradecer a mi familia, para empezar a la Sra. Myriam Nuñez Vega, quien se esforzó enormemente por llevar adelante mi educación, con muchos esfuerzos, dándome siempre el apoyo para continuar. Del mismo modo debo agradecer a mis hermanos, Josselyn, Dominique y Christopher, quienes siempre estuvieron presentes durante todo mi proceso de universidad, acompañándome en las penas y alegrías que caracterizaron esta etapa de mi vida.

Además también es importante mencionar a una persona muy especial, quien también me acompañó en todo el proceso, Benjamin López Contreras, quien junto a su familia supieron acogerme y darme cariño, como alguien más de la familia, por lo siento que jugaron un rol muy importante en esta etapa de mi vida, lo cual les agradezco enormemente.

También es importante agradecer a la universidad por haber fortalecido en mí el amor por mi carrera, y por haberme dado todos los conocimientos para desarrollarme profesionalmente, a su vez es importante destacar el apoyo entregado por el profesor guía Luis Lillo, quien siempre tubo una palabra de aliento y depositó una gran confianza en este equipo, lo cual nos dio la seguridad necesaria para finalizar exitosamente la tarea.

Por ultimo y no menos importante debo agradecer a mis compañeras de trabajo, con las cuales compartí mas de ocho meses, no solo de tesis, si no que también compartimos nuestras vidas, viviendo juntas, por esto debo decir que este periodo me ha engrandecido enormemente, dándome una experiencia no solo profesional, sino que mas bien una experiencia de vida que mantendré en el recuerdo con gran cariño.

Sin todas estas personas que me han acompañado durante este periodo, nada de esto hubiese sido posible, gracias por darme tan buenos momentos, y por sobretodo, por ayudarme a vivir esta etapa tan importante en mi vida.....

.....**Gracias Totales!!!**

*Stephanie Zanelta Nuñez*

## PRESENTACIÓN GENERAL

A lo largo de la historia de Chile en materia de salud, se han implementado una serie de reformas y cambios al sistema. Uno de estos cambios que se han efectuado y reciente aún es la idea de implementar un nuevo modelo de salud, llamado Modelo de Salud Familiar.

Respecto a la Reforma actual de salud, esta establece como eje fundamental el cambio del actual modelo de atención a uno más integral, enfatizando en la prevención y promoción en salud, además de incrementar acciones que promuevan y faciliten la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Esta atención está dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, además de todo su entorno social y familiar como influyente en su salud.

En este sentido CODELCO División-Andina recoge la idea del gobierno, para implementarla adaptándola a la realidad de los trabajadores de CODELCO y sus familias, siendo llevado a cabo en Clínica Río Blanco a partir del año 2004. Desde ese entonces a la fecha, el Modelo de Salud familiar ha operado, sin existir, documento informativo que clarifique de manera objetiva los resultados que ha tenido el proceso de implementación del modelo. Sumado a esto se añade la inexistencia de algún tipo de documento que integre las visiones y compromisos adquiridos en torno al Modelo de Salud Familiar por parte de los distintos actores involucrados en el proceso, que son: CODELCO-Andina, Clínica Río Blanco, y sindicatos.

Frente a esta problemática, se genera en CODELCO División Andina la necesidad de realización de una investigación, con el fin de conocer la situación actual de Clínica Río Blanco respecto al Modelo de Salud Familiar, naciendo de esta forma la construcción de un Diagnóstico Social por parte del equipo seminarista, de tal manera que permita clarificar esta situación. Asimismo, Clínica Río Blanco necesita, a través de dicho estudio, pueda lograr la actualización de los datos de los beneficiarios del Programa de Salud Familiar.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, se desarrolla la presente experiencia de Seminario de Título, la que es organizada en VII capítulos, que dan cuenta del proceso investigativo llevado a cabo.

De acuerdo a lo anterior en el Capítulo I Marco Institucional, se presentan los antecedentes necesarios que permiten informar e insertar al lector en la institución patrocinante del presente Seminario de Título

En el Capítulo II Formulación del Problema, el cual detalla la fundamentación de la problemática a investigar, planteamiento del problema, pregunta significativa de investigación y objetivos formulados.

El Capítulo III Marco de Referencia, donde se exponen los conceptos concernientes al tema a abordar, brindando los fundamentos teóricos que darán respaldo a la realización de la investigación.

El Capítulo IV Diseño Metodológico, contiene el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos en la recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El Capítulo V Diagnóstico Situacional; Análisis e Interpretación de Datos, da cuenta de los resultados obtenidos de la investigación llevada a cabo; a partir de los instrumentos aplicados durante esta y que permiten a su vez poder levantar el Diagnóstico Situacional del Modelo de Salud Familiar operante en Clínica Río Blanco.

El Capítulo VI Conclusiones; se presentan las reflexiones finales respecto al logro y consecución de los objetivos planteados para la investigación.

El Capítulo VII Propuesta de Trabajo, expone las estrategias tendientes a mejorar la situación actual del Modelo de Salud Familiar; las cuales están basadas en la información recabada de parte de los distintos actores involucrados en el proceso investigativo.

Para término se encuentra la Bibliografía utilizada, y finalmente se adjunta un apartado, denominado Anexos, que documentos relacionados con el presente estudio, además incluye instrumentos utilizados para la recolección de datos durante la investigación.

## Capítulo I MARCO INSTITUCIONAL

### **Historia de la Corporación Nacional del Cobre; Codelco-Chile**

Las culturas indígenas que habitaban en la época precolombina lo que hoy es Chile, utilizaron el cobre para la elaboración de distintas herramientas. Desarrollaron metalurgias elementales que les permitieron explotar y trabajar el metal rojo, incluso para producir aleaciones. Desde entonces hasta la actualidad, el metal rojo se ha mantenido como un producto fundamental de la economía chilena y, más aún, como parte de la historia y cultura.

La explotación de cobre se mantuvo como una pequeña industria durante la colonia. En 1810, año de la Independencia, Chile produjo 19.000 toneladas del mineral. Entre 1820 y 1900, el país produjo 2 millones de toneladas de cobre y fue, durante un tiempo, el primer productor y exportador mundial de la época. A fines del siglo XIX comenzó un período de decadencia, debido al gran impacto del salitre que acaparaba el interés y las inversiones, y al agotamiento de los yacimientos de alta ley. En 1897 se produjeron apenas 21.000 toneladas de cobre. A comienzos del siglo XX se iniciaron inversiones en El Teniente y Chuquibambilla por parte de numerosas empresas norteamericanas. Chile tenía en esos años una participación reducida en la gran minería del cobre

En 1951 se firmó el Convenio de Washington, que permitió a Chile disponer del 20% de la producción de cobre, posibilitando al Gobierno chileno aumentar su participación en la actividad cuprífera.

En 1955, el Senado dictó una serie de leyes cuyo objetivo era garantizar un ingreso mínimo al Estado chileno y fomentar la inversión por parte de las grandes compañías del rubro minero.

El 5 de mayo del mismo año se creó el Departamento del Cobre, un organismo estatal cuyas labores consistían en fiscalizar y participar en el mercado del metal rojo a nivel internacional.

#### **1. Antecedentes generales**

Codelco, Corporación Nacional del Cobre, fue creada por decreto el 1 de abril de 1976, luego de los procesos de “Chilenización del Cobre” (1966) y “Nacionalización de la Gran Minería del Cobre” (1971) que dejaron en poder del Estado Chileno la explotación de los principales yacimientos, que antes eran operados por empresas extranjeras. La Chilenización del Cobre, acción, también denominada: “Nacionalización Pactada”, contemplaba la obtención inmediata por parte del Estado del 51% de las acciones de las empresas.

El principal negocio de Codelco-Chile es la exploración, desarrollo, explotación de recursos mineros de cobre y subproductos (principalmente molibdeno), su procesamiento hasta convertirlos en cobre refinado, y su posterior comercialización.

Actualmente, Codelco-Chile es el principal productor de cobre del mundo, además, tiene las mayores reservas base de cobre, cerca del veinte por ciento del total del planeta. Con despachos de cobre por 2.0 millones de toneladas contando producción de terceros comercializada por Codelco, es el vendedor más importante de este elemento metálico en los mercados mundiales.

Los productos comercializados por Codelco-Chile se encuentran liderados por los cátodos grado A con 99.99 por ciento de cobre, los cuales parten hacia diversos destinos del mundo. Actualmente el mercado más importante es Asia, que capta el 34% de la Corporación, seguido de Europa con 32%, Norteamérica con un 17% y Sudamérica con un 17%, según datos del año 2006.

Esta empresa estatal posee activos propios por más de 13.033 millones de dólares, un patrimonio que en el 2006 ascendió a los 4.528 millones de dólares e ingresos totales por ventas de cobre y subproductos de 17.007 millones de dólares.

	(Millones de US\$)				
	2002	2003	2004	2005	2006
Ventas	3.490	3.782	8.204	10.491	17.077
Excedentes antes de impuestos	369	606	3.301	4.901	9.215
Pagos al Fisco	326	735	3.009	4.442	8.334
Activo total	6.733	8.092	8.833	10.739	13.033
Pasivo total	4.000	5.268	5.960	7.798	8.503
Patrimonio	2.733	2.821	2.872	2.941	4.528
Inversiones (1)	845	895	893	1.845	1.219

Tabla N° 1:

Antecedentes relevantes de Codelco-Chile desde 2002-2006 (Codelco, 2006)

La dotación de trabajadores propios de Codelco-Chile es de 17.936 personas y la de trabajadores contratistas de 29.706 personas en el año 2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Empleo directo (al 31 de diciembre)					
Personal propio	16.906	16.595	16.778	17.880	17.936
Contratistas de operación	14.140	17.614	19.929	24.951	24.028
Contratistas de inversión	12.450	9.320	8.683	7.890	5.678

Tabla N° 2:

Dotación de CODELCO-CHILE desde 2002-2006 (Codelco, 2006)

## 2. Divisiones operativas de Codelco-Chile

Las operaciones que de Codelco-Chile, principal productor mundial de cobre son realizadas, principalmente, a través de sus divisiones operativas, encargadas de la explotación de los yacimientos, el procesamiento de los minerales, y la obtención del metal y sus subproductos para el envío a los mercados mundiales.

Las divisiones mineras son 5 y están ubicadas en las zonas Norte y Centro de Chile. Éstas son las siguientes:

### **-División Codelco Norte:**

Esta División fue creada el año 2002 como la unión de las Divisiones Chuquicamata y Radomiro Tomic.

- Tipo de yacimiento: Minas a rajo abierto.
- Operación: Chuquicamata desde 1915 y Radomiro Tomic desde 1997.
- Ubicación: Calama, II Región.
- Productos: Cátodos electroobtenidos, cátodos electrefinados (Chuquicamata), cátodos electroobtenidos (Radomiro Tomic) y molibdeno.
- Costo directo: 22.8 ¢/lb.
- Dotación propia: 8.142 trabajadores.

### **- División Salvador:**

Tipo de yacimiento: Mina subterránea.

- Operación: Desde 1959.
- Ubicación: Diego de Almagro, III Región.
- Productos: Cátodos electroobtenidos, cátodos electrefinados, concentrado de cobre y molibdeno.
- Costo directo: 97.2 ¢/lb.
- Dotación propia: 1.645 trabajadores.

### **-División Ventanas:**

- Tipo de yacimiento: Fundición y Refinería.
- Operación: Fundición desde 1954 y Refinería electrolítica desde 1966.
- Ubicación: Puchuncaví, V Región.
- Productos: Cátodos de cobre, lingotes de oro y granallas de plata.
- Dotación propia: 946 trabajadores.

### **-División Andina:**

- Tipo de yacimiento: Mina subterránea y a rajo abierto.
- Operación: Desde 1970.

- Ubicación: Los Andes, V Región.
- Productos: Concentrado de cobre y molibdeno.
- Costo directo: 53.0 ¢/lb.
- Dotación propia: 1.310 trabajadores.

**-División El Teniente:**

- Tipo de yacimiento: Mina subterránea.
- Operación: Desde 1905.
- Ubicación: Rancagua, VI Región.
- Productos: Refinado a fuego (RAF), ánodos de cobre y molibdeno.
- Costo directo: 58.4 ¢/lb.
- Dotación propia: 4.987 trabajadores.

Estas cinco divisiones son dirigidas estratégicamente por un centro corporativo, el cual se encarga de los asuntos financieros y cumple un rol normativo de diseño, definición y establecimiento de criterios, políticas, estrategias, etc., cuya ubicación es en Santiago, específicamente en la Casa Matriz.

### **3. Constitución y Organización en Codelco-Chile**

La tarea de organizar una empresa de esta magnitud, quedó estipulada con la aprobación de sus reglamentos, en Abril de 1976 por el Decreto Ley 1.350, que culminó con la creación de una empresa encargada de operar y administrar las pertenencias mineras cedidas al Estado.

### **4. Descripción Administrativa**

Codelco-Chile es una empresa estatal autónoma, constituida en 1976 por Decreto Ley 1.349 y 1.350, dedicada a las actividades minera, industrial y comercial.

Su misión en forma simple es maximizar, en una perspectiva de largo plazo, la generación de excedentes económicos y su aporte al Estado; su propósito es mantenerse como una empresa atractiva tanto para sus dueños (todos los chilenos) como para sus trabajadores, clientes, proveedores, contratistas y quienes se relacionen con ella.

En la administración de Codelco-Chile, la Presidenta de Chile nombra a los siete miembros del Directorio.

- La Ministra de Minería (quien, por ley, asume el cargo de Presidenta del Directorio).
- El Ministro de Hacienda.
- Tres Directores designados por la Presidenta de la República.

- Dos Directores que representan a los trabajadores y supervisores, designados por la Presidenta de la República de una quina presentada por las organizaciones sindicales.
- El Presidente Ejecutivo de Codelco-Chile, que es designado por el Directorio y tiene por función la administración de la Empresa.

Al Directorio le compete la dirección y supervigilancia de la Corporación, fijar las políticas que deberá seguir la empresa, aprobar la memoria y balance general, señalar las pautas de comercialización y ejercer otras atribuciones que fija la ley. Este Directorio designa y puede remover al Presidente Ejecutivo.

La Corporación Codelco-Chile estima conveniente, para una mejor realización de los objetivos que le han de conducir por el camino del liderazgo mundial en la industria del cobre, que se debe desarrollar una descentralización de la empresa, lo cual establece un esquema de “Casa Matriz” directiva, normativa y contralora. Además de dotar de una gran autonomía de gestión a las Divisiones Operativas.

## **5. Marco Legal**

Codelco-Chile se rige por el Decreto Ley 1.350 y las disposiciones de la legislación legal. La Ley 19.137 del 12 de mayo de 1992, denominada la Ley de Asociados con Terceros, modifica el estado anterior de la organización, ya que establece normas para la Asociación con Terceros en pertenencias mineras de Codelco-Chile, para desarrollar proyectos de explotación, que no forman parte de yacimientos actuales. También permite, la Asociación con Terceros para la explotación de nuevos yacimientos.

## **6. Tributación**

Codelco-Chile está sujeta a un tratamiento tributario especial, lo que implica que al impuesto de primera categoría del 19% se le agrega un impuesto adicional del 40% sobre sus utilidades. Asimismo, y de acuerdo a la Ley 13.196 la Corporación está afectada a un impuesto especial equivalente al 10% de sus exportaciones que son destinadas a las Fuerzas Armadas (FF.AA.), y el 31% restante de las utilidades están destinadas a las arcas fiscales.

## **7. Proceso Presupuestario**

Codelco-Chile en sus actividades financieras emplea un sistema presupuestario especial que incluye un Presupuesto Operacional, un Presupuesto de Inversiones y un Presupuesto de Caja (incluido el presupuesto para amortización de préstamo). Estos presupuestos incluyen los ingresos y desembolsos correspondientes, expresados en dólares de los Estados Unidos (al igual que los estados financieros de la empresa).

Los presupuestos anuales se someten a la aprobación de los Ministerios de Minería y Hacienda antes del 1º de septiembre de cada año.

Las inversiones y proyectos de exploración e investigación que Codelco-Chile pretende llevar a cabo, son evaluados conjuntamente por MIDEPLAN Y COCHILCO.

## 8. Codelco División Andina

Tipo de Yacimiento	Mina subterránea y a rajo abierto
Operación	Desde 1970
Ubicación	Los Andes, V Región
Producto	Concentrado de Cobre
Producción	236.350 Toneladas métricas de cobre fino
Costo directo	53,0 ¢/lb
Trabajadores	1.310

Procesos productivos del cobre que se realizan en la División Andina:

- Exploración geológica
- Extracción a rajo abierto
- Extracción subterránea
- Chancado y molienda

La División Andina opera el yacimiento Río Blanco, cuya riqueza era conocida desde 1920. Pero los intentos por iniciar su explotación no se concretaron hasta medio siglo después, en 1970.

División Andina se encuentra ubicada en la parte alta de la cordillera de la V región, a 38 kms. de la ciudad de Los Andes y a 50 kilómetros al nordeste de Santiago. Sus operaciones mineras, se desarrollan entre los 3.500 y 4.200 metros sobre el nivel del mar. En la actualidad esta división realiza la explotación de minerales en la mina subterránea de Río Blanco y en la mina a rajo abierto Sur Sur y sus productos de exportación se embarcan regularmente, a través del Puerto de Ventanas.

Andina produce unas 218.322 toneladas métricas anuales de concentrados de cobre que son materia prima fundamental para obtener el metal refinado. Además coloca en los mercados 2.525 toneladas métricas de molibdeno al año.

Los recursos de Andina provienen principalmente del yacimiento Río Blanco, que geológicamente corresponde a un yacimiento tipo pórfido cuprífero. Andina es propietaria de la parte oriental de este yacimiento.

Los recursos de Andina, con ley de corte 0,5 % CuTo, alcanzan a 4.450 millones de toneladas de mineral, con una ley media de Cobre de 0,83 % CuTo y 0,022 % de Molibdeno, lo que es equivalente a 36,9 millones de toneladas de Cobre fino. Con similar

ley de corte, los recursos demostrados alcanzan a 1.670 millones de toneladas con una ley media de 0,86 % CuTo y 0,023 % Mo, que corresponden a 14,4 millones de toneladas de Cobre fino.

Andina beneficia sus minerales por procesos de concentración, utilizando las técnicas de molienda semi-autógena y técnicas de molienda convencional, molienda húmeda en molinos de barras y bolas, flotación rougher convencional, flotación de limpieza mediante columnas de flotación, separación de Cobre y Molibdeno por flotación selectiva, filtración y almacenamiento del concentrado de cobre.

## 9. Ubicación Geográfica División Andina



Fuente: Intranet Codelco-División Andina

## 10.. Visión de Andina

- Codelco la empresa Chilena Líder en cobre y la más competitiva del mundo, en el ámbito industrial minero.
- Competitiva en venta de tecnología y atenta a las necesidades de sus clientes y oportunidades del negocio Minero.
- La gran Empresa de Chile con altos estándares Éticos, de productividad, y satisfacción laboral. Con RRLL de Cooperación.
- Cumpliendo plenamente sus compromisos con la comunidad, el Medio Ambiente y el país.
- Corporación con gestión de excelencia operacional en sus procesos.
- Materializando Misión y Valores en un estilo de gestión participativo, innovando y creando permanentemente.

- Con tecnología rentable y de punta en sus procesos garantizando la satisfacción de sus clientes.
- Personas altamente comprometidas, entrenadas y trabajando en equipos cohesionados.
- Administración que impulsa el desarrollo de las personas, en un escenario organizacional amplio.

## **11. Misión de Andina**

La Misión de la División Andina de Codelco Chile es producir concentrados de Cobre y Molibdeno y participar en su comercialización, conociendo al cliente y apoyando la gestión para satisfacer las necesidades de fundiciones de Cobre y transformadores de concentrado de Molibdeno, las que si bien se ubican en el mundo entero, se concentran en Chile, Brasil y Asia.

La División Andina busca competir y ser reconocida por producir productos con muy bajas impurezas, cuya composición mineralógica y leyes sean homogéneas, todo ello técnicamente certificado.

Igualmente, la División busca ser oportuna y puntual en la entrega de sus productos, y flexible para adaptarse a los requerimientos de sus clientes dentro de ciertos márgenes definidos por la División.

En el futuro, la División Andina de Codelco Chile buscará producir y comercializar más activamente, cobre, oro, plata y subproductos en las formas que resulten más rentables para la compañía. Dentro de los subproductos se considera la venta de tecnología derivada del conocimiento interno de la División. Dirigirá su operación hacia empresas transformadoras, procesadoras, fundiciones y otras empresas del Sector Minero, pensando en la venta de tecnología, ubicadas en el mundo entero aunque mayoritariamente concentradas en Chile y América Latina.

Por lo tanto, la División Andina buscará competir y ser reconocida por la calidad certificada en el desarrollo de sus procesos, cuidado por el medio ambiente y por proveer productos con mínimas impurezas. Lo anterior, manteniendo los atributos anteriormente señalados por cuanto ellos constituirán condiciones esenciales para competir en el mercado”

## **12. Política de Gestión Integrada Calidad, Medio Ambiente y Seguridad**

División Andina de Codelco Chile reconoce que la Gestión en Calidad, Seguridad y Medio Ambiente son pilares fundamentales para consolidar la competitividad, la viabilidad y el liderazgo de su negocio. Por ello, ha hecho propia la integración de estas prácticas de gestión, de manera de instituir el Sistema de Gestión Integrada de la División.

Sobre esta base, la Gerencia General de División Andina, con la participación y responsabilidad de todos sus trabajadores, declara su compromiso para:

- Satisfacer las expectativas de sus clientes garantizando la adecuación a sus necesidades.
- Cumplir con el marco legal, la reglamentación vigente y otros compromisos que la División haya suscrito de manera voluntaria, y que sean aplicables a sus operaciones.
- Promover conductas laborales basadas en una actitud de prevención de incidentes, contaminación y fallas operativas.
- Promover una utilización eficiente de los recursos con énfasis en el aprovechamiento del agua y la energía.
- Garantizar que las medidas establecidas para controlar el riesgo, sean aplicables a los trabajadores de la División y de empresas colaboradoras.
- Mantener y mejorar continuamente la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión Integrada, a través de una oportuna toma de decisiones en el proceso con un esfuerzo sistemático para asegurar:
  - Un desempeño ambiental que aplique tecnologías ambientalmente sustentables y que se oriente a las mejores prácticas sobre el manejo de los residuos;
  - La optimización de los procesos a través del mejoramiento continuo y
  - Un Trabajo Seguro con énfasis en que ninguna meta de producción o emergencia operacional justifica que un trabajador se exponga a riesgos.

División Andina de Codelco Chile asume el cumplimiento de esta Política de Gestión Integrada como la premisa básica para alcanzar la excelencia en sus operaciones

### **13. Productos Finales de Andina:**

Son dos:

- Concentrado de cobre, cuyas dos terceras partes se exportan directamente a través del puerto de Ventanas, mientras que el tercio restante se procesa en fundiciones y refinerías de otras divisiones de Codelco para ser convertido en cátodos.
- Concentrado de molibdeno.

La producción de cobre fino ha crecido sostenidamente desde el inicio de las operaciones en 1970, comenzando con 10.000 toneladas anuales de cobre fino durante los primeros años, y alcanzando en el 2000 las 250.000 toneladas. Esta última cifra representa alrededor del 13% de la producción total de Codelco y es, también, la cifra promedio programada para el quinquenio 1999-2024.

Característica relevante de Andina es que su área industrial se desenvuelve en un típico clima de alta cordillera, cuyas principales características son las siguientes:

- Las precipitaciones son escasas o nulas entre noviembre y marzo, y abundantes (especialmente de nieve) entre abril y octubre, con especial intensidad desde mayo a agosto. El promedio de nieve caída en las dos últimas décadas fue de 10 metros por año.

- Las temperaturas medias ambientales en primavera y verano son moderadas, y bajas en otoño e invierno, con un promedio anual de 6,4¼C y fluctuaciones entre los 23 y -13¼C.
  - La humedad relativa promedio del aire es de 46%.
  - Las rachas de viento son predominantemente NW-SE. En invierno, en condiciones extremas, el viento pueden alcanzar los 100 kilómetros por hora.
- Estas condiciones ambientales limitan las operaciones del sector explotado a cielo abierto a 320 días al año.

#### **14. Minas y Sistemas de explotación**

##### -Mina Subterránea Río Blanco

En la actualidad, esta mina está explotando el llamado Tercer Panel, cuya producción programada para el período 1995-2015 incluye un total de 272 millones de toneladas de mineral, con una ley de cobre promedio de 1,05% y un ritmo de 45 mil toneladas diarias de tratamiento de mineral.

El Tercer Panel incluye tres unidades geológicas principales: mineral secundario, primario y mixto, que son explotadas por el sistema de *block caving* y por equipos LHD y camiones de extracción de bajo perfil

##### -Minas a Rajo Abierto

- Sur-Sur:

Es un rajo de forma semielíptica, con orientación norte/sur que, desde 1983, se explota a cielo abierto a través del método de extracción por bancos, que incluye perforación, tronadura, carguío y transporte.

El mineral se extrae de la mina por cargadores y camiones de gran tonelaje, y se conduce gravitacionalmente hasta la planta de chancado (ubicada en el interior de la Mina Subterránea) a través de piques de traspaso.

- La Unión:

Este rajo, incorporado a la producción en 1998, es el sector más importante de un conjunto de pequeños cuerpos mineros que se encuentran entre la mina subterránea y el rajo Sur-Sur. Su explotación se diseñó originalmente como un cuerpo de alta ley y, posteriormente, su atractivo se incrementó debido al reducido transporte de mineral que implicaba.

Al año 2000, Sur-Sur y La Unión aportan en conjunto una producción de 20 mil toneladas diarias de mineral. Adicionalmente, Andina está proyectando el desarrollo y entrada en operaciones de un tercer rajo, Don Luis, que en un horizonte de 25 años unirá la operación de estos sectores en un solo gran rajo.

## Procesamiento

- Chancado, Concentración y Filtrado

Luego de la etapa de extracción en las minas a cielo abierto y subterránea de Andina, el mineral se envía a las plantas de chancado primario, donde es triturado y, posteriormente, conducido por correas hasta las instalaciones de molienda y flotación colectiva en la Planta Concentradora.

La etapa de molienda se realiza mediante tres sistemas paralelos: molienda convencional, molienda unitaria y molienda SAG. Su objetivo es disminuir el tamaño de las partículas de mineral y prepararlo para el siguiente proceso, de flotación.

La flotación genera la separación de las partículas sulfuradas de cobre y molibdeno desde la roca estéril, proceso por el cual se obtiene un concentrado colectivo de cobre y molibdeno cuyas leyes alcanzan al 30% y 0,39% por ciento, respectivamente.

Este concentrado colectivo se conduce por cañerías hasta una planta en superficie (en Saladillo, 30 kilómetros al oeste de la mina subterránea) para las etapas de flotación selectiva -en que se separa el cobre del molibdeno- y de filtrado.

El concentrado de cobre se somete a un proceso de secado que disminuye la humedad del producto hasta un 9% o menos, y finalmente es transportado por ferrocarril hacia el Puerto de Ventanas, desde donde se despacha a diversas fundiciones de Chile y el extranjero.

El concentrado de molibdeno se seca hasta que su humedad sea inferior al 8%. Luego de una etapa de descubrición (proceso LR), se obtiene un concentrado de Bajo Cobre hasta con un 0,4% de este metal, y una pequeña cantidad de concentrado con 48% de molibdeno y 4,3% de cobre.

Por otra parte, los relaves del proceso en el Concentrador se envían a dos espesadores, en donde se recupera hasta el 60% del agua contenida y se reenvía hacia la molienda y flotación. El resto del material se transporta, a través de una canaleta de 80 kilómetros de longitud, hacia el nuevo embalse de relaves Ovejería, ubicado en Huechún, Región Metropolitana, para su depositación segura y permanente.

### **15. Concentrado de Cobre**

El principal producto de División Andina, el concentrado de cobre, es una mezcla de sulfuros compuesta principalmente por calcopirita [CuFeS<sub>2</sub>] (80% en peso) y, en menor proporción, por calcosina [Cu<sub>2</sub>S], bornita [Cu<sub>5</sub>FeS<sub>4</sub>], covelina [CuS] y otros.

Su ley media es de 29.73% de cobre y su humedad media es de 8,8%. Posee, además, unos 70 gramos de plata aproximadamente y 0,5 gramos de oro por tonelada en el concentrado. Su contenido de arsénico en el largo plazo oscila en torno al 0,2%.

Este concentrado de Andina posee contenidos de sílice, alúmina, óxidos de calcio, magnesio y cromo que, en conjunto, son menores al 6%; también, contenidos de fierro en torno al 28% y de azufre en un 34%.

Todo ello, unido a la mineralogía y la alta homogeneidad de su producción, se traduce en un concentrado de alta fusibilidad, con una fusión homogénea y estable.

Es particularmente destacable la extraordinaria estabilidad de la mineralogía de los concentrados de Andina en el tiempo, lo que asegura sus buenas características para los procesos pirometalúrgicos posteriores.

## 16. Diagrama General de Flujo del Producto:



Fuente: Intranet Codelco-División Andina, 2008

## 17. Trabajo Social en la Institución

En la actualidad el Servicio Social en Codelco- División Andina está representado por tres profesionales, de las cuales dos operan dentro de la ciudad de Los Andes, mientras que la tercera se encuentra en el área de producción del cobre atendiendo las necesidades e inquietudes de los trabajadores que se encuentran en la mina, es decir, en el área de extracción del mineral.

Las dos profesionales que operan en el edificio de la institución que se encuentra en la ciudad de Los Andes; Sra. Ana María Alvear y Sra. Cecilia Olivares, y de acuerdo a lo investigado, estas realizan laborales tales como:

- Velar por el bienestar del trabajador y su familia, de acuerdo a lo que está dentro de su competencia.
- Atención de trabajadores y sus familias en caso presentar algún problema, ya sea, personal o familiar.
- Apoyo a la familia en caso de fallecimiento de trabajador o alguien de su familia.

- Entrega de beneficios tales como; pago de becas estudiantiles, pago de cuota mortuoria en caso de fallecimiento de familiares directos, autorización de adelantos de remuneraciones, autorización de prestamos en dinero, asignación de subsidio habitacional, Pago de Bono por nacimiento de algún hijo, pago de Bono en caso de que el trabajador contraiga matrimonio.
- Seguimiento de familias que presentan alguna problemática biopsicosocial. En este caso la profesional de servicio Social realiza visitas domiciliarias para indagar más sobre la problemática familiar.
- Entre otras que puedan surgir.



**Capítulo II:  
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

## **1. PRESENTACIÓN**

El segundo capítulo contiene una fundamentación que sustenta la investigación, formulación del problema objeto de estudio, pregunta significativa que orienta el proceso, objetivos tanto generales como específicos, y operacionalización de variables para los instrumentos Ficha familiar y Encuesta de Satisfacción Usuaría.

## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1. Fundamentación**

El problema y su importancia

CODELCO División Andina, en su constante preocupación por mejorar sus procesos, aprueba en el mes de enero del año 2004 la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco, con el fin de ofrecer una atención integral, eficiente y oportuna a sus beneficiarios; sin embargo, actualmente, todavía se carece de información que clarifique de manera objetiva los resultados que ha tenido el proceso de implementación del modelo. A lo anterior se suma la inexistencia de algún tipo de documento que integre las visiones y compromisos adquiridos en torno al Modelo de Salud Familiar por parte de los distintos actores involucrados en el proceso, que son: CODELCO-Andina, Clínica Río Blanco, y sindicatos.

En este contexto, se genera en CODELCO División Andina la necesidad de realización de una investigación, que permita conocer la situación actual de Clínica Río Blanco respecto al Modelo de Salud Familiar; conformando de esta manera, una base sólida a través de la cual configurar oportunidades de mejoramiento para el logro de una mayor efectividad en su desarrollo. Asimismo, Clínica Río Blanco necesita, a través de dicho estudio, lograr la actualización de los datos de los beneficiarios del Programa de Salud Familiar.

Los sindicatos, por su parte, en su rol de representantes de los trabajadores afiliados, manifiestan especial interés en iniciativas como ésta, orientadas al mejoramiento de los servicios de salud que entrega Clínica Río Blanco; especialmente, en su Programa de Salud Familiar.

#### Relevancia de la investigación

La investigación adquiere especial relevancia, tanto para la empresa como para los trabajadores y sus familias. Por cuanto su resultado entregará importante información para impulsar en forma más efectiva el mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, fundamentalmente, en el ámbito de la salud. Y además entrega a la empresa una importante retroalimentación a través de una base científica de información, que le permitirá optimizar el uso de los recursos y la introducción de mejoras, en aquellos aspectos que aparecen como debilidades.

Respecto a la implicancia práctica de la investigación, cabe destacar el aporte a Clínica Río Blanco, en la actualización de la base de datos de los beneficiarios del programa. Y, que, a nivel teórico, tanto la investigación como las técnicas utilizadas constituirán un valioso referente para futuros estudios en este ámbito de la empresa, de los trabajadores y sus familias. Finalmente, cabe consignar, que el presente trabajo permite al equipo seminarista, dar cumplimiento a la última exigencia curricular para la realización del examen de grado y la obtención del título de Trabajador Social y el grado de Licenciado en Ciencias Sociales.

Es posible, también, destacar, que a nivel metodológico, la investigación, será útil para la reformulación del instrumento Ficha Familiar, que utiliza el Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco; que será perfeccionado en base a la concepción biopsicosocial que sustenta al modelo. También constituirá un aporte en este nivel, la conformación de una fuente informativa digital, actualizada con los datos de la totalidad de las personas inscritas en el Programa de Salud Familiar.

Al analizar la presente investigación, considerando la formulación de Munich y Angeles en el texto: "Métodos y Técnicas de Investigación", es posible precisar:

1. Factibilidad

Para la realización de la investigación se cuenta con los siguientes recursos: Tiempo: Período de marzo a noviembre del año 2008. Recursos humanos: El equipo de seminaristas constituye un recurso humano calificado, con total dedicación a su realización. Recursos de tipo material y financiero, proporcionados por CODELCO División Andina.

Em este contexto, cabe mencionar, además, la existencia de un apoyo explícito tanto por parte de Clínica Río Blanco, -en relación a entrega de datos e información clave para el proyecto, así como también al interior de CODELCO Andina, ya que se cuenta con el respaldo de dos tutoras institucionales (Asistente Social e Ingeniera Civil Industrial respectivamente), cada una con competencias profesionales que se complementan y sustentan el estudio.

▪ Novedad y Originalidad

Uno de los atractivos de la investigación se basa en la inexistencia de estudios anteriores respecto a la temática, siendo esta la primera vez que en CODELCO Andina se realiza un estudio en el área de salud familiar, por lo cual toda información que surja de la investigación será un aporte. Además al realizar el estudio desde la visión social, específicamente de Trabajo Social, permite otorgar una mirada distinta y nueva, ya que los proyectos desarrollados anteriormente han estado a cargo de profesionales de otras áreas.

Otro aspecto que contribuye a la originalidad de la investigación es el tema de Salud Familiar en el ámbito privado (en este caso Clínica Río Blanco), resultando ser una nueva tendencia, debido a que son minoría las instituciones que cuentan con este modelo de salud como plataforma en su forma de intervención, por lo tanto, el poder profundizar en la temática realizando un estudio con los beneficiarios del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco como fuente primaria de información, resulta novedoso y atractivo.

Además de lo anterior, es necesario destacar que a nivel de zona geográfica, en Los Andes, hasta la fecha no se ha desarrollado el Modelo de Salud Familiar, puesto que los Centros de Salud públicos no han logrado la acreditación ministerial para convertirse en Centros de Salud Familiar (CESFAM), por lo cual es un tema que aún no se ha desarrollado ampliamente en la ciudad.

#### Trabajo Social en Salud Familiar

En la profesión los objetos de estudio son el individuo y la familia, y este último adquiere gran importancia ya que además de ser la base de la sociedad, es un sistema donde cada persona se relaciona e influye mutuamente. A su vez la familia se encuentra inserta dentro de un sistema mayor que es la sociedad; siendo este el motivo por el cual Trabajo Social busca conocer el contexto real en donde se desenvuelven los individuos. Por lo tanto, la Visita domiciliaria como herramienta de investigación logra responder a lo anterior, provocando un acercamiento concreto a cada núcleo familiar, permitiendo identificar tanto aspectos negativos y positivos, así como también la dinámica familiar, lo cual permite comprender ciertas conductas.

La formación académica de Trabajadores Sociales presenta entre otras materias, un fuerte énfasis en algunas Ciencias Sociales tales como: Sociología, Psicología, Antropología, entre otras, lo cual permite una visión integral acerca de una problemática al momento de intervenir profesionalmente.

Otro punto que cabe destacar; es que el trabajo investigativo al estar a cargo de un agente externo, permite entregar una mirada objetiva y distante de cualquier influencia por parte de los actores involucrados en el estudio.

Resulta imprescindible mencionar que la ética profesional es uno de los principios rectores de la profesión, factor clave en el estudio ya que se manejarán datos confidenciales de las familias, por lo cual, toda información quedará reservada bajo el secreto profesional, sin que se corra el riesgo de que alguna persona que haya colaborado en la investigación pueda sufrir daño o perjuicio alguno.

## 2.2. Formulación del problema objeto de estudio

El diagnóstico fue realizado a petición de la empresa CODELCO - División Andina, em base a una problemática central que fue identificada como “*Desconocimiento del estado actual del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco*”, ante esto existe la urgente necesidad de contar con la información objetiva y clara sobre el estado actual de dicho Programa, ya que no existen datos claros y objetivos sobre su proceso de implementación y de los resultados obtenidos hasta entonces. Además al existir desconocimiento sobre el tema, se han generado diversas confusiones y expectativas erradas y confusas de las distintas partes implicadas; CODELCO, Clínica Río Blanco, Sindicatos, donde cada uno posee una visión subjetiva sobre la situación conllevando muchas veces a problemas de comunicación y por tanto de interrelación.

Entonces, el problema que se transforma en el objeto a estudiar corresponde al “*funcionamiento del Programa de Salud Familiar que actualmente se lleva a cabo en Clínica Río Blanco*”, pues lo que se busca es conocer su estado actual a través una Investigación Diagnóstica de tipo Descriptivo que se llevará a cabo donde buscará rescatar la percepción de los propios usuarios y del Equipo de salud, para ello se aplicarán tres instrumentos; Una Encuesta de Satisfacción Usuaría y una Ficha Familiar que se aplicarán al total de la población beneficiaria y una Entrevista Semiestructurada para el personal de Salud Familiar.

A través de este diagnóstico se busca construir la información necesaria que pondrá en conocimiento de manera clara y objetiva la situación actual con respecto a su implementación y a los resultados obtenidos desde la visión de los beneficiarios y del propio equipo de trabajo de salud.

Así se estará dando respuesta a la necesidad de una información clara sobre y objetiva tanto para CODELCO, Clínica Río Blanco y los sindicatos quienes a través de este documento tener un panorama claro, objetivo como una herramienta de información que sirva de apoyo para los fines que se estimen convenientes.

### **2.3. Pregunta significativa**

¿Qué características presenta la realidad actual del Programa de Salud Familiar implementado por CODELCO-División Andina en Clínica Río Blanco; los factores asociados y las familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar de la clínica en el ámbito biopsicosocial?

### **2.4. Objetivos de investigación**

Objetivo general 1:

Actualizar antecedentes familiares de beneficiarios del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

Objetivos específicos:

1.1 Diseñar instrumento Ficha familiar, reformulado y validado en base al modelo biopsicosocial.

1.2 Aplicar Ficha familiar mediante Visitas domiciliarias a las familias de los beneficiarios del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco.

1.3 Sistematizar información recabada de las familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar

Objetivo general 2:

Diagnosticar el estado actual del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco identificando los factores asociados

Objetivos específicos:

2.1 Conocer la percepción de los beneficiarios, respecto del funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

2.2 Conocer la percepción del equipo de salud de Clínica Río Blanco, respecto al funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en dicha institución.

2.3 Identificar los factores asociados en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

2.4 Diseñar una propuesta de intervención para mejorar la implementación del Modelo de Salud Familiar.



2.5. OPERACIONALIZACIÓN FICHA FAMILIAR

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
<p>Datos Generales  <i>Antecedentes de tipo general sobre el núcleo familiar, que sirve de información para conocer al grupo familiar.</i></p>	<p>Individualización de los miembros</p>	<p>Nombres                      Apellido Materno                      Apellido Materno                      Parentesco                      Fecha de Nacimiento                      Relación de pareja                        Escolaridad                        Profesión/ Actividad</p>	<p>Soltero                      Casado                      Viudo                      Separado de hecho                      Divorciado                      Conviviente                      Viudo Conviviente                      Divorciado conviviendo                      Separado de hecho Conviviendo                        Preescolar                      Básica                      Media                      Técnico                      Superior                      No corresponde</p>

		Pertenencia a Programa Salud Familiar	Si No
		Estado de salud	
<p>Estructura Familiar</p> <p><i>El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia</i></p>	Características del grupo familiar	<p>Tipo de familia</p> <p>Ciclo de vida familiar</p> <p>Redes Sociales</p>	<p>Unipersonal</p> <p>Biparental</p> <p>Nuclear</p> <p>Monoparental</p> <p>Extensa</p> <p>Reconstituida</p> <p>Formación de la pareja (hasta nac. del primer hijo).</p> <p>Crianza inicial de los hijos (hasta los 2a.6m. del primer hijo).</p> <p>Fam. con niños preescolares (hasta 6a. del primer hijo).</p> <p>Fam. con niños escolares (hasta los 13 a. del primer hijo).</p> <p>Fam. con hijos adolescentes (hasta los 20 a. del primer hijo).</p> <p>Fam. plataforma de lanzamiento (hasta que último hijo deja la casa).</p> <p>Fam. de edad media (hasta término de trabajo en uno o ambos de la pareja)</p> <p>Fam. Anciana (hasta la muerte de ambos miembros de la pareja).</p> <p>Familiares</p> <p>Recreación</p> <p>Cultural</p> <p>Iglesia</p> <p>Trabajo</p> <p>Amigos</p>

			Educación Salud
<p>Interacción</p> <p><i>Variables que permiten identificar conductas al interior del núcleo familiar, abordando comunicación y límites entre los subsistemas, formas de poder presentes en la familia, y dinámica respecto a cohesión emocional entre los integrantes y adaptación frente a eventos estresores.</i></p>	Dinámica Familiar	Adaptabilidad	Rígida Estructurada Flexible Caótica
		Cohesión	Aglutinada Unida Independiente Desligada
	Relaciones familiares	Limites	Rígidos Difusos Claros
	Autoridad	Poder	Patriarcal Matriarcal Igualitario
		Jerarquía	Autoritario Democrático Permisivo
	Comunicación	Comunicación conyugal	Buena Regular Mala
	Comunicación parental	Buena Regular Mala	
	Comunicación fraternal	Buena Regular	



## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
<p>Conocimientos sobre el Programa de Salud Familiar <i>Facultad de saber y comprender aspectos relativos al programa de salud familiar en el cual están inscritos.</i></p>	<p>Conocimiento básicos sobre el programa de Salud Familiar</p>	<p>Identificación del programa de salud en el que esta inscrito</p>	<p>Si No esta seguro No No responde No corresponde</p>
	<p>Conocimiento avanzados sobre el programa de Salud Familiar</p>	<p>Componentes del Programa de Salud Familiar</p>	<p>Identifica tres componentes Identifica dos componentes Identifica un componente No identifica No corresponde</p>
<p>Permanencia en el Programa de Salud Familiar <i>Ser miembro o pertenecer al Programa de Salud Familiar</i></p>	<p>Tiempo de inscripción programa</p>	<p>Identificación de la fecha de inscripción en el programa de salud</p>	<p>Mas de 3 años Entre 2 a 3 años Entre 0 y 1 año No responde No corresponde</p>
<p>Frecuencia de atención <i>Numero de veces que el usuario perteneciente al Programa de Salud Familiar, ha hecho uso efectivo del servicio en un determinado período de tiempo aproximado, que va desde seis meses hasta más de un año.</i></p>	<p>Continuidad en el programa de Salud Familiar</p>	<p>Identificación de la fecha de la ultima atención en programa de salud</p>	<p>Últimos 6 meses Últimos 12 meses 1 Año o mas No responde No corresponde</p>

<p>Responsabilidad usuaria <i>Deber del usuario de preocuparse por su estado de salud, y colaborar con el equipo médico en ciertos aspectos, para así lograr el mejor resultado en calidad de salud.</i></p>	<p>Iniciativa para informarse</p>	<p>Actividades para informarse</p>	<p>Preguntar en Clínica Río Blanco Pregunta a otros beneficiarios No pregunta No responde No corresponde</p>
<p>Motivación para inscribirse <i>Factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta de una persona a pertenecer al Programa de Salud Familiar.</i></p>	<p>Razones de Inscripción</p>	<p>Identificación de motivos de inscripción</p>	<p>Identifica tres motivos Identifica dos motivos Identifica un motivos No identifica No responde No corresponde</p>
<p>Institución o área de salud preferencial por el usuario <i>Establecimiento de salud escogido en primera instancia por el usuario, para acceder a los servicios respectivos.</i></p>	<p>Elección de servicio de atención en salud</p>	<p>Identificación de de lugar de atención de salud en primera instancia</p>	<p>Programa de Salud Familiar Centro de Especialidades Clínica Río Blanco Urgencia Otro No responde No corresponde</p>
<p>Satisfacción de necesidades según el usuario <i>Cumplimiento de los requerimientos establecidos y que esperan los usuarios del Programa de Salud Familiar.</i></p>	<p>Necesidades de usuarios de programa de Salud Familiar</p>	<p>Identificación de motivos para no atenderse en programa de Salud Familiar</p>	<p>Identifica un motivo Identifica dos motivos Identifica tres motivos No identifica No corresponde</p>
<p>Satisfacción de necesidades según el usuario <i>Cumplimiento de los requerimientos establecidos y que esperan los usuarios del Programa de Salud Familiar.</i></p>	<p>Necesidades de usuarios de programa de Salud Familiar</p>	<p>Identificación de necesidades cubiertas</p>	<p>Si No esta seguro No No responde No corresponde</p>
<p>Satisfacción de necesidades según el usuario <i>Cumplimiento de los requerimientos establecidos y que esperan los usuarios del Programa de Salud Familiar.</i></p>	<p>Necesidades de usuarios de programa de Salud Familiar</p>	<p>Identificación de necesidades no cubiertas</p>	<p>No identifica Identifica una necesidad Identifica dos necesidades</p>




<p>Fundamentos teóricos de Salud Familiar  <i>Lineamientos que sustentan el modelo de salud familiar, que se basan en el trabajo en equipo por parte de los profesionales de salud, y que incluyen estrategias de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, dirigidas a las familias usuarias del programa, y una atención continua y permanente.</i></p>	Trabajo en equipo	Percepción de trabajo en equipo	<p>Identifica tres necesidades  No corresponde</p> <p>Si  No esta seguro  No  No responde  No corresponde</p>
	Prevención y promoción	Conocimiento de material informativo por parte del programa de Salud Familiar	<p>Si  No esta seguro  No  No responde  No corresponde</p>
	Rehabilitación y reinserción social	Percepción de apoyo por parte del equipo de Salud Familiar en rehabilitación y/o reinserción social	<p>Si  No esta seguro  No  No responde  No corresponde</p>
		Asignar calificación evaluativa a apoyo por parte del equipo de Salud Familiar	<p>De 6.0 a 7.0 (Bueno)  De 4.0 a 5.9 (Regular)  De 1.0 a 3.9 (Malo)  No responde  No corresponde</p>
	Atención continua y permanente	Existencia de un equipo continuo y permanente	<p>Si  No esta seguro  No  No responde  No corresponde</p>

<p>Problemáticas y beneficios respecto al Programa de Salud Familiar <i>Hechos o circunstancias que dificultan u otorgan utilidad a los beneficiarios del Programa de Salud Familiar.</i></p>	Problemáticas	Identificación de problemas con respecto al programa de Salud Familiar	Si No esta seguro No No responde No corresponde
	Beneficios	Identificación de beneficios con respecto al programa de Salud Familiar	Si No esta seguro No No responde No corresponde
<p>Características básicas del Programa de Salud Familiar <i>Cualidades y/o atributos particulares de carácter fundamental que son la base del Programa de Salud Familiar.</i></p>	Medico de cabecera	Identificación de nombre del medico de cabecera	Si No esta seguro No No responde No corresponde
	Visita domiciliarias	Recepción de visita domiciliaria	Si No esta seguro No No responde No corresponde
	Consejería familiar	Identificación del concepto de consejería familiar	Si No esta seguro No No responde No corresponde
		Participación en consejería familiar	Si No esta seguro No No responde No corresponde

<p>Satisfacción con el Programa de Salud Familiar  <i>Conformidad y agrado del usuario con los servicios y productos entregados por el programa de salud familiar, ya que éste responde a sus necesidades de salud.</i></p>	<p>Nivel de complacencia de usuarios con programa de Salud Familiar</p>	<p>Asignar de calificación evaluativa al programa de Salud Familiar</p> <p>Intención de recomendar el programa de Salud Familiar a otros</p> <p>Identificación de sugerencia para mejorar el programa de Salud Familiar</p>	<p>De 6.0 a 7.0 (Bueno)  De 4.0 a 5.9 (Regular)  De 1.0 a 3.9 (Malo)  No responde  No corresponde</p> <p>Si  No esta seguro  No  No responde  No corresponde</p> <p>No identifica sugerencias  Identifica una sugerencias  Identifica dos sugerencias  Identifica tres sugerencias  No corresponde</p>
---	---	---	--

## 2.7. CARTA GANTT

Actividades	Marzo	Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Nov.
	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15
-Inserción Institucional -Revisión De Documentos y bibliografía -Definición de objetivos del proyecto de Tesis -Entrevista a funcionarios de la Clínica	★	★	★	★	★											
-Construcción y validación de Instrumentos de medición	★	★	★	★												
-Aplicación piloto de Instrumentos			★	★												
-Aplicación de ambos instrumentos de medición a la población objeto				★	★	★	★	★	★	★						
-Análisis y reflexión de resultados obtenidos en base al estudio realizado - Sistematización de datos obtenidos									★	★	★	★	★	★	★	
- Creación de una propuesta -Elaboración de documento final. -Entrega Final de Seminario de Tesis														★	★	★

Simbología		
	: Tiempo Programado	
	: Tiempo Real	



## **1. PRESENTACIÓN**

El capítulo que a continuación se presenta, tiene por finalidad desarrollar aspectos teóricos relativos al estudio, y que principalmente se abocan a temas de: Salud, Familia, Modelo de Salud Familiar, y ese último desde un nivel macro, pasando por la realidad nacional, y llegando al contexto de CODELCO División Andina.

## **2. MARCO DE REFERENCIA**

### **2.1 Salud**

Históricamente ha existido un esfuerzo por definir el concepto de salud, pero ninguna ha logrado satisfacer todas las exigencias. Desde el punto de vista fisiológico se define como: "Aquel estado de armonía y equilibrio funcional del cuerpo humano". Sin embargo, esta forma de concebir la salud es netamente individualista y ve las cosas desde una mirada clínica; excluyendo a otros aspectos del ser humano, como la vida social, mental y emocional.

Ante esto, la Organización Mundial de Salud (O.M.S.), encargada de resguardar la salud de las personas, ha definido la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de Salud, 1958). Por lo tanto esta definición da cuenta de una concepción más integral de salud que satisface en cierto modo, las exigencias de la sociedad actual.

En este contexto, se han abierto nuevas perspectivas en el ámbito de la salud; incorporando las dimensiones psicológicas y sociales como esenciales en su relación indivisible con la realidad biológica del ser humano y a su vez considerándolo inserto en un sistema social determinado tanto por el contexto histórico, político y económico.

El hablar de salud como "un estado de bienestar" y no sólo como "ausencia de enfermedad", implica una concepción de salud como un proceso de desarrollo y crecimiento de los individuos, basado en la satisfacción de sus necesidades y en la potenciación de sus capacidades humanas, tanto en lo corporal, como en lo

psíquico y espiritual. Desde esta perspectiva, la enfermedad puede ser considerada como antagónica al bienestar biopsicosocial y el estado de salud como un factor que contribuye en forma muy importante a dicho bienestar (Weinstein, 1998).

En este tenor, la noción de salud ha experimentado un cambio de enfoque, ya que en años anteriores, los planteamientos de programas ministeriales eran enfocados hacia los procesos de recuperación de la salud (medicina curativa), sin embargo en la actualidad se da énfasis a los procesos de mantención y cuidado de la salud (medicina preventiva y promoción en salud).

La Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) ha realizado actividades que tienen como fin promover el concepto de salud como base del desarrollo humano y de una calidad de vida aceptable. De esta manera ha incentivado a los Estados adscritos a trabajar en los cinco ejes de acción en salud, que son los siguientes:

- Establecimiento de políticas públicas saludables
- Creación de entornos propicios para la salud
- Habilitación de comunidades
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud

En los distintos países de América Latina se ha llevado a cabo procesos de reforma en el ámbito de la salud, los cuales han tenido como fin modernizar el sistema y dar respuesta oportuna a las demandas y expectativas de los usuarios.

En Chile, estas reformas se han iniciado hace varios años, abordando distintos aspectos del sistema sanitario. Al comienzo se priorizó la parte financiera, buscando cambiar los sistemas de asignación de recursos. Posteriormente el área administrativa y de gestión, tratando de profundizar en la descentralización e incorporación de mecanismos modernos, especialmente en el ámbito público.

Junto a la reforma programática se ha emprendido una transformación en el modelo de atención. Este cambio busca poner un sistema de salud al servicio de las personas, el cual esté adaptado a las necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud- enfermedad, orientado hacia la familia y la recuperación. En este sentido, se espera que las comunidades accedan a un sistema de atención moderno y humanizado, de tal forma que las familias se

sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud. No obstante, se debe mencionar que antes de llegar a este enfoque, la salud chilena ha atravesado por periodos en donde se implementaron distintas políticas y reformas en busca de dar un mejor servicio, en virtud de los recursos que se disponían para este fin.

### **2.1.1. Políticas y Reformas**

#### Etapas y surgimiento de Políticas de Salud en Chile

A lo largo de la historia, la salud en Chile ha experimentado una serie de procesos antes de llegar al sistema actual, a continuación se mencionaran algunos hitos:

- Etapa de la Caridad (1550 hasta 1850): Se caracteriza por la gestión de la “Buena Muerte”, los hospitales son gestionados primero por la Iglesia y con posterioridad por un ente privado sin fines de lucro.
- Etapa de la Ciencia y Estado (1850-1960): Chile vive el proceso de incorporación de los productos de la ciencia, doctrinas sociales y políticas predominantes en el mundo occidental. Además del descubrimiento sobre las evidencias de la relación entre pobreza y enfermedad, en la cual los más pobres tienen peor salud y con ello una protagónica participación del Estado.

Algunos hechos relevantes en esta etapa son:

-En 1886 se creó la Sección de Higiene y Beneficencia en el Ministerio del Interior, mientras que en 1892 surge el Instituto de Higiene, en virtud de la creciente aparición de las grandes epidemias de Cólera y de Viruela.

-En 1924 se aprueba el proyecto de Servicio de Seguro Social, en donde se amplían los beneficios dirigidos a las familias, especialmente a la madre e hijo, incluyendo controles regulares y entrega de leche.

-Durante el mismo año, y bajo el gobierno de Arturo Alessandri, nace el Ministerio de Salud, llamado: “Higiene, Asistencia y Previsión Social”, quedando bajo su dependencia todas las estructuras de atención de salud y de previsión social existentes hasta la fecha.

-A inicios de la década del 40 surge la preocupación por crear un Servicio Nacional de Salud, donde se destaca la participación del Ministro de Salud de la época, Salvador Allende.

- Etapa de Apoteosis del Servicio Nacional de Salud (1960-1970): Enfatiza su apoyo al desarrollo y colaboración existente entre la asistencia, docencia e investigación.
- Etapa de Descentralización y Privatización (1973-1989): Etapa discutida y crítica en el tema de salud, de la cual no se dialoga debido al grado de conflicto que generó.
- Etapa de Restauración Democrática: En este período, los hechos más significativos se refieren a que la Concertación busca la recuperación del sector público de la postración financiera. En cuanto a inversiones, se renuevan hospitales, y hay una disminución significativa en la brecha tecnológica. Como resultados se observa una mejora en el cuidado intensivo neonatal y de adultos, y en el sistema de rescate y ambulancias, denominado Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

En Mayo del año 2002, se envía el proyecto de ley que define el régimen de salud actual en Chile, cuyo objetivo pretende adecuar la oferta programática a las necesidades de la población, incorporar mayores niveles de calidad en las prestaciones, orientaciones a áreas definidas como prioritarias, aumentar acciones de promoción y prevención, y aumentar los grados de participación social.

#### Estrategias y Metas Sanitarias para la Década 2000-2010

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados: Continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna, radicando en múltiples áreas tales como: educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programas de inmunización, de alimentación complementaria, programas de salud especiales para las mujeres y los niños, atención profesional del parto, avances científicos y tecnológicos
- Asumir desafíos derivados del envejecimiento de la población y cambios de la sociedad: Enfrentar un proceso de transición demográfica, caracterizado por un descenso importante de la fecundidad y de la morbilidad en todas las edades. Además el actual aumento en enfermedades como el cáncer, cardiovasculares, aparición de nuevas patologías y otras que se creían ya controladas.

- Disminuir desigualdades en salud: Reducción de inequidades lo que implica un esfuerzo de toda la sociedad. Las estrategias específicas consideran la focalización de acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos, garantizando acceso y oportunidad de atención para ellos.
- Proveer servicios acordes a las expectativas de la población: Incrementar la valoración social del sistema. Las acciones que se emprendan con este fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos.
- Garantías Explícitas en Salud (GES): Este plan establece acceso a las acciones de salud con garantías explícitas de oportunidad, calidad y protección financiera. El Plan GES es un instrumento para promover la equidad y materializar los objetivos sanitarios y de protección social en salud para todos los chilenos (El Mostrador, 2002). Tiene por objeto garantizar la cobertura por parte de FONASA y las ISAPRES de 56 enfermedades indicadas por el Ministerio de Salud (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2007).
- Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el Nivel Primario: La Reforma del Sector Salud busca consolidar un sistema de salud que de una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población. Está orientado a la mejora de la calidad de vida de personas, familias y comunidades. Constituye uno de los pilares fundamentales para el logro del objetivo de la reforma del sector.

La atención integral y familiar necesita ser complementada con los enfoques biopsicosocial y multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de manera más efectiva a las necesidades de los individuos, ya que considera su historia vital y sus entornos familiar y ambiental, y a su vez desarrolla acciones en los ámbitos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. (Universidad de Los Lagos, 2008)

## 2.2. Familia

La familia es el componente de la estructura social sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias directas y claras. Es difícil incluir en

una sola definición a todos los tipos de familia, porque las posibilidades son múltiples. Sin embargo, el concepto más aceptado es: “La familia es un grupo de personas relacionadas biológica, emocional y/o legalmente que viven en un mismo hogar”. (Santibáñez, 2008)

A través de la relación de las personas, existen una serie de intercambios afectivos; las familias tienen una biografía, una vida, un ciclo vital. Este grupo no es un ente aislado, pues recibe y transmite estímulos más allá de sus límites. Se le considera la célula social básica y se identifica en todas las sociedades.

También se define como una organización social que sirve de complemento a la naturaleza biológica del ser humano, donde nace, vive y muere. Corresponde a un grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional y legal.

Otro concepto de familia, es el que enuncia la Comisión Nacional de la Familia, que la define como: “Un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables (...) La familia es el resultado de una experiencia y de alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación” (Servicio Nacional de la Mujer, 1994)

Específicamente en Chile, se han realizado estudios sociológicos acerca de las familias actuales, donde se presentan ciertas peculiaridades tales como que es un país “familístico” donde no está en duda la vigencia e importancia de la familia. Los niños, jóvenes y adultos, hombres y mujeres, declaran que la familia constituye para ellos una necesidad básica, siendo en muchos casos el núcleo central que da sentido a sus vidas, lo cual se refleja en el 88% de las personas que viven en familia (Covarrubias P, Muñoz M, Osorio E. & Reyes C, 1991).

### **2.2.1. Familia y Salud**

El rol de la familia en el ámbito de la salud es preponderante, puesto que cumple una función reguladora. Su intermediación social, fundamenta este principio, ya que la familia al incidir directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones acerca de la

utilización de los servicios de salud, pasa a constituir la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad y muerte (Louro, 2005).

En Salud Familiar, la familia es vista como sistema, donde se ha planteado que es una organización social primaria que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio (Carrasco & Hidalgo, 2002).

La importancia de la familia es múltiple, y además ha sido demostrada científicamente, ya que corresponde a uno de los factores condicionantes del proceso de salud-enfermedad. Así el sistema familiar tiene un rol fundamental en dicho proceso: las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros, así como ellas son afectadas por la salud y enfermedad de sus integrantes (Carrasco & Hidalgo, 2002)

### **2.3. Modelo de Salud Familiar**

El proceso de reformas y cambios en salud mencionados anteriormente, dan cuenta de la evolución que ha tenido el concepto salud-enfermedad, dando paso al Modelo Biopsicosocial de Salud, donde se reconoce que las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas tienen un efecto fundamental en el estado de salud de las personas, familia y comunidad. Es por esto que se asume un enfrentamiento integrador de la atención de salud, considerando todos los aspectos mencionados (Carrasco & Hidalgo, 2002).

El cambio desde un modelo de atención netamente curativo a un modelo de atención con enfoque integral y familiar, está orientado a mejorar la calidad de vida de todas las personas. Esta nueva concepción de atención integral y familiar necesita ser complementada con los enfoques biopsicosocial y multidisciplinario, para así constituirse en una estrategia que responda de la manera más efectiva a las necesidades de los individuos, ya que considera todos los aspectos en la vida de la persona.

Este modelo constituye una alternativa para solucionar problemas existentes en la prestación de servicios de salud, junto con humanizar la medicina del nivel primario ya que entiende el proceso de salud-enfermedad de una manera integral (Servicio Nacional de la Mujer, 1994). Considera como eje central a la familia, por ser el contexto más cercano e influyente donde se desenvuelven las personas.

No obstante, el Modelo de Salud Familiar no se implementa de igual manera en todos los países, algunos llevan una larga data desde su implementación, mientras que otros buscan seguir el ejemplo adaptándolo a su realidad como nación.

### **2.3.1. Antecedentes históricos de Salud Familiar a nivel mundial**

Los antecedentes más claros de la Medicina Familiar y sus inicios surgen en 1950 en Israel, donde Kart y Abramson desarrollaron el C.O.P.C. (Community-Oriented Primary Health Care) o Atención Primaria orientada a la comunidad, que consideraban elementos básicos de la medicina familiar (población detenida, compromiso de la comunidad con la población de salud, etc.).

Posteriormente en los sesenta aparecen críticas porque la mayor parte de la inversión en salud se destina a la construcción de hospitales y equipamientos. Estudios demostraron que esto no solucionaba los grandes problemas en salud. Ante esto se desarrolló el punto de vista que señala que la mayor parte de los problemas médicos se pueden resolver, si es que los pacientes son atendidos precozmente en su comunidad y en lo posible, dentro de la familia.

Es en esta década que la Medicina Familiar es vista como disciplina moderna. Países como Canadá, Estados Unidos, Australia, Holanda, Inglaterra comenzaron a estudiar la factibilidad de revalorizar esta práctica sobre la tradición del médico familiar, con su repercusión afectiva, unida al conocimiento más actualizado.

En 1969, con la ayuda de la American Academy of General Practice y los médicos generales, se reconoció a la Medicina Familiar como la Vigésima especialidad. (Mancilla, 2005).

Además de lo anterior, es importante señalar que existen tres países que impulsaron el Modelo de Salud Familiar, enfocándolo a su realidad, en definitiva creando distintas orientaciones de un mismo modelo.

#### Gran Bretaña

El National Health Service, o NHS, es el servicio de salud que brinda cobertura universal y gratuita a 59 millones de personas, prácticamente la totalidad de la población británica utiliza estos servicios médicos y es reconocido

mundialmente por su cobertura universal, la alta calidad de la atención primaria, el éxito de sus estrategias de contención de gastos y el óptimo grado de autorregulación y desarrollo profesional que ha alcanzado en cada nivel de servicio. Ofrece cobertura, generalmente sin cargo, en tres niveles.

La atención primaria es provista en el ámbito comunitario por médicos de cabecera, que trabajan en este servicio como profesionales independientes. El equipo de salud lo componen enfermeras, visitadoras sociales, odontólogos, parteras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, podólogos, nutricionistas y psicoterapeutas; y juntos resuelven el 90% de las consultas a la mitad del costo de su equivalente en atención hospitalaria.

Los médicos de familia General Practitioner (GP) están presentes en todas las comunidades y representan el principal sostén del servicio de salud (cada persona tiene a su médico de familia a cargo) y provee atención primaria y deriva, en caso de necesidad, a los otros niveles de atención.

### España

Medicina Familiar se remonta a 1978, donde se consigna: “El médico de Familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario”, el nacimiento de la especialidad estuvo claramente relacionado con la Conferencia de Alma Ata en 1978.

Actualmente, el programa formativo de la especialidad está plenamente desarrollado y consolidado, y consta de tres años de duración con un 50% intrahospitalario y 50% en atención primaria.

En 1993, se habían formado cuatro mil quinientos especialistas y el número de cupos ha ido en aumento. Existían 52 docentes, 98 hospitales y 196 centros de salud dedicados a la formación de médicos de familia. Además, una sociedad profesional con más de tres mil miembros y una revista, Atención Primaria, que es el órgano oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).

### Cuba

Por recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de Salud, se creó un plan con base en la acción de médicos de familia. Este plan modificó sensiblemente el perfil de salud cubano, transformándose en un sistema de salud estatal público.

Las instituciones que prestan atención de salud son los hospitales y los policlínicos. Existen equipos de médicos de familia y enfermeras de comunidad.

El médico de familia vive en la comunidad y es responsable por la salud de sus familias. Existe un médico para doscientas familias. (Mancilla, 2005)

### **2.3.2. Historia de Salud Familiar en Chile**

El modelo de atención de salud aplicado en Chile desde la década de los cincuenta, contribuye a mejorar los indicadores de salud. Su concepción biomédica fue la forma adecuada de hacer frente a una situación epidemiológica dominada por enfermedades infecciosas. Este modelo se ha hecho insuficiente para afrontar los cambios actuales que requieren una orientación más amplia y de tipo biopsicosocial.

El Ministerio de Salud, desde 1990, define la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social como los principios orientadores de las políticas de salud.

En el contexto de reformular el modelo de salud, se inició a principios de los años noventa, el proceso de cambio de Consultorio a Centro de Salud, que fue concebido como una estrategia para adecuar la oferta de atenciones a las necesidades de las personas, poniendo al alcance de las comunidades un sistema de atención más moderno y más humanizado, de manera que las familias se sientan afectivamente protegidas.

En 1997 se dio curso a la implementación del Modelo de Salud Familiar, en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este nuevo modelo de atención se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño.

Este modelo se definió como Salud Familiar porque, a diferencia de otros países, en Chile se trabaja con equipos de salud. El propósito es contribuir a elevar el nivel de salud de la población, y para eso los Centros de Salud Familiar CESFAM deben incorporar los conocimientos y las técnicas de la salud familiar. Para lograrlo, se requiere una inversión económica especial de un 25% extra del financiamiento per cápita para la población inscrita y, además una capacitación especial para todo el personal.

## 2.4. Aspectos esenciales en Salud Familiar

En Salud Familiar se busca conocer en profundidad a este núcleo, por lo cual es recurrente realizar Estudios de Familias, los cuales se definen como: “La metodología de trabajo del equipo de salud, cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento y análisis de la estructura, dinámica y redes de apoyo de la familia para dar una solución integral a los problemas de salud.” (Mancilla, 2005)

Para esto se consideran diversos aspectos tales como:

### 2.4.1. Tipología familiar

Los tipos de familias se pueden agrupar en:

- Familias Unipersonales: Formadas por una sola persona
- Familia Nuclear o conyugal: Constituida por el padre, la madre (esposa o conviviente) y/o sus hijos dependientes.
- Familia Monoparental: Constituida por uno de los padres y sus hijos.
- Familia Reconstituida: Donde la madre y/o el padre de la familia nuclear no pertenecía originalmente a ésta, pudiendo agregar hijos de uniones anteriores.
- Familia Extensa: Constituida por el padre, la madre y sus hijos dependientes y otras personas emparentadas en sentido vertical (abuelos, nietos) y/o sentido horizontal (tíos, primos).

### 2.4.2. Poder en la familia

En la década del 50 en Europa, Le play establece la diferenciación de poder en quien recae la autoridad de la familia, para lo cual plantea tres tipos:

- Familia patriarcal. La autoridad la tiene el padre.
- Familia matriarcal. La autoridad la tiene la madre.
- Familia igualitaria. La autoridad está dividida.

### 2.4.3. Jerarquía en la familia

Se dan tres tipos de estilos en la crianza de los hijos en una familia:

- Estilo autoritario: Es aquel donde los padres ejercen la autoridad de manera jerárquica, sin dar opciones de discusión respecto a las normas que le imponen a los hijos.

- Estilo democrático: Las normas dependiendo de la edad, pueden ser analizadas y cuestionadas por los hijos.
- Estilo permisivo: Las normas prácticamente no existen, los padres ceden habitualmente ante los requerimientos de sus hijos y, por lo tanto, la dinámica dentro de la casa es bastante anárquica.

(Álvarez, 2004)

#### 2.4.4. Estructura familiar

En cuanto a la estructura familiar Minuchin como principal exponente del modelo estructural, la define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1977, 86).

Las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, los roles y las expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquía de poder (Minuchin, 1997; Minuchin & Fischman, 1984).

Respecto a las *normas*, hay algunas universales y explícitas y otras implícitas e idiosincráticas, que definen las relaciones entre los miembros.

Los *roles* definen las tareas que se espera que cada uno cumpla dentro de la organización familiar y éstos están en parte definidos por la cultura y por la familia en particular.

Los *límites* de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera en una transacción interpersonal cualquiera. Su función es proteger la diferenciación del sistema y sus subsistemas; para que ésta se pueda cumplir, los límites deben ser claros y con un cierto grado de flexibilidad de modo que le permita a los subsistemas adecuarse a las demandas funcionales.

La claridad de los límites al interior de la familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento (Carrasco & Hidalgo, 2002). Sin embargo, en algunas familias pueden ser más difusos, lo que significa que sus integrantes no tienen claridad frente a éstos.

También estos límites pueden tornarse rígidos, lo que implica que no exista transacción.

Cuando la *comunicación* y preocupación se tornan excesivas, perdiendo la distancia entre los miembros y los límites se convierten en difusos y Minuchin las

denomina *familias aglutinadas*. Estos tipos de núcleos reaccionan ante el estrés intensamente, sobrecargándose, impidiendo adecuarse a las demandas.

En caso opuesto se encuentran familias con límites rígidos, con escasa comunicación entre los subsistemas, y se denominan *familias desligadas*. Existe una mínima dependencia entre los miembros y sólo en caso de existir un alto nivel de estrés en uno de ellos, se activa un sistema de apoyo (Minuchin & Fischman, 1984; Haley, 1967).

Cabe mencionar que en una familia puedes existir subsistemas aglutinados y desligados, los que podrán ir variando según la etapa del ciclo familiar en que se encuentre.

Respecto a la *comunicación familiar*, esta es una forma de interacción en la cual las personas intercambian información con otros individuos, siempre y cuando exista entre ellas un conjunto de precondiciones, conocimientos y reglas que hacen posible la comunicación.

En cuanto a la comunicación en familia es importante considerar que tiene una estructura compleja en donde figuran en todo momento no sólo mensajes interpersonales directos, sino un sistema de señales muy valiosas para que la persona que recibe el mensaje se percate de la categoría correcta a la que debe encuadrarse la secuencia de los mensajes transmitidos (Gobierno de México, 2003). El diálogo debería ser más natural y normal entre personas que viven juntas; y, sin embargo, la extraña realidad es que a veces se hace precisamente más difícil entre ellas. A veces la familiaridad engendra retraimiento (EIRENE Argentina, 2004).

Los tipos de comunicación que se pueden encontrar al interior de la familia entre los diferentes subsistemas, son los siguientes:

- Comunicación Conyugal: Es la comunicación que se da entre los cónyuges o miembros de la pareja.
- Comunicación Parental: es la que se da entre padres e hijos
- Comunicación Fraternal: Es la que se da entre hermanos

#### **2.4.5. Ciclo vital familiar**

En su desarrollo, cada familia atraviesa diferentes etapas conectadas entre sí, y cada fase implica una amenaza potencial para su organización. Estas fases están bien definidas y cada una tiene problemas predecibles. Es importante

reconocer estas etapas y las crisis potenciales, para poder realizar acciones preventivas, generar hipótesis en relación con las fuentes de disfunción familiar y proponer guías anticipatorias sobre los cambios que vendrán.

Es un proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta su muerte. Se expresa en etapas delimitadas por la concurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar.

A continuación se describirá el Ciclo Vital Familiar según Duvall

Etapas:

- Formación de la pareja (hasta nacimiento del primer hijo).
- Crianza inicial de los hijos (hasta los 2a.6m. del primer hijo).
- Familia con niños preescolares (hasta 6a. del primer hijo).
- Familia con niños escolares (hasta los 13 a. del primer hijo).
- Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 a. del primer hijo).
- Familia plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo deja la casa).
- Familia de edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja).
- Familia anciana (hasta la muerte de ambos miembros de la pareja).

#### **2.4.6. Dinámica familiar**

Olson y sus colaboradores en la década del 70, modifican el *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares*, el cual observa a la familia en base a dos dimensiones de la vida familiar: Cohesión y Adaptabilidad.

“La *Cohesión* se entiende como la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre uno y otros, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido” (Carrasco & Hidalgo, 2002).

Se identifican cuatro niveles de cohesión:

- Aglutinada
- Unida
- Independiente
- Desligada

“La *Adaptabilidad* es definida como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales o del desarrollo”. (Carrasco & Hidalgo, 2002, 39).

Es el grado en el cual un sistema marital o familiar es flexible y abierto a cambiar su estructura de poder y relaciones de rol en respuesta al estrés. Existen cuatro niveles de adaptabilidad:

- Rígida (muy bajo)
- Estructurada (bajo o moderado)
- Flexible (moderado o alto)
- Caótica (muy alto)

#### **2.4.7. Factores Protectores y de Riesgo**

Otro de los aspectos importantes a considerar en una familia corresponde a factores de riesgo y protectores.

Los primeros se definen como: “Condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura (...)” (Carrasco & Hidalgo, 2002).

Algunos factores de riesgo son:

- Mala calidad de la vivienda
- Hacinamiento
- Conflicto crónico de pareja
- Embarazo no deseado
- Deserción escolar
- Separación o divorcio
- Insatisfacción laboral
- Alcoholismo
- Drogadicción
- Abandono de hijos
- Ausencia de apoyo social y redes
- Duelo reciente
- Depresión
- Endeudamiento

- Patología psicológica grave
- Enfermedad Terminal
- Negligencia parental
- Violencia intrafamiliar
- Delincuencia
- Enfermedad profesional
- Postrados
- Retraso mental
- Accidente laboral
- Abuso sexual
- Tabaquismo

(Clínica Río Blanco, 2008)

Los Factores protectores se entienden como: “Aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas (...) Son características, rasgos, habilidades, competencias, medios, tanto de los individuos de una familia, de la familia como unidad y de su comunidad” (Carrasco & Hidalgo, 2002).

Algunos de los factores protectores que se pueden identificar son:

- Amplias redes sociales
- Escolaridad adecuada
- Vivienda en condiciones adecuadas
- Estabilidad y satisfacción laboral
- Necesidades básicas y recreación cubiertas
- Expresiones de afecto
- Sentido de pertenencia
- Red de apoyo familiar

(Clínica Río Blanco, 2008)

## **2.5. Instrumentos de Salud Familiar**

En el estudio de familia se utilizan instrumentos para evaluar clínicamente el funcionamiento familiar, a continuación, se mencionaran algunas aproximaciones clínicas que se emplean:

### 2.5.1. Genograma

También llamado árbol familiar o familiograma, permite evaluar a la familia, integrando gran cantidad de información del grupo en estudio. Es una herramienta clásica para resumir y utilizar antecedentes familiares en la práctica clínica orientada a la familia.

Es útil para el diagnóstico y manejo de problemas clínicos psicosociales complicados que frecuentemente no pueden ser identificados usando el modelo biomédico tradicional. Los familiogramas han sido comparados con exámenes médicos tradicionales (ya que puede ser considerado como una radiografía.)

Los genogramas representan información de tres, cuatro o más generaciones sobre la base de:

- La estructura de una familia.
- Estudio del ciclo de vida.
- Patrones repetidos a través de las generaciones.
- Eventos vitales y funcionamiento familiar.
- Las relaciones entre los miembros de una familia.
- Equilibrios y desequilibrios familiares.

### 2.5.2. Ecomapa o Redes sociales

Las ventajas de este esquema es que constituye un registro clínico sistemático, es de fácil lectura, evalúa relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad, es un modo no amenazante para obtener información cargada emocionalmente. (Mancilla, 2005)

Esta herramienta de estudio de familia debe aplicarse dibujando en el centro a la familia, como en un familiograma, encerrado en un rectángulo, y en la zona externa a éste, diferentes rectángulos donde se colocan las distintas redes de apoyo existentes en la comunidad. (Mancilla, 2005) Entre las principales redes de apoyo se encuentran: familia, trabajo, amigos, educación, salud, recreación, cultura e iglesia.

Sus funciones son:

- Señalar las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean.
- Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.
- Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis.

- Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a su familia.
- Determina si la familia en conjunto o algunos de sus componentes están aislados de aquellas fuentes de recreación, de apoyo educativo, económico o social.

## **2.6. Instrumentos de recolección de información en salud**

### **2.6.1. Ficha Familiar**

Utilizada para recoger información de carácter general sobre la vivienda, su ubicación y el número de personas que la conforman (monografías.com).

Contiene variables como: datos generales del grupo familiar, estructura, interacción entre los miembros, y factores de riesgo y protectores presentes en los integrantes de la familia. A su vez la herramienta se complementa con instrumentos de salud familiar tales como: Genograma y Ecopama.

La Ficha Familiar permite reunir los datos esenciales de la familia, lo que contribuye a una mejor atención en salud, de manera integral, considerando a todo el núcleo familiar y su contexto.

### **2.6.2. Encuesta de Satisfacción Usuaría**

Instrumento de medición cuantitativo que busca medir el nivel de conformidad que presentan los usuarios frente a un servicio determinado.

La Encuesta de Satisfacción Usuaría aplicada a las familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco se compone de once variables, las cuales están dirigidas a conocer variados aspectos del Modelo de Salud Familiar, que constituye la base del programa.

Las variables son:

#### **a) Conocimientos sobre el Programa de Salud Familiar**

Entendida como la facultad de saber y comprender aspectos relativos al Programa de Salud Familiar. Los cuales pueden ser de tipo básico o avanzado. Los primeros relativos a identificación del programa de salud al que pertenecen, y lo segundo relacionado con un reconocimiento de variables y componentes del modelo de salud familiar, y que los usuarios logran identificar.

b) Permanencia en el Programa de Salud Familiar

Definida como la calidad de ser miembro o pertenecer al Programa de Salud Familiar. La adscripción puede haberse dado en la actualidad o hace algún tiempo atrás, teniendo como límite cuatro años, ya que fue en el año 2004 cuando se inició el Programa de Salud respectivo.

c) Frecuencia de atención

Correspondiente al número de veces que el usuario perteneciente al Programa de Salud Familiar, ha hecho uso efectivo del servicio en un determinado período de tiempo aproximado, que va desde seis meses hasta más de un año. Esta variable permite identificar la continuidad de los usuarios con respecto al uso del programa de salud en el tiempo.

d) Responsabilidad usuaria

Es entendida como el deber del usuario de preocuparse por su estado de salud, y colaborar con el equipo médico en ciertos aspectos, para así lograr el mejor resultado en calidad de salud. Es importante conocer el nivel de responsabilidad que toma el usuario con su propia salud, reconociendo si maneja la información suficiente acerca de los programas en el cual esta inscrito, y si esta comprometido para mejorar su estado de salud en conjunto con su equipo medico.

e) Motivación para inscribirse

Se define como los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta de una persona a pertenecer al Programa de Salud Familiar. Antes de evaluar la satisfacción de un usuario con su servicio de salud, es importante reconocer las reales motivaciones que lo impulsaron a acceder a este servicio, esto permite reconocer la iniciativa que tiene el usuario en la elección de un programa de salud, además del nivel de compromiso con su propio estado de salud.

6. Institución o área de salud preferencial por el usuario

Entendida como el establecimiento de salud escogido en primera instancia por el usuario, para acceder a los servicios respectivos. El conocer las preferencias del usuario en salud permite reconocer cuales son los requerimientos que se buscan, como por ejemplo rapidez en la atención, comodidad y cercanía, costos económicos mas bajos, ente otros.

#### 7. Satisfacción de necesidades según el usuario

Definida como el cumplimiento de los requerimientos establecidos y que esperan los usuarios del Programa de Salud Familiar. Identificar la percepción del usuario con respecto a la satisfacción de sus necesidades toma importancia, ya que esto permite conocer cuales son las carencias que poseen los usuarios, además de reconocer las expectativas en cuanto a la satisfacción de esas carencias por parte a su institución de salud.

#### 8. Fundamentos teóricos de Salud Familiar

Lineamientos que sustentan el modelo de salud familiar, que se basan en el trabajo en equipo por parte de los profesionales de salud, y que incluyen estrategias de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, dirigidas a las familias usuarias del programa, y una atención continua y permanente.

Esto esta referido al sustento teórico del Programa de Salud Familiar, correspondiente a un enfoque biopsicosocial, es decir, visualiza al sujeto de atención desde variadas perspectivas; biológica, psicológica y social, acentuando en el ámbito familiar.

Todo esto conforma la perspectiva integral que sustenta el programa, que permite estudiar al individuo desde una perspectiva holística, donde los distintos profesionales colaboran con su opinión realizando un trabajo en equipo o más bien multidisciplinario, permitiendo diagnósticos mucho más realistas y completos para los pacientes, por tanto de mejor resolutivez.

#### 9. Problemáticas y beneficios respecto al Programa de Salud Familiar

Hechos o circunstancias que dificultan u otorgan utilidad a los beneficiarios del Programa de Salud Familiar.

Está referido a dos situaciones concretas; la primera corresponde a acontecimientos negativos ocurridos a los usuarios activos pertenecientes al programa, que han producido un cierto grado de disconformidad o descontento.

La segunda situación, de manera ambivalente corresponde a los aspectos positivos y/o beneficios que han recibido de parte del programa, según la opinión de los mismos usuarios. De esta manera se busca conocer la percepción que posee el sujeto de atención con respecto a los servicios y productos entregados por el programa, pero de una manera objetiva conociendo estas dos dimensiones tanto positiva como negativa.

f). Características básicas del Programa de Salud Familiar

Cualidades y/o atributos particulares de carácter fundamental que son la base del Programa de Salud Familiar.

Corresponden a características esenciales, entre las que se encuentran: Visión integral, atención personalizada con énfasis en el núcleo familiar, trabajo interdisciplinario, estrategias de promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, atención continua y permanente, entre otras.

g). Satisfacción con el Programa de Salud Familiar

Conformidad y agrado del usuario con los servicios y productos entregados por el programa de salud familiar, ya que éste responde a sus necesidades de salud.

De manera concreta, se busca conocer el grado de aceptación y conformidad desde la propia perspectiva del sujeto de atención, con respecto a los servicios que ha entregado el programa, para saber cuán satisfechos están con lo que hasta ahora se ha entregado, es decir, se espera saber qué tan efectivo y exitoso ha sido el producto ofrecido por Clínica Río Blanco, buscando una respuesta realista basada en el pensamiento colectivo de los usuarios adscritos al Programa de Salud Familiar.

## **2.7. CODELCO División Andina y Salud**

La estabilidad laboral y el desarrollo económico que la empresa CODELCO ofrece a los trabajadores garantizan a la población educación, vivienda, salud, alimentación y saneamiento adecuado.

La red de salud está formada por Clínica Río Blanco como prestador principal con atención cerrada e instituciones externas con convenio donde son derivados los casos de mayor complejidad y que requieren atención en el nivel terciario. (Clínica Río Blanco, 2008)

### **2.7.1. Departamento de Salud de División Andina**

Este departamento parte a fines de la década de los sesenta (1969), con un equipo integrado por tres paramédicos y un médico que enfrenta, al igual que los trabajadores, las inclemencias del clima en la montaña.

Era una tarea muy difícil, en ese entonces, brindar atención de urgencia, a más de tres mil metros de altura, al interior del pique en construcción o en una improvisada posta instalada en una habitación. Más aún si se considera que la técnica médica y la tecnología no poseían el mismo desarrollo que hoy.

La atención de salud, a principios de los setenta se entrega en un departamento donde el living era la sala de espera y los dormitorios, las salas de procedimiento.

El equipo de salud se las ingenia con lo que tiene para salvar vidas, inventando muchas veces soluciones para rescatar accidentados y atender a los enfermos.

Sólo el 10 de agosto de 1973, se produce el traslado al recién construido hospital de Saladillo. (Clínica Río Blanco, 2008)

En la actualidad División Andina se ha obligado mediante los contratos y/o convenios colectivos suscritos con sus trabajadores, a financiar al trabajador y sus cargas familiares legalmente reconocidas prestaciones de salud al momento de suscribir un Contrato de Trabajo con la División y enterar su cotización legal de salud en la ISAPRE Río Blanco.

Asimismo se ha obligado a entregar prestaciones de salud a los ex-trabajadores acogidos a planes de egreso, con el fin de que obtengan para ellos y sus cargas familiares legalmente reconocidas, las atenciones médicas, farmacéuticas y dentales contempladas en los reglamentos de salud por el plazo que establece el respectivo plan de egreso.

El aporte de la División, viene a complementar la cotización de salud que es obligatoria para cada trabajador en aquella parte que faltare para completar el precio del respectivo plan de salud de la Isapre.

En consecuencia, para la aplicación de lo anteriormente expuesto, División Andina encomienda a Isapre Río Blanco Ltda. el financiamiento de los servicios antes señalados, de acuerdo con las condiciones de los planes de salud que mantiene la Isapre. (CODELCO, 2006).

Reconociendo que uno de los elementos fundamentales del concepto de calidad de vida esta constituido por la promoción, protección y mantención del buen estado de la salud de los trabajadores y sus cargas familiares, y como una forma de hacer mas eficiente la gestión del beneficio de salud que entrega la división a sus trabajadores, es que ha acordado poner en marcha el Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco, a través de un Programa que ofrece servicios de salud primaria.

### 2.7.2. Historia de Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco

El Sistema de Salud en Chile esta experimentando importantes cambios acorde a los tiempos. Hasta ahora el modelo tradicional de atención en salud sintetiza la evolución del pensamiento médico de los últimos 50 años que privilegia la tecnología y la especialización con orientación más bien curativa. Esto llevó a una deshumanización de la atención médico-paciente, carente de una mirada integradora de los problemas de salud de los usuarios del sistema, explica el doctor Miguel Insulza, gerente general de Clínica Río Blanco, para entonces (Insulza, 2004)

Por el contrario, el Modelo de Salud Familiar, concibe al ser humano en su contexto ambiental, cultural y familiar, buscando prevenir y anticiparse a las enfermedades, se refiere el Médico de Salud Familiar y Jefe del Programa, Doctor Luís Barata. (Barata, 2004)

Cabe mencionar que con el fin de escoger un modelo inspirador a seguir, se enviaron diferentes comisiones a distintos lugares tanto nacionales como extranjeros donde se aplica el programa; Dentro del país se encuentran Calama y la Universidad Católica de Santiago.

En el extranjero el países como Cuba y España. Así el modelo español resulta seleccionado como sustento teórico para la implementación de este programa en Clínica Río Blanco, asegura el Doctor Insulza, por su nivel de profundidad.

Enmarcado entonces, dentro de esta necesidad de transformar el paradigma actual de salud que solo centraba su foco en la enfermedad hacia uno centrado en la preocupación de la salud de los trabajadores y sus familias e inspirado en el modelo español, nace el proyecto del Modelo de Salud Familiar, en el año 2003 en Clínica Río Blanco como un proyecto, pero es en el año 2004 que comienza efectivamente su implementación, es decir, a funcionar públicamente para atender a los usuarios.

Este modelo funciona desde una relación horizontal entre el equipo de salud y sus pacientes, considera la participación de la comunidad, tiene continuidad de cuidados, resolutivez y efectividad, actúa con un equipo de cabecera especializado, con atención en red, es flexible y esta centrado en la persona.

Clínica Río Blanco, se propuso entregar en ese entonces un servicio más próximo al beneficiario, a través de una atención personalizada y una participación

activa del grupo familiar, con el apoyo de un equipo de salud multidisciplinario de la más alta calidad.

Los primeros recursos con que cuenta el programa, corresponden a dos equipos de profesionales, además de los programas y box de atención, infraestructura y equipos. Cada uno de los dos equipos de Salud Familiar cuenta con un médico familiar, pediatra, enfermera, matrona, psicóloga, dentista, nutricionista, un auxiliar de enfermería y una administrativa, todos presididos por el jefe del Programa el Doctor Cubano Luís Barata, quien llegó a Chile con este fin.

El equipo de salud familiar, derivará al beneficiario del sistema con otros especialistas, cuando sea necesario, por lo que el modelo no restringe la atención con otros profesionales, el ingreso al modelo es voluntario y la familia podrá escoger el equipo de profesionales.

También, expresa el Doctor Barata, que el equipo médico concurrirá periódicamente al hogar de cada familia para realizar controles rutinarios y conocer el estado de los integrantes.

Así, dejando de ser solo un proyecto, se da inicio entonces a la puesta en marcha oficial del ahora Programa de Salud Familiar en febrero del año 2004, comenzando con una actividad promocional que consiste en charlas a domicilio efectuada por los dos equipos de salud liderados por el Doctor Barata a 25 familias líderes, con el objetivo de disipar todas las dudas existentes en las familias y así firmar un compromiso para dar inicio a la atención en Salud Familiar, posteriormente se hace lo mismo con las familias restantes.

Este inicio contó con el apoyo, en primera instancia de los sindicatos de Integración Laboral (SIL) y de supervisores (SISAN) quienes firmaron un acta de acuerdo con Clínica Río Blanco acogiendo los beneficios del modelo. En tanto que la participación del Sindicato Unificado de Trabajadores (SUT) fue posterior.

Así, al año 2005, las familias adheridas conformaban un total de 150 familias desde su puesta en marcha y para el año 2006 el número ascendió a un total de 355 con la esperanza de alcanzar las 500, y quien entonces preside la jefatura del programa ya no es el Doctor Barata, sino la Doctora Aracelys Martin.

### **2.7.3. Programa de Salud Familiar actualmente**

#### Misión

Ser un Centro de Salud Familiar que atienda las necesidades de salud de las familias beneficiarias de Clínica Río Blanco, con una atención eficiente y eficaz, de

alta calidad en sus servicios y con énfasis en lo preventivo y promocional.

Trabajar la Salud Familiar con un equipo multidisciplinario que se preocupa de la calidad de vida del usuario interno y externo. (Clínica Río Blanco, 2008)

Para dar una mejor atención basada en Salud Familiar, el Programa se fundamenta en las siguientes características de dicho modelo:

- Integralidad: Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.
- Integración: Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- Continuidad y permanencia: A lo largo de la vida de las personas en sus distintos ámbitos y circunstancias.
- Activo: Los profesionales no actúan como receptores pasivos de las demandas, trabajan activamente en la resolución de las necesidades de las personas.
- Basado en el trabajo en equipo (Plan Estratégico, Clínica Río Blanco, 2008)

#### Población

Actualmente existen 560 familias incorporadas al Programa, con una población total de 2048 personas distribuidas en 1007 de sexo masculino y 1041 de sexo femenino. (Clínica Río Blanco, 2008)

Para abordar las problemáticas de esta población se interviene a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y la participación comunitaria. Para ello se realizan actividades entorno a diversas áreas, entre las que se puede mencionar:

- Educativa: Posee una estructura formal, se evalúa con indicadores de Impacto. (Taller obesidad, Taller de vida saludable, etc.)
- Comunitaria: Actividades informales que se caracterizan por la participación masiva de la comunidad, se evalúa a través de indicadores cuantitativos y la idea principal es sensibilizar respecto a una condicionante en particular (Cicletada, Concurso de Recetas saludables, Concurso de Pintura , de Baile , Ferias, etc.). Permite congregarse a la familia en actividades comunes.
- Comunicacional: Se refiere a utilizar todo tipo de Medios de Comunicación

disponibles para difundir Mensajes con las condicionantes que se trabajan, (Revistas, Web, Radio, Televisión, Paneles, etc.), como por ejemplo Campaña “ El Movimiento es Vida”, dando a conocer las ventajas de realizar Actividad Física.

Logros Obtenidos.

- Realización de un diagnóstico de salud (sociodemográfico, epidemiológico, de gestión)
- Desarrollo de un programa de difusión y comunicación sobre el Modelo de Salud Familiar en distintas instancias (Clínica, Sindicatos, Comunidad, Intersector)
- Implementación un programa de capacitación continuo en el Modelo de Salud Familiar en el equipo que incorpora el autocuidado
- Se ha mejorado la disposición de infraestructura para el área de Salud Familiar
- Recursos humanos que establecen óptimas relaciones con los usuarios (atención humanizada, empática, cálida)
- Se han desarrollado estrategias para fortalecer al recurso humano de Salud Familiar: plan de incentivos, programa de inducción, programa de competencias laborales
- Reclutamiento del 100% de las familias beneficiarias
- Mejoramiento de los estándares de satisfacción usuaria
- Desarrollo de un programa de promoción de la salud optimo
- Incorporación de horas profesionales y técnicas en relación al numero de familias incorporadas (Clínica Río Blanco, 2008)



## 1. PRESENTACIÓN

El cuarto capítulo, comprende aspectos relativos a la metodología utilizada para la investigación los cuales hacen referencia a: Tipo de investigación, población y muestra escogida, técnicas e instrumentos de recolección de información para el estudio, y además técnicas empleadas para el procesamiento y análisis de información.

## 2. DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1. Tipo de Investigación

El enfoque metodológico de la investigación corresponde al tipo *cuantitativo enriquecido con elementos cualitativos*.

La investigación principalmente utiliza la metodología cuantitativa debido a que la información a recabar será medible y cuantificable. Además de lo anterior, el tamaño del universo de estudio es extenso, lo que implica un análisis a nivel más global, apuntando a la población total de estudio.

La incorporación de elementos cualitativos estuvo orientada a enriquecer los datos con la percepción que tienen los sujetos objeto de la investigación sobre su propia realidad; fundamentalmente: beneficiarios, informantes claves, funcionarios de salud percepciones respecto al factor cualitativo, este tiene injerencia en el estudio, específicamente en lo relativo a recolección de información mediante entrevistas a funcionarios de salud, las cuales permitirán aportar datos y una visión acerca del tema. Este aporte de la metodología cualitativa es posible ya que el grupo de informante claves es reducido en cantidad, y los datos permitirán un análisis descriptivo del fenómeno estudiado.

Atendiendo a los medios de recolección de información, el estudio corresponde a una *Investigación de Campo*, ya que los datos serán recabados por medio de encuestas, entrevistas y visitas domiciliarias a las fuentes primarias.

Asimismo, el presente estudio posee el carácter de Investigación Descriptiva, por cuanto, “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente” (Tamayo, 1999).

Entre las principales características de la investigación descriptiva cabe destacar que permite el análisis de datos a partir de los resultados y categorías obtenidas; constituyendo la información obtenida, una fuente de datos apta para posteriores investigaciones.

Otros autores destacan entre sus características que:

- La formulación del problema es más precisa y concreta
- Caracteriza al sujeto de la forma más completa posible
- Puede llevar o no hipótesis
- Las unidades de análisis pueden ser de diversa naturaleza
- Puede ser estudios sincrónicos; estáticos
- Puede ser diacrónicos; en un período determinado
- La técnica más usada es la encuesta

## 2.2. Población y muestra

### Universo

Para determinar la población objeto de estudio se definirá constituida por tres colectivos, conformados por los principales participantes en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

**Primer Colectivo:** Familias inscritas en el Modelo de Salud Familiar de Clínica Río Blanco

**Segundo Colectivo:** Funcionarios y médicos que ejercen su trabajo en Clínica Río Blanco, tanto en Salud Familiar, como en el resto de los servicios de la institución.

**Tercer Colectivo:** Informantes claves que incidieron en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

### Criterios de Inclusión

Para determinar la población de estudio se tomaron en cuenta criterios que se identificarán según cada colectivo

**Primer Colectivo:** Familias inscritas en el Modelo de Salud Familiar de Clínica Río Blanco:

- Poseer la categoría de familia perteneciente al Modelo de Salud Familiar de Clínica Río Blanco. Este universo se compone por 560 familias. Y se decide estudiar su totalidad.

**Segundo Colectivo:** Funcionarios y médicos que ejercen sus funciones en Clínica Río Blanco, tanto en Salud Familiar, como en el resto de los servicios de la institución.

- Poseer la calidad de funcionario o médico de Clínica Río Blanco, tanto de Salud Familiar, como del resto de los servicios de la institución.
- Expresión del deseo de participar del estudio, de manera libre y voluntaria.
- Para el caso de los profesionales de Salud Familiar se estudiará su totalidad, es decir con el universo.
- En el caso de los profesionales que no pertenecen a Salud Familiar se tomara en cuenta un número igualitario al de profesionales de Salud Familiar, es decir se trabajará con una muestra, la que cumple con las características de muestreo aleatorio simple, lo que implica obtener una muestra que será seleccionada al azar. Es decir, cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido. Este criterio fue considerado con el fin de realizar un análisis comparativo entre las opiniones de los profesionales de ambos servicios.

**Tercer Colectivo:** Informantes claves que incidieron en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.

- Poseer la calidad de ex funcionario o sujetos considerados como informantes claves, que participaron en la implementación del Modelo de Salud Familiar.
- Expresión del deseo de participar del estudio, libre y voluntariamente, estos podrán aportar información privilegiada para la construcción de la historia del Programa de Salud Familiar.

### 2.3. Técnicas e instrumentos en la recolección de datos

“Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso del que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (Sabino, 1998).

Por técnica se entenderá la definición del diccionario de metodología antes citado: “Conjunto de mecanismos, medios y sistemas de dirigir, recolectar, conservar, reelaborar y transmitir los datos”

El conjunto de ambos elementos está referido a los recursos que sirven para recolectar información en la investigación y que obtiene la información de las fuentes consultadas.

En la presente etapa del proceso investigativo, los instrumentos y técnicas seleccionadas buscan responder básicamente a los requerimientos surgidos de los tres primeros objetivos específicos referidos al objetivo general formulado: **“Diagnosticar el estado actual del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco identificando los factores asociados”**.

Para cada objetivo específico, se utilizan distintas herramientas:

- Recolección de antecedentes familiares mediante la aplicación de Ficha Familiar reformulada.

La Ficha Familiar, también conocida como Tarjeta Familiar “es un instrumento de registro utilizado en salud familiar, que reúne y facilita el acceso a datos generales del grupo familiar, proporciona datos socioculturales de los integrantes de la familia. Su diseño es a nivel local, es decir, depende de las necesidades del equipo de salud. En síntesis, refleja resumidamente problemas familiares” (Cazorla, 2007)

En la actualidad Clínica Río Blanco cuenta con este tipo de instrumento como herramienta de salud familiar; no obstante, sólo desde una perspectiva biomédica; careciendo de un enfoque biopsicosocial como lo establece el modelo de salud familiar. Además no ha sido aplicada a la totalidad de la población beneficiaria y la información existente no está completa ni actualizada.

En este contexto, se genera la necesidad de reformular la Ficha Familiar, basada en una perspectiva del modelo de salud familiar; y que responda, tanto a las necesidades de recopilación de datos para Clínica Río Blanco, como para la obtención de otra información relevante sobre las familias inscritas en el

programa. En ella cabe destacar: identificación de los integrantes de las familias; mapas familiares; relaciones familiares al interior del núcleo; etc.

- Conocer la percepción de los beneficiarios, respecto del funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco, mediante la aplicación de Encuesta de Satisfacción Usuaría.

Existe la imperiosa necesidad de conocer cuál es la percepción de la población beneficiaria con respecto a la implementación del programa de salud familiar, es por eso que, a partir de la definición de este objetivo, se diseña una “Encuesta de Satisfacción Usuaría”, que comprende un conjunto de preguntas tanto abiertas, como cerradas y categorizadas.

Para comprender la Encuesta de Satisfacción Usuaría consideramos necesario, en primer término, remitirnos al significado de Encuesta; entendiéndose ésta como una “técnica basada en un conjunto de preguntas directas o indirectas, aplicadas a poblaciones de unidades relativamente numerosas, colocadas en situaciones naturales destinadas a obtener respuesta susceptibles de ser sometidas a análisis cuantitativo, siendo el cuestionario el procedimiento de recolección de datos que más la identifica” (Pastén, 1998).

En el cuestionario las preguntas pueden ser:

- Abiertas: Para que la persona opine abiertamente. Tiene la ventaja de otorgar información al investigador.
- Cerradas: Sólo ofrecen dos alternativas de respuesta
- Categorizadas: Ofrecen más de dos alternativas de respuesta (Castañeda, 2005)

Asimismo, por Satisfacción Usuaría, entenderemos “el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario” (Donabedian, 1980 en Hidalgo & Carrasco, 1999).

- Identificar factores sociales que inciden en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco, mediante entrevista a informantes claves.

La Entrevista Semiestructurada es un procedimiento de conversación libre del participante que se acompaña de un receptor, el cual corresponde al investigador. El objetivo es recoger información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares, las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación, ya que clarifica conductas, momentos claves de la vida laboral de las personas, logrando de esta forma identificar y clasificar aquellos elementos de importancia, puesto que los participantes desempeñan un rol activo y el investigador estimula la expresión de las persona en su propio marco de referencia, comprendiendo su contexto, con ayuda del lenguaje verbal y no verbal. (Cubillos, 1999).

Su principal característica está dada porque con anticipación se especifican los temas y asuntos que se van a tratar. En este sentido, quien realiza la entrevista decide la secuencia y operación de las preguntas en el transcurso de la entrevista, junto a lo cual está permitido anticipar y cerrar brechas lógicas en la información. Debido a esto, es posible adaptar la fraseología de las preguntas, adaptándola a los contextos en que se realice una entrevista. (Cubillos, 1999).

La elección de este instrumento de recolección de datos permitirá recoger información fehaciente de los participantes sobre las visiones de sus contextos laborales e institucionales, logrando un contacto más directo entre el investigador y éstos.

Para responder al objetivo específico, es decir, conocer los factores influyentes en la implementación del programa, es necesario recurrir a este instrumento de tipo cualitativo, en que se busca conocer la percepción de los profesionales y funcionarios de Clínica Río Blanco tanto de Salud Familiar como de los otros funcionarios pertenecientes al modelo biomédico.

Cabe mencionar que todos estos instrumentos han sido validados por los distintos profesionales expertos en el tema, tanto académicos, como pertenecientes a las instituciones involucradas; Universidad de Valparaíso, Sindicato Unificado de Trabajadores, Sindicato Integración Laboral y Clínica Río Blanco.

#### **2.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

El análisis de datos según Latorre y González (1987): Es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Constituye uno de los momentos más importantes del proceso de investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos y organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir que es importante y que van aportar a la

investigación.

Ficha familiar y Encuesta de Satisfacción Usuaría:

La información recolectada en el presente estudio, específicamente el contenido de la Ficha Familiar y de la Encuesta de Satisfacción Usuaría, serán sometidos a un programa estadístico llamado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

El programa Statistical Package for the Social Sciences comprende tres etapas claves para la realización del estudio estadístico:

- Implementa de forma organizada y ordenada la base de datos
- Ayuda en la manipulación de los datos
- Implementa técnicas estadísticas para el análisis de los datos

Cuando los datos se encuentren organizados dentro del Programa Estadístico se obtendrán resultados expresados en tablas, que, posteriormente, serán convertidos en gráficos estadísticos. Por otro lado, los datos verbales que se desea presentar como numéricos serán codificados, para trabajarse como los anteriores; es decir tabularse y graficarse.

Los gráficos estadísticos que se obtengan, presentan los datos recopilados por los diferentes instrumentos, permitiendo visualizar los resultados del estudio con mayor claridad. Posteriormente, estos resultados permiten levantar un análisis, lo cual deriva en una reflexión ordenada y lógica sobre las variables estudiadas.

Entrevista semiestructurada:

Se identificará los aspectos más relevantes de las respuestas de las personas entrevistadas de manera de poder levantar un análisis que enriquezca la información anterior.

Toda esta información permitirá levantar el Diagnóstico Social de la situación actual del Modelo de Salud Familiar aplicado en Clínica Río Blanco.



## 1. PRESENTACIÓN

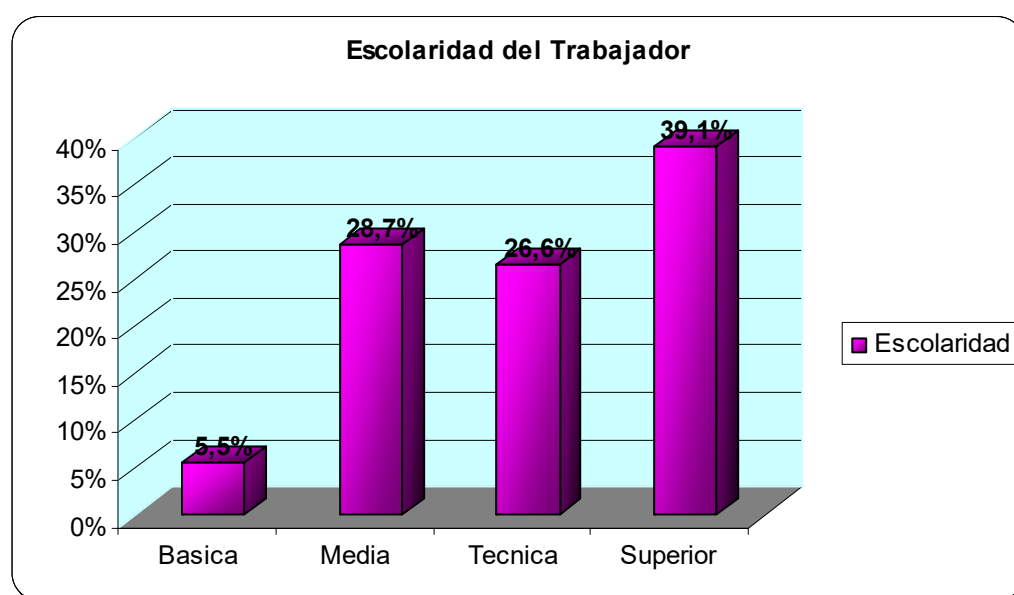
El quinto capítulo que se expone a continuación presenta los principales resultados obtenidos con el estudio desarrollado, para lo cual se analiza la información por instrumento aplicado, es decir, Ficha familiar, y Encuesta de Satisfacción Usuaría, ambas aplicadas a las familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, y además se realiza una correlación de variables entre ambas herramientas. Otro análisis es el correspondiente a los datos surgidos con la Entrevista semiestructurada aplicada a funcionarios de Clínica Río Blanco.

Al término del capítulo se encuentra la Síntesis diagnóstica, que resume el diagnóstico levantado con el estudio.

## 2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL; ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

### 2.1 Análisis instrumento: Ficha Familiar

Escolaridad del Trabajador:



En el gráfico se muestra la escolaridad del trabajador que pertenece al Programa de Salud Familiar, en donde se puede apreciar lo siguiente:

El 5,5 % de los trabajadores poseen una escolaridad de enseñanza básica, lo que hace un total de 18 trabajadores que se encuentran en esta condición. Este dato comparado a los porcentajes a nivel nacional de escolaridad arrojados en el último CENSO 2002, en Chile el 50% de los hombres de 25 a 64 años de edad

poseen una escolaridad de enseñanza básica (MINEDUC, 2002). Al comparar estos dos datos se puede concluir que el porcentaje de trabajadores que tienen una escolaridad de enseñanza básica está por debajo del porcentaje a nivel nacional.

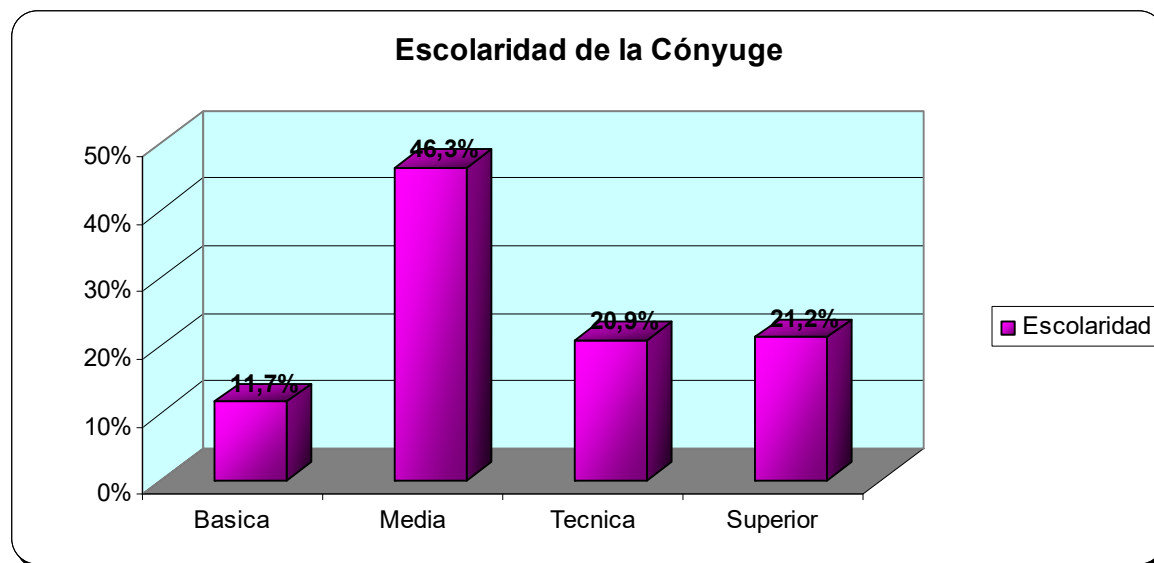
A su vez el 28,7% de los trabajadores poseen una escolaridad de enseñanza media, lo que equivale a un total de 94 trabajadores. Esto comparado a los porcentajes arrojados en el último CENSO del 2002, en Chile el 34% de hombres entre los 25 a 64 años de edad tienen una escolaridad de enseñanza media (MINEDUC, 2002). Lo anterior indica que el porcentaje existente entre los trabajadores de CODELCO Andina pertenecientes al Programa de Salud Familiar se encuentra bajo el porcentaje a nivel nacional. Este punto es importante, ya que de acuerdo a la reforma constitucional promulgada por el ex Presidente Lagos en su mandato, la escolaridad mínima es aumentada a 12 años, es decir, enseñanza media completa (CINTERFOR, 2001), de acuerdo a lo anterior, existe una diferencia de un 6,3% de quienes cumplen con la enseñanza mínima exigida como país, entre los hombres en edad de trabajar en Chile y los trabajadores de CODELCO beneficiarios de Salud Familiar.

Por otra parte se encuentra un 26,6% de trabajadores que poseen escolaridad técnica, esto es equivalente a 87 trabajadores, por último se puede apreciar que un 39,1% de los trabajadores poseen educación superior, lo que equivale a 128 trabajadores. Estos porcentajes hacen un total de 65,7% de trabajadores que poseen una escolaridad técnica-superior, esta cifra al ser comparada con el nivel nacional que es de 14% (MINEDUC, 2002) entre los hombres de 25 a 64 años de edad, muestra una gran diferencia, en donde los trabajadores de CODELCO beneficiarios de Salud Familiar sobrepasa en un 53,7% a los hombres chilenos en edad de trabajar.

Además es importante mencionar que el porcentaje que más se destaca, es el de los trabajadores que tienen estudios superiores, esto es estudios realizados en universidades, seguido por el porcentaje de trabajadores que tienen escolaridad de enseñanza media, luego los que tienen estudios técnicos, posteriormente los que tienen escolaridad básica.

De esta forma se puede concluir que la mayoría de los trabajadores poseen una escolaridad adecuada.

Escolaridad de la cónyuge:



En el gráfico se muestra la escolaridad de la cónyuge del trabajador que pertenecen al Programa de Salud Familiar, en donde se puede identificar lo siguiente:

El 11,7 % de las cónyuges poseen una escolaridad de enseñanza básica, lo que hace un total de 38 personas que se encuentran en esta condición. Este dato comparado a los porcentajes a nivel nacional de escolaridad arrojados en el último CENSO 2002, en Chile el 51% de las mujeres de 25 a 64 años de edad poseen una escolaridad de enseñanza básica (MINEDUC, 2002). Al comparar estos dos datos se puede llegar a la conclusión que el porcentaje de las cónyuges que tienen una escolaridad de enseñanza básica está por debajo del porcentaje a nivel nacional.

A su vez el 46,2% de las cónyuges poseen una escolaridad de enseñanza media, lo que equivale a un total de 151 personas. Esto comparado a los porcentajes arrojados en el último CENSO del 2002, en Chile el 35% de mujeres entre los 25 a 64 años de edad tienen una escolaridad de enseñanza media (MINEDUC, 2002). Lo anterior indica que el porcentaje existente entre las cónyuges de los trabajadores de CODELCO Andina pertenecientes al Programa de Salud Familiar se encuentra sobre el porcentaje a nivel nacional.

Por otra parte se encuentra un 20,8% de las cónyuges de los trabajadores que poseen escolaridad técnica, esto es equivalente a 68 personas, por último se puede apreciar que un 21,2% de las cónyuges de los trabajadores poseen educación superior, lo que equivale a 69 personas. Estos porcentajes hacen un total de 41,9% de cónyuges de trabajadores que poseen una escolaridad técnica-superior, esta cifra al ser comparada con el nivel nacional que es de 12% (MINEDUC, 2002) entre las mujeres de 25 a 64 años de edad, se nota una

diferencia, en donde las cónyuges de los trabajadores sobrepasa el nivel nacional de las mujeres chilenas.

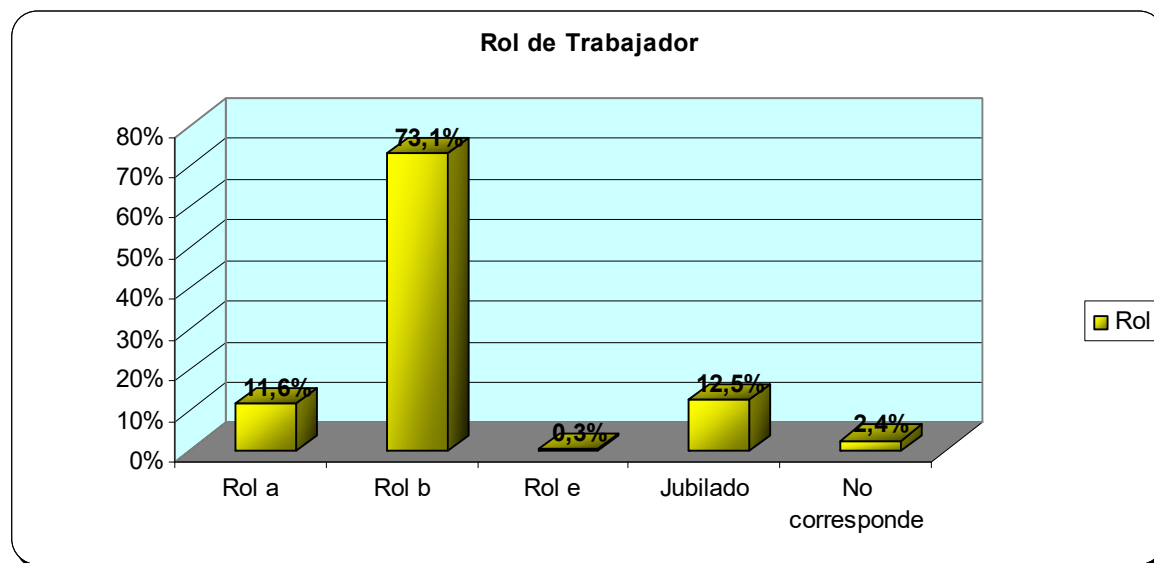
Además es importante mencionar que el porcentaje que más se destaca, es el de las cónyuges de los trabajadores que tienen estudios de enseñanza media, cumpliendo con lo estimado como escolaridad mínima en Chile (CINTERFOR, 2001), seguido por el porcentaje de cónyuges que tienen escolaridad superior, luego escolaridad técnica, posteriormente los que tienen escolaridad básica.

De esta forma se puede concluir que al igual que los trabajadores, la mayoría de las cónyuges de los trabajadores poseen una escolaridad adecuada.

Al comparar estas cifras con el trabajador se puede identificar que los trabajadores superan a sus cónyuges en cuanto a estudios superiores, mientras que estas superan a los trabajadores en escolaridad de enseñanza media.

Además es importante mencionar que en escolaridad básica, el porcentaje de la cónyuge supera al del trabajador, por lo que se puede afirmar que las cónyuges son quienes poseen mayores cifras de escolaridad inadecuada o insuficiente de acuerdo a la constitución chilena (CINTERFOR, 2001).

Rol del Trabajador:



Dentro de División Andina, se encuentra tres roles operando; el Rol A, Rol B y Rol E, sin embargo, en el presente estudio sólo aparecieron trabajadores pertenecientes al Rol A y Rol B.

El Rol A engloba a las personas que cuentan con un cargo de Supervisor, Especialista Senior, Ingeniero Especialista, Superintendente, Jefe de Unidad, Jefe de Departamento, Auditor, Abogado, Geólogos, entre otros. Por otro lado el Rol B corresponde a cargos tales como; Laboratorista, Analista, Operador, Supervisor

ayudante, Asistentes, Gestor, Proyectista, entre otros cargos similares. También existe un Rol E, sin embargo, en el estudio no apareció ninguna persona perteneciente a este rol, pero cabe mencionar que a este rol se asocian cargos tales como; Gerentes, Subgerentes, Consejero Jurídico, Directores, entre otros similares. Cabe destacar que cada rol cuenta con escalas, las cuales están representadas con un número que va de menor a mayor; y cada número de la escala va asociada a un sueldo base específico; mientras más alto el número de la escala, mayor remuneración.

El gráfico muestra la distribución de los trabajadores de acuerdo a su categoría de rol en CODELCO División Andina, de lo siguiente se puede mencionar:

Se puede observar que un 11,6% de los trabajadores de CODELCO beneficiarios de Salud Familiar son de rol a, lo que equivale a 38 trabajadores.

Un 74,9% de los trabajadores pertenecientes a Salud Familiar poseen Rol B, siendo equivalente a 239 trabajadores.

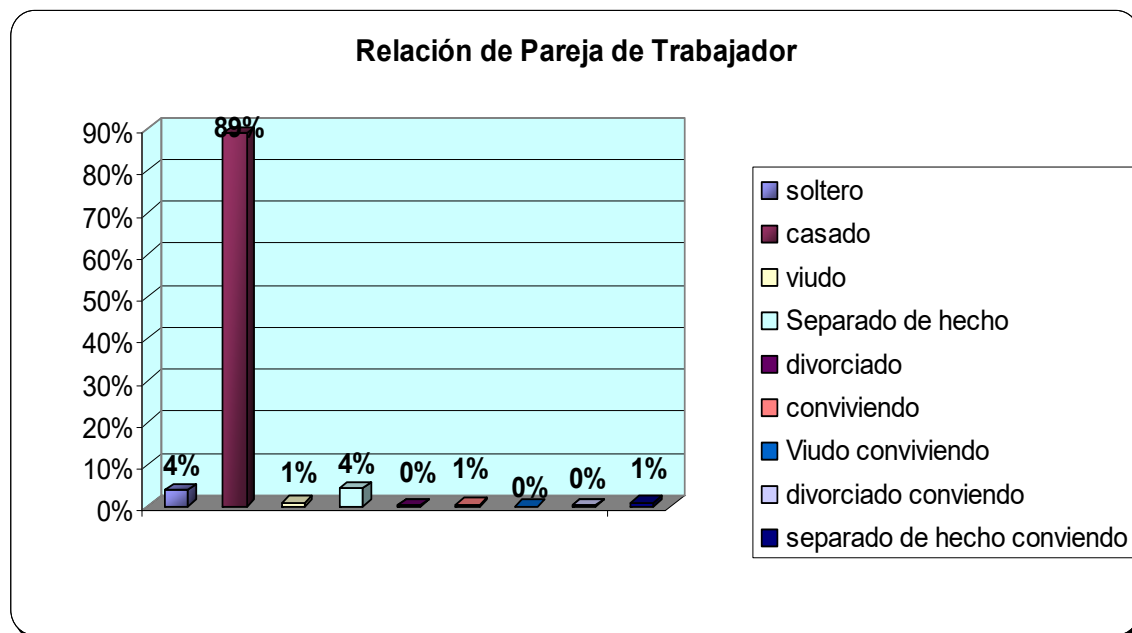
Un 0.3% de los trabajadores pertenecen a el Rol E, esto es equivalente a un trabajador.

Por otra parte existe un 12,5% de trabajadores que son inactivos, ya que están jubilados, esto es equivalente a 41 trabajadores.

Además fueron incluidos los trabajadores que no se encuentran en estas categorías como por ejemplo los que prestan servicios a Clínica Río Blanco.

De estos datos se puede concluir que una gran mayoría de los trabajadores que pertenecen a Salud Familiar son Rol B.

Relación de Pareja del Trabajador:

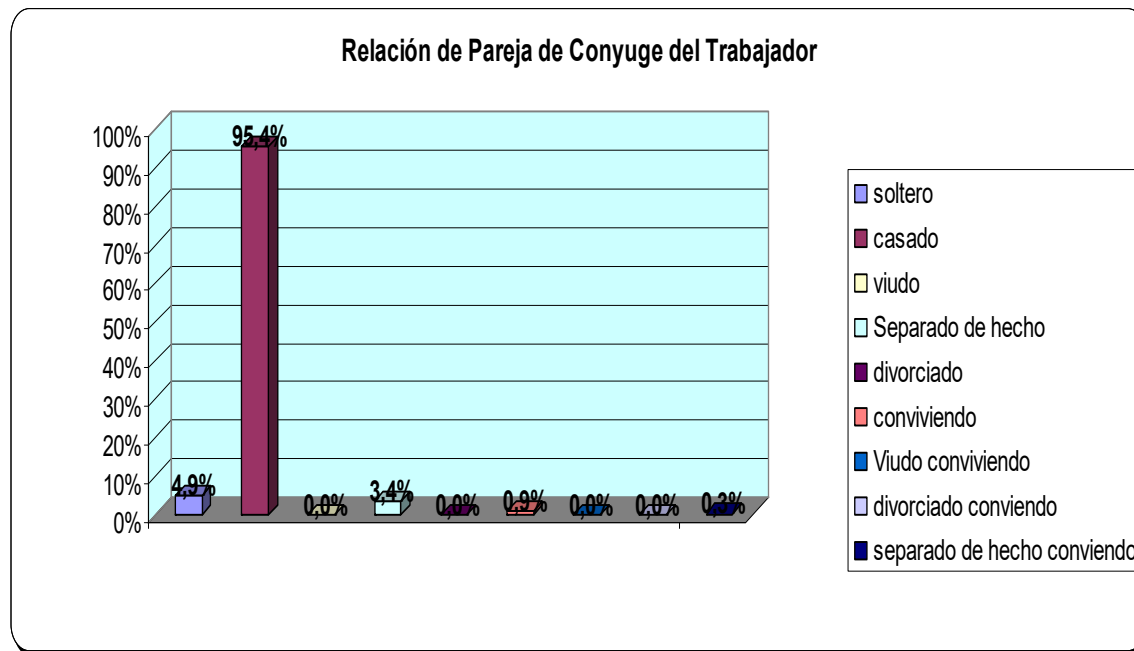


El grafico muestra la relación de pareja del trabajador, en este se puede rescatar lo siguiente:

Un 4% de los trabajadores se encuentran solteros, lo que es equivalente a 13 trabajadores. Un 88,7% de los trabajadores se encuentran casados, lo que equivale a 290 trabajadores. 0,9% de los trabajadores son viudos, los que equivale a 3 trabajadores. Un 4.3% de los trabajadores están separados de hecho, lo que equivale a 14 trabajadores. Un 0,3% de los trabajadores se encuentran divorciados, lo que equivale a 1 trabajador. Un 0,6% de los trabajadores mantienen una relación de pareja de convivencia, lo que equivale a 2 trabajadores. No existen trabajadores que sean viudos y se encuentren conviviendo.

Por su parte un 0,3% de los trabajadores están divorciados, pero mantienen una convivencia con otra pareja, esto es equivalente a 1 trabajador. Mientras que un 0,9% de los trabajadores son separados de hecho y mantienen una convivencia con otra pareja, esto es equivalente a 3 trabajadores.

Relación de Pareja de la cónyuge:



El grafico muestra la relación de pareja de la cónyuge del trabajador, de esto se puede rescatar lo siguiente:

Un 4,9% de las cónyuges de los trabajadores se encuentran solteras, lo que equivale a 16 personas. Un 90,2% de las cónyuges de los trabajadores están casadas, los que equivale a 295 personas. No se encontraron cónyuges con el estado civil de viuda. Mientras que se encontró un 3,4% de cónyuges que están separadas de hecho, lo que equivale a 11 personas. No se identificaron cónyuges con el estado civil de divorciada. En la relación de pareja de conviviendo, se

encontró un 0,9% de cónyuges en esta condición, lo que equivale a 3 personas. A su vez no se encontraron cónyuges en la relación de pareja de divorciado conviviendo, y viudo conviviendo. Mientras que en la relación de pareja separado de hecho conviviendo, se encontró un 0,3% de las cónyuges en esta condición, lo que equivale a 1a persona.

Al comparar los resultados obtenidos entre el trabajador y su cónyuge se logra obtener datos que no se diferencia mayormente entre ambos. Un ejemplo de ello es que para ambos el estado civil que obtiene mas porcentaje es el de casado, debido a esto se puede sostener que la mayoría los trabajadores y sus cónyuges se encuentran casados.

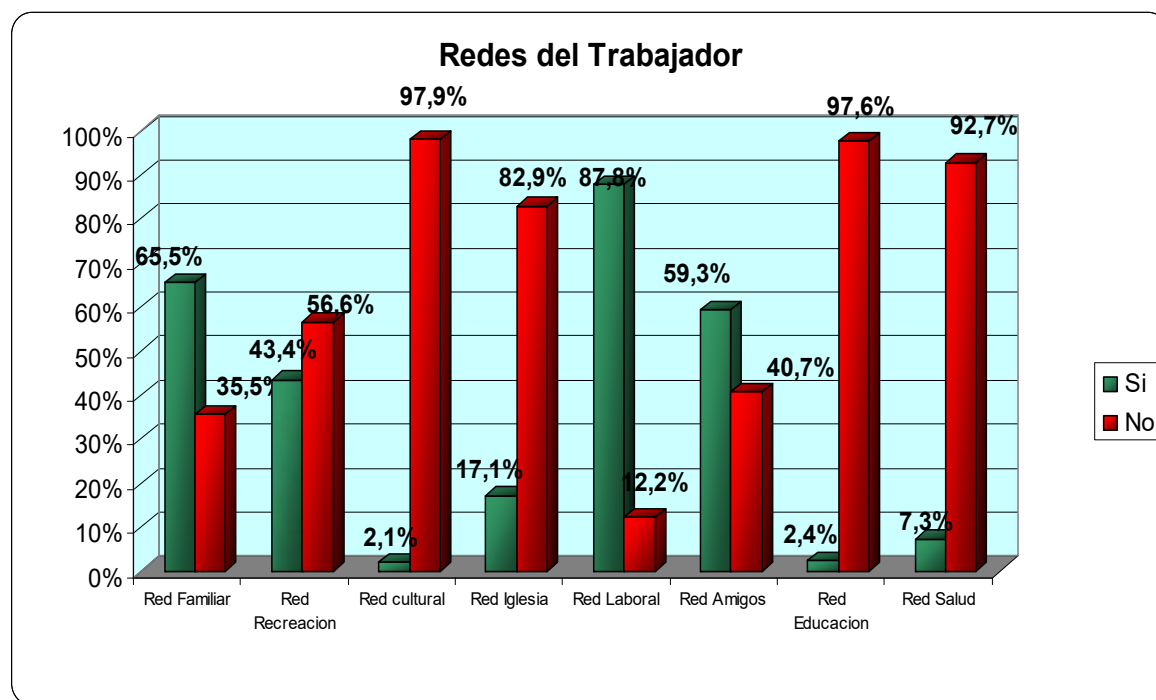
Por otra parte se puede observar que el segundo porcentaje mas recurrente fue el de soltero, posteriormente el de separado de hecho, en ambos casos las cifras siguen siendo bajas comparadas a las obtenidas en el estado civil de casado.

Los porcentajes más bajos se obtuvieron en la relación de pareja de divorciado y divorciado conviviendo, con cifras muy bajas en ambos casos.

Por su parte la relación de pareja de viudo conviviendo no obtuvo resultados, tanto en el trabajador como en su cónyuge.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en la CASEN 2006 se obtiene que para el año 2006 habían 47,8% (CASEN, 2006) de personas que se encontraban casadas, si este porcentaje se compara con los resultados obtenidos en los trabajadores de CODELCO inscritos en Programa de Salud Familiar, y sus cónyuges se puede apreciar que los cifras son bastante mas altas, un 88,7% en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres un 90,5%, es decir que los trabajadores y sus cónyuges doblan las cifras nacionales de estado civil de casado, mostrando que mayoría de estos se encuentran en este estado civil.

Redes del trabajador:



El grafico muestra las redes que posee el trabajador, de lo que se puede rescatar lo siguiente:

Red Familiar

Un 64.5% de los trabajadores mantienen red con sus familiares, lo que sirve como un apoyo social para este. Esto es equivalente a 211 trabajadores. Y por el contrario un 35,5% no mantienen red con sus familiares lo que es equivalente a 116 trabajadores.

De esta forma se puede identificar una mayoría en los trabajadores que si mantienen contacto o red con su familia.

Red Recreación

Un 43,4% de los trabajadores tienen red de recreación, lo que equivale a 142 trabajadores. Por el contrario un 56.6% de los trabajadores no mantienen esta red, siendo equivalente a 185 trabajadores.

De esta forma se puede afirmar que la mayoría de los trabajadores no mantienen red de recreación, es decir no cuenta con una distracción como deporte o actividades que se encuentren fuera del trabajo.

Red Cultural

Un 2,1% de los trabajadores poseen red cultural, es decir que participan en actos culturales como pintura, arte, etc., lo que equivale a 7 trabajadores. Un 97,9% de los trabajadores no poseen red cultural, lo que es equivalente a 320 trabajadores.

Debido al lo anterior se reconoce que la gran mayoría de los trabajadores no tienen red cultural.

#### Red Iglesia

Un 17,1 % de los trabajadores tienen red de iglesia, lo que equivale a 56 trabajadores. Por el contrario, un 82,9% no participan en ninguna red de iglesia, esto equivale a 271 trabajadores.

De esta forma se puede afirmar que la mayoría de los trabajadores no poseen red de iglesia.

#### Red Laboral

Un 87,8% de los trabajadores cuentan con una red laboral, lo que equivale a 287 trabajadores. Mientras que un 12,2% no poseen esta red, lo que equivale a 40 trabajadores.

Es importante mencionar que esos trabajadores se encuentran en la categoría de inactivos, o pensionados.

#### Red de Amigos

Un 59,3% de los trabajadores cuentan con una red de amigos, lo que es equivalente a 194 trabajadores. Un 40,7% de los trabajadores no poseen una red de amigos, los que es equivalente a 133 trabajadores.

De esta forma se puede afirmar que la mayoría de los trabajadores poseen red de amigos

#### Red de Educación

Un 2,4% de los trabajadores tienen red de educación, es decir mantienen además de su trabajo, red con universidad, centro de formación técnica, cursos de especializaciones, etc., siendo estos parte de su red social de apoyo. Esta cifra es equivalente a 8 trabajadores. Por el contrario un 97,6% de los trabajadores no poseen esta red, siendo equivalente a 319 trabajadores.

En síntesis se puede afirmar que la mayoría de los trabajadores no poseen red de educación.

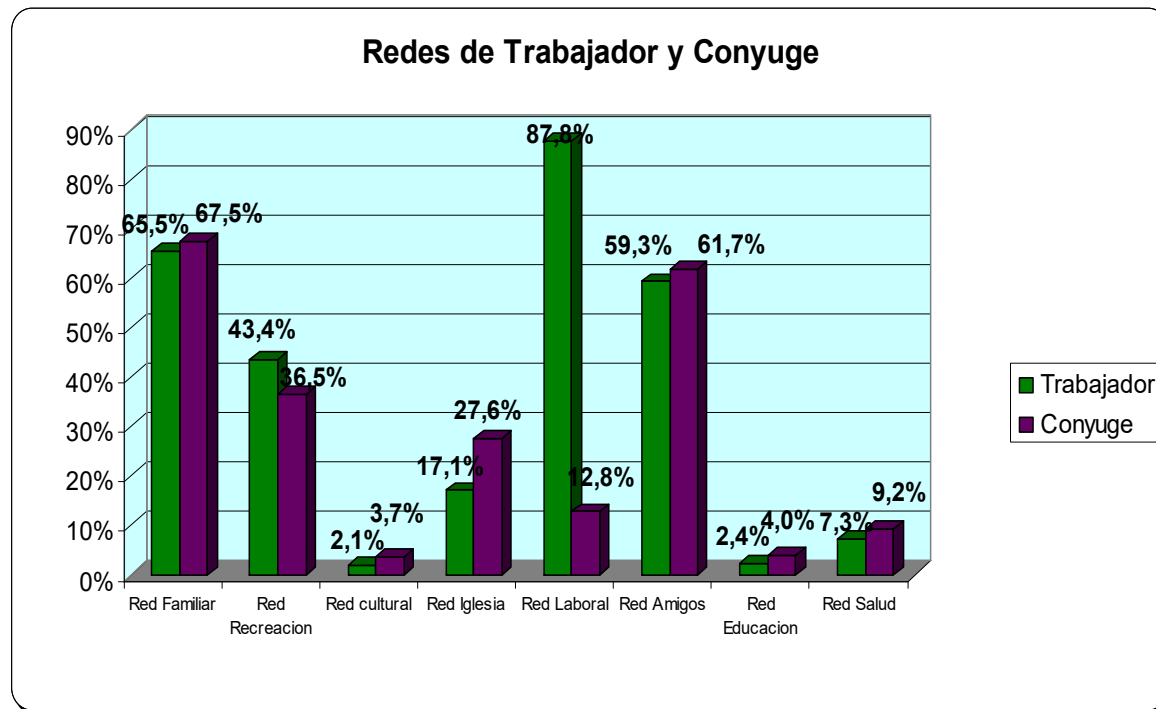
#### Red de Salud

Un 7,3% tiene red de salud, lo que equivale a 24 trabajadores, es decir participan en su institución de salud, y además cuentan con esta como una red de

apoyo social. Un 92,7% no cuenta con esta red, lo que es equivalente a 303 trabajadores.

De acuerdo a lo anterior, la mayoría de los trabajadores no cuenta con la red de salud.

Comparación de Redes entre Trabajador y Cónyuge:



#### Red Familiar

Si se comparan las redes familiares entre el trabajador y su cónyuge se puede observar que esta última supera la red familiar del trabajador con un 67,5%, esto equivale a 320 personas, mientras que un 32,5% de las cónyuges no mantienen la red familiar.

Al comparar la red de recreación del trabajador con su cónyuge se puede destacar

#### Red de Recreación

Un 36,5% de las cónyuges poseen red de recreación, lo que equivale a 119 personas, mientras que un 63,5% no tienen una recreación fuera del hogar, lo que equivale a 207 personas.

Al comparar estos resultados se puede afirmar que la mayoría tanto el trabajador como su cónyuge no tienen red de recreación, destacándose mas en el caso de la cónyuge

### Red Cultural

Un 2,7% de las cónyuges poseen red cultural, lo que equivale a 12 personas, mientras que un 96,3% no la poseen, lo que equivale a 314 personas.

Al comparar los porcentajes se puede observar que en la mayoría, tanto de los trabajadores como de sus cónyuges no poseen redes culturales.

### Red Iglesia

La mayoría de las cónyuge no poseen red de iglesia, un 72,4% lo que equivale a 236, mientras que las que participan en alguna red de iglesia son solo el 27,6%, lo que es equivalente a 90 personas.

Al comparar los porcentajes de los trabajadores, la situación no cambia mucho, ya ambos muestran una similitud en las cifras, en donde la mayoría de los trabajadores y sus cónyuges no participan en red de iglesia.

### Red Laboral

Al comparar los porcentajes anteriores con los de la cónyuge se puede destacar lo siguiente:

Un 12,8% de la cónyuges poseen red laboral, lo que equivale a 45 personas, mientras que un 87,2% no poseen esta red, lo que equivale a 241 personas.

De esta forma se puede afirmar que la mayoría de las cónyuges no poseen red laboral, es decir, son dueñas de casa. Por el contrario la mayoría de los trabajadores poseen la red laboral.

### Red de Amigos

Un 61,7% tiene red de amigos, lo que equivale a 201 personas, mientras que un 38,3%, no posee esta red, lo que equivale a 125 personas.

En base a lo anterior se puede afirmar que la mayoría de las cónyuges al igual que los trabajadores, tienen red de amigos como una red social de apoyo.

### Red Educación

Un 4% de las cónyuges tienen red de apoyo de educación, lo que equivale a 13 personas, mientras que un 96,% no posee esta red, siendo equivalente a 313 personas.

Ante estos datos se puede afirmar que ambos, trabajador y cónyuge, en su mayoría no posee esta red.

### Red Salud

Un 7.2% de las cónyuges mantienen una red de salud, lo que equivale a 24 personas, mientras que 92,6 no mantiene esta red, lo que equivale a 326 personas.

Con respecto a las redes del trabajador, se deduce, según los valores expuestos, que la mayoría de los trabajadores cuentan con su trabajo como una red de apoyo, esto se debe a que son trabajadores activos de CODELCO, lo que hace que estén ligados a esta red, por eso su porcentaje de 87,8% es alto, mientras que los que no lo hacen son aquellos que están retirados de sus labores de trabajo.

Luego viene la red familiar con un 64,5% y la red de amigos con un 59,3% y posteriormente la de recreación. Todo esto implica que cuentan con un red apoyo importante, puesto que la familia es el sustento psicoemocional básico de todo individuo y la red de amigos también conforma otra fuente primaria de apoyo, además, la red de amistad lleva implícita la integración social, ya que el ser humano que posee esta red posee un mayor grado de sociabilidad horizontal, es decir, de socialización con sus pares, siendo estas las fuentes de apoyo primaria más importante del ser humano. Esto también sucede con la recreación que es una de las necesidades básicas del ser humano, tanto como alimentarse o vestirse, acá la cifra de ésta última fue de un 43,4% que es bastante alto, ya que la mayoría efectúa distintas actividades deportivas, lo que es positivo, pues mejora sus salud mental y estado físico y los resultados saltan a la vista ya que en los trabajadores la cifra de problemas de salud mental son bastantes inferiores a los de las dueñas de casa que en su mayoría sufre de algún trastorno o problema de salud psíquico. Es decir, los trabajadores que tienen más actividades de recreación basadas en el deporte u otras formas poseen mejor salud mental.

Sin embargo, existen otras redes que posee casi nula participación, como lo es la red cultural (2,1%), la red educación (2,4%) y la red de salud (7,3%) en las cuales solo asiste de manera pasiva o no participa definitivamente. Y relacionando esta situación con el Programa de Salud Familiar es complejo, ya que la red de salud se refiere a la conexión con el Programa de Salud Familiar, lo cual solo corresponde a un 7,3%, lo que es poco en comparación a la red laboral o la familiar.

La situación es compleja ya que debería ser un porcentaje mucho más alto que indicara que existe una cercanía entre el Programa de Salud Familia con el trabajador.

Esto se debe en parte a que el programa no efectúa actividades de promoción y prevención, tampoco realiza visitas domiciliarias o cualquier otra actividad que provoque un acercamiento con el trabajador y sus familias, esto quiere decir, que solo ven a la institución como un centro de salud donde atenderse cuando así lo requieren, pero no lo ven como una red de apoyo.

Se puede afirmar que la mayoría de los trabajadores, al igual que sus cónyuges no mantienen contacto con su institución de salud, ni participan activamente, es decir, no cuentan con la red de salud.

Según la Teoría Sistémica, la familia es un sub sistema inmerso en un sistema social más amplio, y como tal la familia se debe interactuar con otros subsistemas de la gran red social. Para ello, es necesaria la socialización con el exterior tanto a nivel micro con otras familias como a nivel macro con la sociedad. Es por esto, que cada vínculo con las redes sociales, refleja el nivel de integración y de adaptabilidad con el medio, a la vez que cuenta con un recurso importante de apoyo en caso de requerir ayuda, es decir, cuenta con un factor de apoyo y protección.

En base a los datos entregados se puede destacar las principales preferencias de las redes por parte de los trabajadores y sus cónyuges.

Como primera preferencia para el trabajador se identifica la red laboral, con un 87,8%, reconociendo que para la mayoría de los trabajadores la principal y más recurrente red de apoyo social es el trabajo.

Como la segunda red de apoyo para la mayoría de los trabajadores se pudo encontrar la familia, con un 64,5%, es decir que la mayoría de los trabajadores mantienen contacto con familiares como apoyo social.

Y como tercera mayoría se encontró la red de amigos, con un 59,3%, es decir que gran parte de los trabajadores consideran como red de apoyo social a sus amigos.

La red de salud, está referida al vínculo que posee la dueña de casa con la institución de salud, que en este caso corresponde a Clínica Río Blanco, a través de la participación activa en cualquier actividad, taller, programa u otros, impartido por dicha institución. En esta ocasión, la red de salud, fue la tercera red que tuvo menor porcentaje fue la de salud, con solo un 7,3% de trabajadores que consideran a la institución de salud como una red de apoyo.

Las cónyuges por su parte mostraron una gran mayoría como primera preferencia la red de familia, con un 67,5%, es decir mas de la mitad de las cónyuges mantienen contacto con su familia, sintiendo a esta como una red de apoyo.

Como segunda mayoría se encuentra la red de amigos, con un 61,7% de las cónyuges que manifestaron mantener esta red activa. Este porcentaje es mayor en comparación con la red de amigos de los hombres, ya que queda en evidencia las habilidades sociales y comunicacionales propias del género femenino, esto es importante ya que debido a ésta habilidad se transforman en el puente de socialización entre los integrantes de su familia y la sociedad.

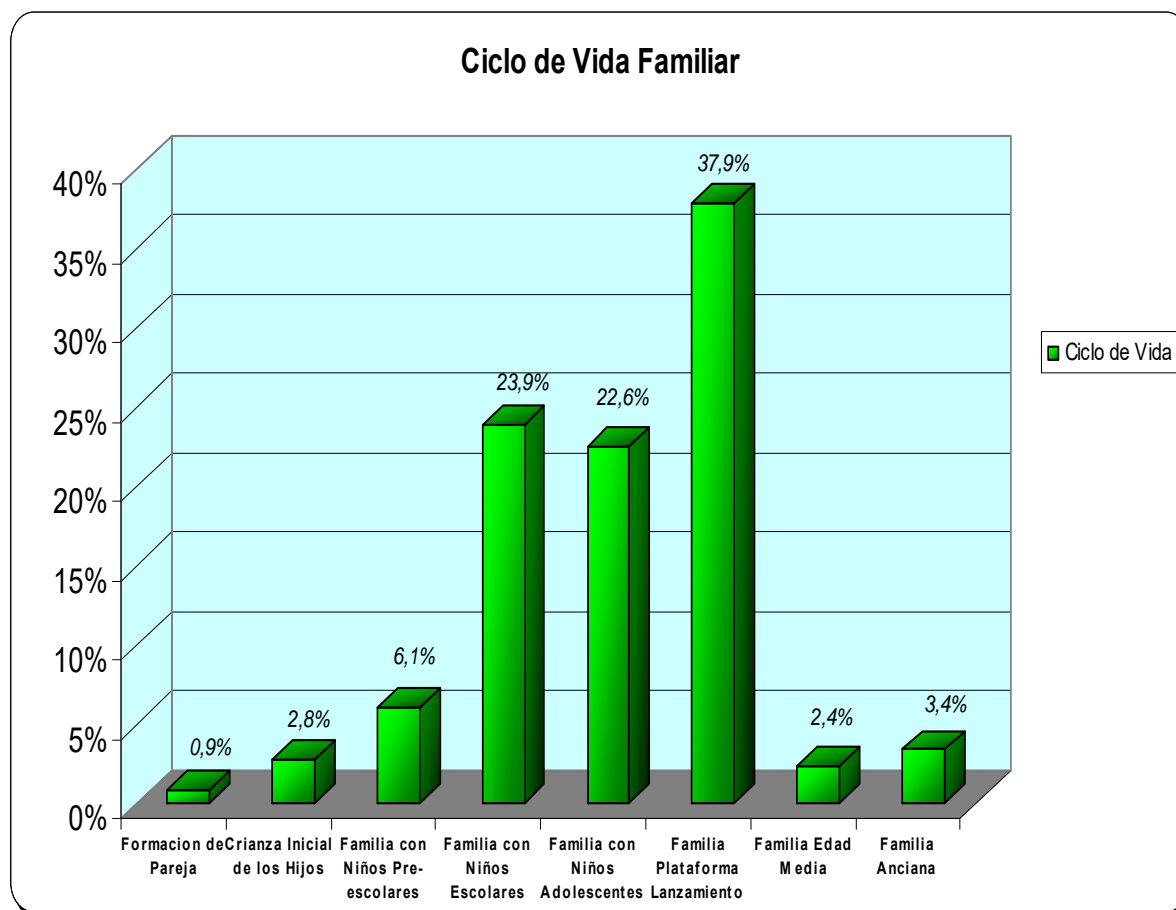
La tercera red que obtuvo mas porcentaje fue la de recreación, con un 36,5% de las cónyuges que manifestaron mantener esta red, es importante mencionar que esta cifra no representa a la mayoría de las cónyuges, pero es el tercer porcentaje mas alto, de esta forma se puede decir que las cónyuges tienen escasez en sus redes sociales, ya que las cifras de participación en redes son muy bajas.

En síntesis se puede afirmar que las redes más débiles en las familias inscritas en el Programa de Salud Familiar son; la red cultural, de educación, y salud. Esta última, es importante de destacar ya que de acuerdo al Modelo de Salud Familiar, el programa debe mantener cercanía con la familia, ya que el objetivo del programa es la atención integral de ésta, además de efectuar actividades de promoción y prevención de salud, a través de programas, talleres u otras actividades, en que se pueda entregar el conocimiento y las herramientas necesarias a la población fomentando una vida saludable para prevenir.

Bajo esta premisa el centro de salud debe motivar a la población a participar, para así crear conciencia en los usuarios, cumpliendo así, con una de las premisas básicas de los cuatro lineamientos de este modelo; la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social del individuo y su familia.

Este punto se hace crítico, al inferir los resultados del programa, ya que la red de salud no obtiene la cercanía necesaria con la familia, esto manifestado en las cifras, de acuerdo a la percepción recogida durante la investigación. Considerando además el rol que cumple la familia en el ámbito de la salud es vital, ya que aparte de afectar en el desarrollo biopsicoemocional del ser humano, la familia también influye en las decisiones acerca de la utilización de los servicios de salud.

Etapa del ciclo vital familiar:



El gráfico muestra la distribución de las familias de acuerdo al ciclo de vida en cual se encuentran, según Duval:

Un 0,9% de las familias se encuentran en la etapa de “Formación de la pareja” que dura hasta el nacimiento del primer hijo, equivale a 3 familias

Un 2,8% se encuentra en la etapa de “Crianza inicial de los hijos” que dura hasta los 2 años 6 meses del primer hijo, esto equivale a 9 familias.

Un 6,1% se encuentra en la etapa “Familia con niños preescolares” que se caracteriza por durar hasta los 6 años del primer hijo, esto equivale a 20 familias.

Un 23,9% se encuentra en la etapa “Familia con niños escolares” que tiene duración hasta los 13 años del primer hijo, esto es equivalente a 78 familias.

Un 22,6% se encuentra en la etapa de “Familia con hijos adolescentes”, que dura hasta los 20 años del primer hijo, esto equivale a 74 familias.

Un 37,9% se encuentra en la etapa “Familia en plataforma de lanzamiento” que tiene se duración hasta que último hijo deja la casa, esto es equivalente a 124 familias.

Un 2,4% se encuentra en la etapa de “Familia de edad media” que dura hasta término del trabajo en uno o ambos de la pareja, esto equivale a 8 familias.

Un 3,4% se encuentra en la etapa de “Familia Anciana” que dura hasta la

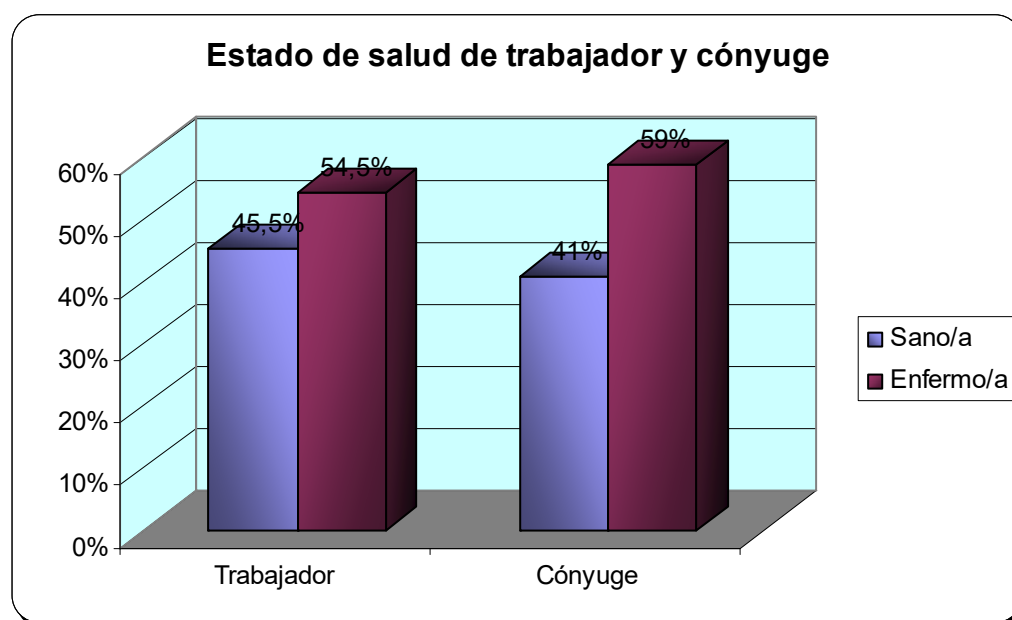
muerte de ambos miembros de la pareja, esto equivale a 11 familias.

De acuerdo a la cifras se puede observar que existe una clara mayoría en las familias que se encuentran en la etapa “Plataforma de lanzamiento”, es decir la mayoría de las familias que fueron entrevistadas y que pertenecen al Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, se caracterizan por tener hijos que están dejando el hogar, y emprendiendo nuevas vidas con estudios superiores.

En la segunda mayoría se encuentra la etapa “Familias con niños escolares”, es decir que 78 familias de las que fueron entrevistadas, tienen hijos que son estudiantes de enseñanza básica.

A lo anterior, le sigue la tercera mayoría que se encuentra en la etapa “Familia con hijos adolescentes”, es decir que 74 de las familias que fueron entrevistadas, tienen hijos que están en enseñanza media, o se encuentran en la etapa previa de estudios superiores.

Estado de salud del trabajador y cónyuge:



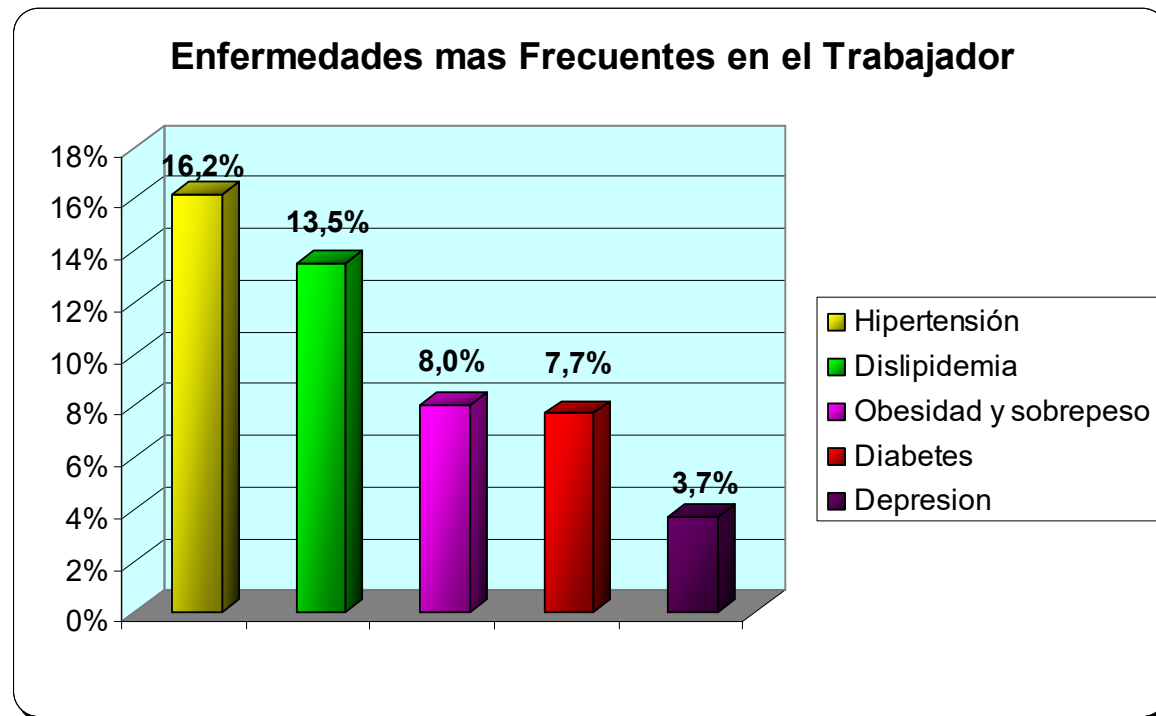
Se identifica que el 45,5% de los trabajadores no presentan enfermedades, por lo cual pertenecen a la categoría de “aparentemente sano”. A su vez las parejas o cónyuges de estos, presentan más enfermedades, ya que quienes se consideran sanas, están en un 41%, cifra levemente menor en comparación con los trabajadores, es decir, este grupo no presenta ninguna enfermedad crónica, grave o de cualquier tipo que afecte la salud integral tanto del trabajador, así como de su grupo familiar.

Cabe mencionar que se entenderá por enfermedad crónica “aquella patología que persiste durante un periodo prolongado de tiempo en comparación con el curso de una enfermedad aguda, usualmente es de por vida y los síntomas

suelen ser menos intensos que los de la fase aguda.” (Anderson, 2008).

Respecto a las enfermedades presentes en el trabajador de la empresa, se detallan en el siguiente gráfico.

Enfermedades más frecuentes en el trabajador:



Es preciso señalar que para este estudio se tomó en cuenta las enfermedades graves y las crónicas que afectan directamente la salud integral del trabajador y que estén diagnosticadas por un profesional médico.

Se entenderá entonces, como enfermedad “Aquella condición anormal del cuerpo en que se encuentra afectado el estado de salud y las funciones del organismo, éstas se encuentran dañadas o deterioradas causando variados efectos negativos como dolor, malestar, entre otros signos y síntomas dependiendo del tipo de enfermedad y cuyo diagnóstico y confirmación debe ser efectuada por un profesional médico.” Esto es para ambas enfermedades, ya que la única diferencia entre ambas es que la enfermedad crónica es de duración prolongada o de por vida (wikipedia, 2008.)

El presente gráfico, señala una muestra del total de enfermedades que poseen los trabajadores inscritos en el Programa de Salud Familiar y como se expresa existe un 16,2% presenta Hipertensión. “Esta enfermedad, se produce debido una presión excesiva de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos” (wikipedia, 2008), es una enfermedad de tipo crónica, es decir, de por vida y amerita un tratamiento médico, donde el paciente debe aprender hábitos alimenticios y llevar un estilo de vida saludable.

Luego prosigue un 13,5% de usuarios que padecen de Dislipidemia: “enfermedad de tipo crónica que se debe a alteraciones cualitativas o cuantitativas de los lípidos o lipoproteínas que circulan en sangre, es conocida como el colesterol alto” (wikipedia, 2008). Al igual que la enfermedad anterior, amerita un tratamiento médico y atención periódica que implica cambios en la alimentación y estilos de vida.

Posteriormente, existe un 8% de Sobrepeso u Obesidad, ambas “están referidas al peso superior al que es saludable de acuerdo con la estatura, según estándares establecidos” (wikipedia, 2008), la única diferencia entre ambas, es que en la obesidad, la acumulación de grasa es de manera excesiva.

Luego prosigue otra enfermedad de tipo crónica y que también es común, la Diabetes, en este gráfico se presenta con un 7,7% en el total de los usuarios inscritos,. “esta enfermedad se debe al exceso de azúcar en la sangre. Se produce porque el organismo no segrega la suficiente insulina para transformar la glucosa en energía o el cuerpo no responde a esta insulina” (wikipedia, 2008), por ende requiere de un atención médica de manera periódica y llevar un estilo de vida apropiado junto con hábitos alimenticios también adecuados, donde se consuma lo menos azúcar posible.

Y por último, el gráfico demuestra la Depresión con un 3,7% “está referida a un trastorno psíquico consistente en un estado de agotamiento e infelicidad” (wikipedia, 2008), para este estudio solo se tomó en cuenta aquellos casos diagnosticados por un profesional médico.

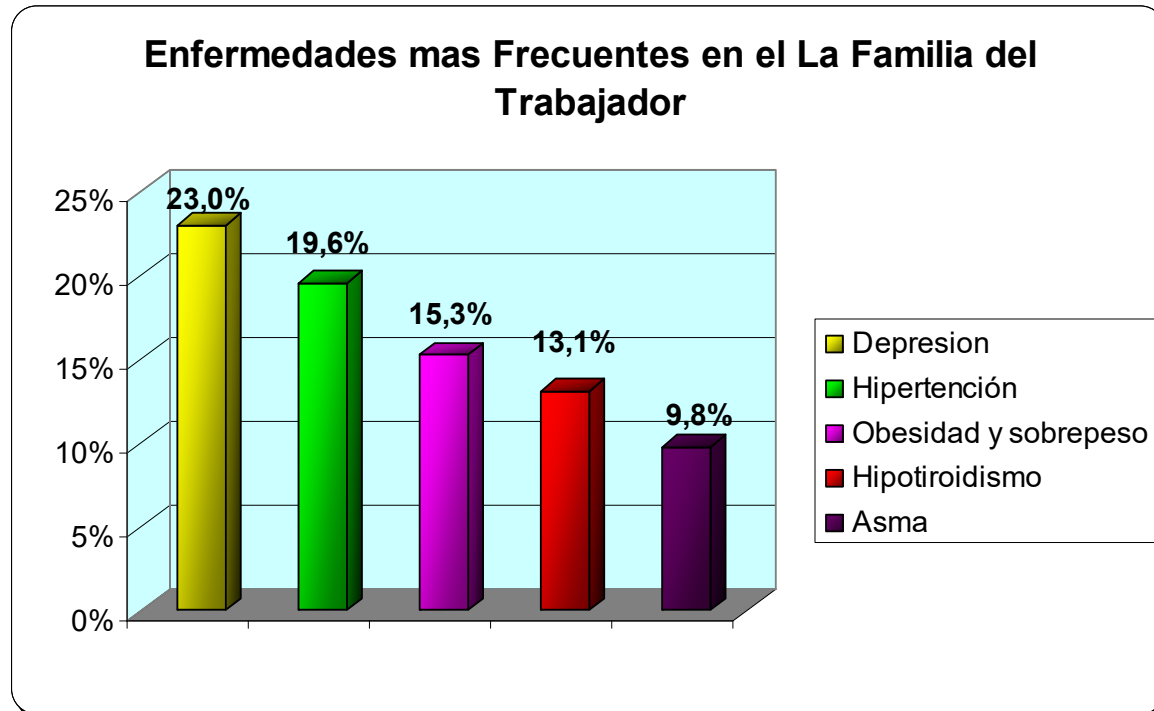
La mayoría corresponde a enfermedades crónicas, es decir, enfermedades que afectan de por vida. Similar situación es la que ocurre a nivel nacional, donde un gran porcentaje de la población en Chile, padece de algún tipo de enfermedad crónica. Este dato es importante, ya que al padecer este tipo de enfermedad crónica, requiere de cuidado, un tratamiento médico y controles periódicos, por lo general el paciente debe cambiar su estilo de vida y construir hábitos. Es aquí donde el Programa de Salud Familiar juega un rol importante, en su tarea de prevención y promoción de salud educando y orientando al paciente y su familia para fomentar la salud integral.

También se debe mencionar otras enfermedades que no fueron referidas en esta lista, ya que sus porcentajes son menores, pero que también afectan la salud de la población inscrita; Asma, problemas a la columna, problemas al hígado, Hipotiroidismo, intolerancia a la glucosa, Fibromialgia, Cáncer tiroides, Artrosis, Gastritis, Artritis, tabaquismo, mal de Chagas , Discopatía, Gota, Cardiopatía, Trombofilia, Rinitis, problemas renales, Lupus, Úlcera, Soriasis, Apnea del

sueño, Osteoporosis, Esófago de Barret, Síndrome intestino corto, Reflujo, Oteocondritis crónica, Herpes soster, Esofagitis crónica, Cáncer gangleo, Fotodermatitis, Tendinitis.

Entre las enfermedades laborales se encuentra la Silicosis y Estrés laboral. Y entre las correspondientes a enfermedades de salud mental; la Depresión (mencionada arriba en el gráfico), Crisis de Pánico, drogadicción y alcoholismo.

Enfermedades más frecuentes en la familia del trabajador:



El presente gráfico, señala una muestra del total de enfermedades que poseen la familia de los trabajadores inscritos en el Programa de Salud Familiar y como se expresa, el porcentaje más alto corresponde a la depresión (23%) y luego a las enfermedades crónicas. La primera referida a: "Trastorno psíquico consistente en un estado de agotamiento e infelicidad" (wikipedia, 2008), para este estudio solo se tomó en cuenta aquellos casos diagnosticados por un profesional médico.

Cabe mencionar que en la actualidad la depresión, junto con otros trastornos psíquicos han tomado un realce importante afectando en su gran mayoría a mujeres y hombres, pero mayormente a las mujeres.

Las familias inscritas en el Programa de Salud Familiar, no están ajenas esta realidad, correspondientes en su gran mayoría a dueñas de casa, que actualmente, según diagnóstico médico están siendo afectadas.

Entre los variados factores que más se hallaron en el estudio y que son

detonantes de esta problemática se encuentran de tipo genéticos, biológicos, hasta familiares y sociales, entre los más comunes se encuentra sobrecarga de rol de la mujer, estrés, sentimiento de soledad, problemas conyugales, ausencia de redes de apoyo familiar y social, falta de integración social, entre otros.

Posteriormente, le siguen las enfermedades crónicas, y la más alta fue la Hipertensión (19,6%): “Enfermedad crónica que se produce por una presión excesiva de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos” (wikipedia, 2008). Es una enfermedad de tipo crónica, es decir, de por vida y amerita un tratamiento médico, donde el paciente debe aprender hábitos alimenticios y llevar un estilo de vida saludable.

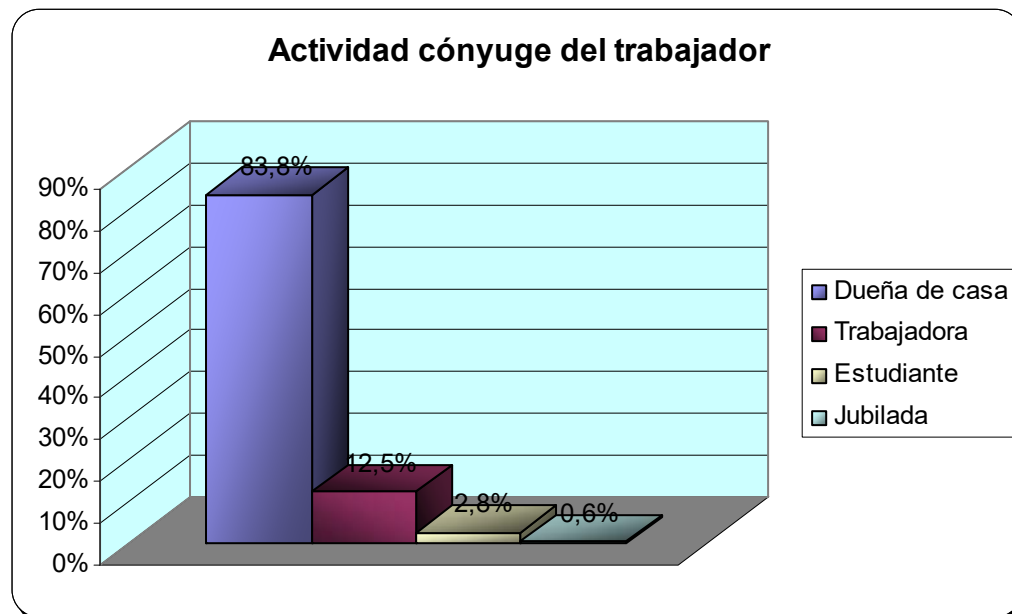
Luego, Sobrepeso u Obesidad (15,3%), referidas a: “Peso superior al que es saludable de acuerdo con la estatura, según estándares establecidos” (wikipedia, 2008), siendo la obesidad donde se acumula la mayor cantidad de grasa de manera excesiva. Esta enfermedad se debe principalmente por tener hábitos alimenticios desordenados y en exceso y además por llevar una vida sedentaria y poco saludable.

También el gráfico demuestra, otra enfermedad de tipo crónica, es el Hipotiroidismo (13,1%). Esta enfermedad es: “Alteración del funcionamiento de las glándulas del tiroides que presentan una actividad menor de la normal. Una de las causas puede ser la carencia de yodo. Entre sus síntomas pueden estar la fatiga continua y el aumento de peso.” (wikipedia, 2008).

Y por último, se encuentra la enfermedad Asma (9,8%) que es: “Una enfermedad inflamatoria del aparato respiratorio que provoca dificultad en la respiración (disnea).” (wikipedia, 2008), también es crónica y requiere de un tratamiento médico de manera permanente para que este bajo control.

También se debe mencionar otras enfermedades que no fueron referidas en esta lista, ya que sus porcentajes eran menores, pero que también afectan la salud de la población inscrita; Problemas psiquiátricos, Osteoporosis, Artritis, Discopatía, Hipertensión, Demencia senil, Déficit atencional, Escoliosis, Diabetes, Problema a oído medio, Colesterol, Resistencia a la insulina, Cardiopatía, Daño hepático, Parálisis cerebral, Rinitis, Fibromialgia, Tabaquismo, Retraso mental, Lumbago, Trastornos de desarrollo, Postrado, Sordera, Parálisis cerebral, Síndrome metabólico, Gastritis, Intolerancia a glucosa, Crisis de pánico, Síndrome de Down, Rosácea, Alopecia, Reflujo, Artrosis, Lupus, Problemas renales, Cáncer, Úlcera, Colon irritable, Epilepsia, Hernia, Displasia, Hiper insulínica, Anemia, Cáncer tiroides, Silicosis, Amnesia del sueño, Reumatismo, Glaucoma, Soriasis, Estrés, Sinusitis, problemas a la vesícula, Alcoholismo.

Actividad de cónyuge del trabajador:



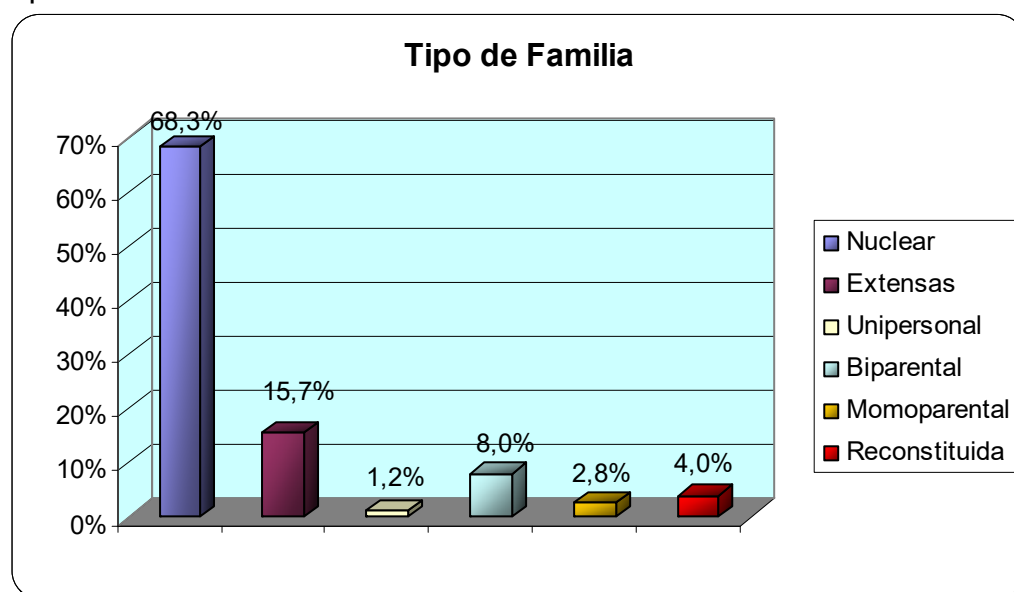
De las familias entrevistadas se identifica que el 83,8% de las cónyuges son dueñas de casa. Esta cifra revela que la mayoría de las mujeres destina su tiempo para el cuidado de los hijos y labores del hogar, y es el hombre el encargado de generar recursos de tipo económico. Este tipo de roles, dentro de la relación de pareja, corresponde a una forma tradicional en la cultura chilena, que en la actualidad presenta cambios.

El porcentaje siguiente corresponde al 12,5% de las mujeres que trabajan fuera del hogar, entregando un sustento y aporte económico a la familia. Además esta actividad permite el desarrollo de habilidades y aplicación de conocimientos obtenidos en algún momento. Este grupo representa la nueva tendencia, donde las mujeres compatibilizan roles con sus parejas, entre el cuidado de los hijos y trabajos fuera del hogar.

Otro grupo pertenece a las mujeres que estudian, específicamente al 2,8%. Esta cifra a pesar de ser baja, representa el esfuerzo por superarse y compatibilizar varios roles, dentro del hogar como el de estudiante. También evidencia que el haber constituido una familia no implica una forma de limitación en lo académico.

Un grupo menor es el de las mujeres que se encuentran jubiladas de su trabajo, y corresponde al 0,6% del total.

Tipos de Familia:



Es necesario aclarar que existen diversos tipos de familia, según los integrantes que la componen, se pueden agrupar en:

- Familias Unipersonales: Formadas por una sola persona
- Familia Nuclear o conyugal: Constituida por el padre, la madre (esposa o conviviente) y/o sus hijos dependientes.
- Familia Monoparental: Constituida por uno de los padres y sus hijos.
- Familia Reconstituida: Donde la madre y/o el padre de la familia nuclear no pertenecía originalmente a ésta, pudiendo agregar hijos de uniones anteriores.
- Familia Extensa: Constituida por el padre, la madre y sus hijos dependientes y otras personas emparentadas en sentido vertical (abuelos, nietos) y/o sentido horizontal (tíos, primos).

En el presente gráfico, se expresan diferentes porcentajes para cada tipo de familia, donde queda demostrado que las familias nucleares son la tendencia que prima por sobre los otros tipos, le siguen las extensas, luego las biparentales, reconstituidas, monoparentales y al final las unipersonales.

Las familias de tipo nuclear (68,3%) , es decir, son familias compuestas por el padre, madre e hijos. Este es el porcentaje más alto, lo que demuestra que aquí se concentra el mayor número de familias, sumándose a la nueva tendencia a nivel nacional, ya que así lo indica la Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional (CASEN) del año 2006, donde demuestra que un 80,7% de hogares están compuestos por ambos padres y los hijos, es decir, familias nucleares y un 19,3% son familias extendidas.

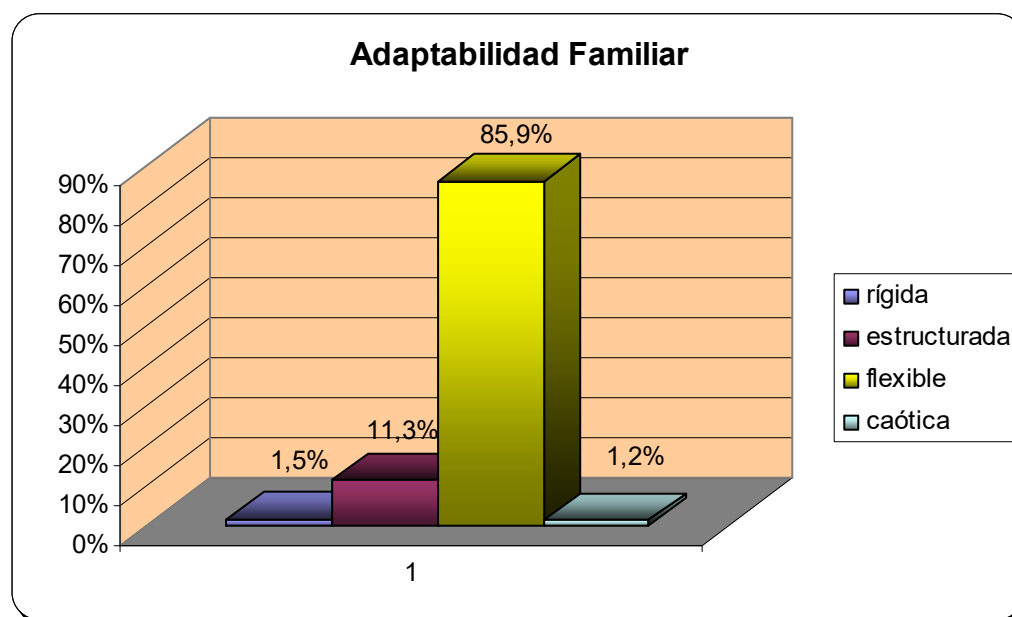
La realidad de las familias estudiadas, reafirman esta tendencia ya que luego de las familias nucleares, siguen las familias extensas (15,7%), constituidas por el padre, madre, sus hijos y además otras personas emparentadas en sentido vertical (abuelos, nietos) y/o sentido horizontal (tíos, primos).

Las familias extensas, son las que hace aproximadamente una o dos décadas primaban en la sociedad chilena, pero hoy quedan desplazadas por el tipo de familias nucleares, que como se mencionó anteriormente, es la nueva tendencia en la sociedad chilena

Otra nueva tendencia que existe y que también se expresa en la encuesta a nivel nacional mencionada anteriormente (CASEN, 2006), son las familias; biparentales, reconstituidas, monoparentales y unipersonales, que aunque no corresponden a una gran cifra, también se transforman en la nueva tendencia que poco a poco va en aumento. Existen parejas que toman la opción de no tener hijos (biparentales), hogares compuestos solo por uno de los padres (monoparentales) y hogares compuestos solo por una persona (unipersonales). También están las familias reconstruidas donde existe una segunda oportunidad para hacer familia, por lo general se compone con hijos de la antigua unión, más los hijos de la actual pareja.

Todo esto corresponde a un cambio en la sociedad chilena que se adapta a los nuevos tiempos lo que lleva a las nuevas formas de hacer familias, donde prima la independencia y la autonomía como valores primordiales a la hora de convivir.

Adaptabilidad familiar:



“La adaptabilidad es definida como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales o del desarrollo”. (Carrasco & Hidalgo, 2002). En otras palabras, se refiere a la capacidad de cada familia para adaptarse a ciertos eventos o situaciones propias de cada etapa de desarrollo u otras situaciones complejas.

Existen cuatro niveles de adaptabilidad:

- Rígida (muy bajo)
- Estructurada (bajo o moderado)
- Flexible (moderado o alto)
- Caótica (muy alto)

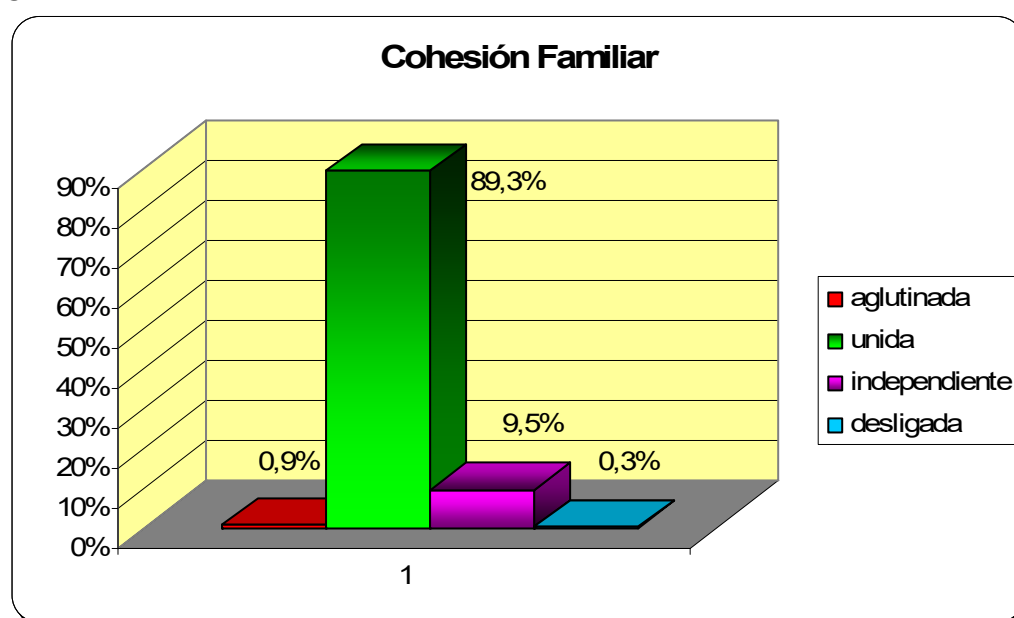
Las mayoría de las familias se consideran flexibles (85,9%), puesto que al momento de enfrentarse a momentos de crisis o algún evento estresante, son capaces de movilizar o cambiar sus roles, normas, poder, formas de relacionarse, entre otros, para poder superar los eventos complejos propios de cada etapa familiar y mantener la unidad y armonía familiar.

También existe un grupo de familias con un nivel estructurado de adaptabilidad (11,3%), es decir, sus estructuras familiares son más firmes por lo que tienden a resistirse al cambio para adaptarse al momento de enfrentar algún evento estresante. Esto es un tanto negativo, ya que las familias que se resisten a los cambios hacen que los eventos estresantes sean más prolongados, afectando la armonía familiar, y la salud psicoemocional de sus integrantes.

En menor grado están las familias rígidas en su adaptabilidad 1,5%. Tienen un nivel de disfuncionalidad, es decir, su conducta no es normativa y están en riesgo, puesto que no aceptan los cambios y tampoco transan al momento de experimentar situaciones complejas ya que su estructura no es tan solo firme sino que inflexible, por lo tanto se oponen a todo tipo de cambio.

Por último, existe una cifra mínima, de familias caóticas (1,2%), es decir, sin estructura, donde impera el desorden y el caos, es el otro extremo del anterior, por lo que también es disfuncional, ya que la familia también está en riesgo porque no están capacitadas para enfrentar los cambios de manera funcional, por lo que la estabilidad psicoemocional de sus miembros también está en peligro.

Cohesión familiar:



“La cohesión se entiende como la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre uno y otros, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido” (Carrasco & Hidalgo, 2002). Es decir, una familia cohesionada es aquella donde existe un lazo emocional entre sus miembros.

Se identifican cuatro niveles de cohesión:

- Aglutinada
- Unida
- Independiente
- Desligada

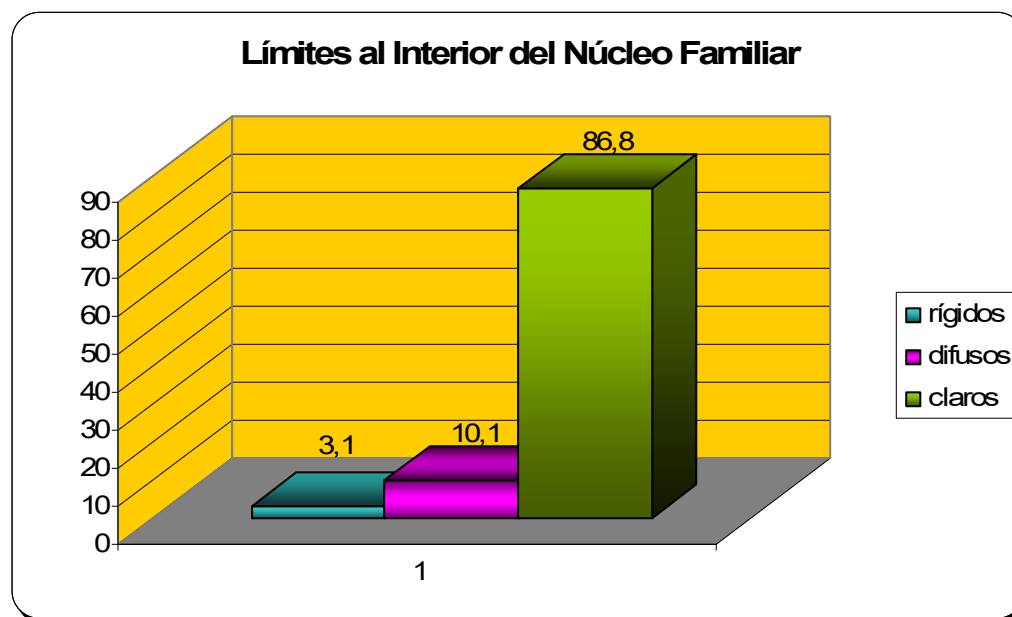
La mayoría de las familias inscritas en el Programa de Salud Familiar, son familias unidas (89,3%), es decir, poseen un vínculo emocional con un buen nivel de compromiso entre sus miembros, lo que es positivo, ya que la unidad al interior del núcleo es un factor protector para la familia y es un elemento importante de ayuda psicoemocional para el desarrollo de sus integrantes.

Luego siguen las familias independientes (9,5%), que poseen menos grado de cohesión, por lo que cada miembro es autónomo y más desligado del vínculo familiar.

Existe también en cifras inferiores, familias que se ubican en los extremos de niveles de cohesión, ya que un 0,9% de familias son aglutinadas y un 0,3% son desligadas. Ambos grupos son disfuncionales, puesto que el primero traspasa el nivel normal de unidad, y sus vínculos están estrechamente ligados, afectando

la independencia de cada miembro y el desarrollo de cada integrante. Y por el contrario las familias desligadas transgreden el límite de la independencia y sus miembros llegan a ser extremadamente autónomos, es decir, no hay vínculos emocionales entre sus integrantes al punto de carecer de preocupación y apoyo entre sus miembros.

Límites al interior del núcleo familiar:



Los límites se refieren a la línea invisible que diferencia un sub sistema de otro, esta compuesto por reglas que definen las transacciones tanto al interior de la familia como externamente. La idea central de estas reglas de transacción es proteger la diferenciación entre éstos subsistemas y pueden ser; claros, difusos o rígidos.

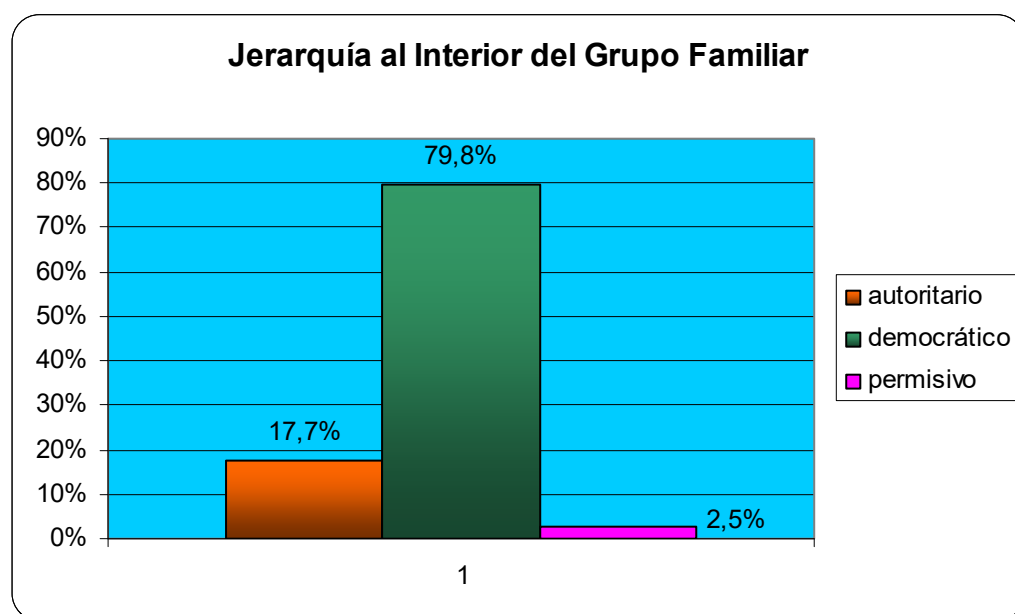
En el gráfico se demuestra que la mayoría de las familias presentan límites claros (86,8%), es decir, los límites son definidos con claridad y también son flexibles en caso de transacción. Además de ser conocidos y asumidos con absoluta aceptación al interior del núcleo familiar, lo que es positivo por que favorece la convivencia e interacción entre sus miembros, también favorece las relaciones con el exterior.

Posteriormente viene el segundo valor arrojado de familias con límites difusos (10,1%), esto significa que las reglas de transacción entre sus miembros no están claras o tampoco son manejadas por todos sus integrantes, esto afecta las relaciones de convivencia al interior del núcleo familiar.

Por último, existen familias con límites rígidos (3,1%), es decir, no hay posibilidad de transar o negociar entre sus miembros, esto también afecta la

convivencia al interior del núcleo ya que la armonía familia se ve afectada por los problemas de convivencia.

Jerarquía al interior del grupo familiar:



La jerarquía es la forma de ejercer el poder a interior de la familia, esta puede ser:

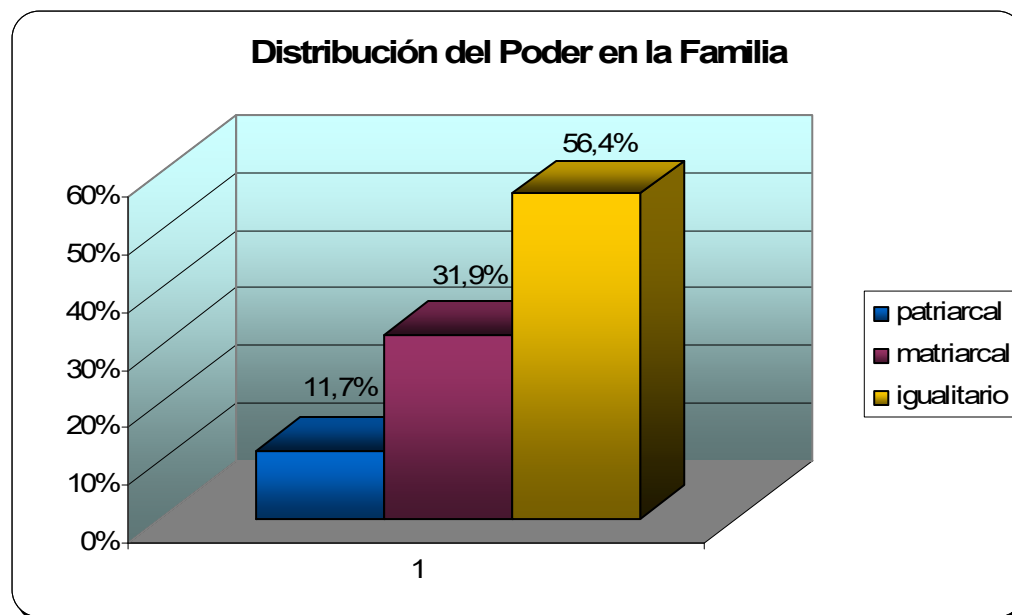
- Autoritaria
- Democrática
- Permisivo

El gráfico demuestra que mayormente existen familias con jerarquía de tipo democrática (79,8%), es decir, donde se ejerce el poder de manera flexible, con opción de transar, esto es positivo, ya que significa que al interior de las familias todos son considerados con respeto e igualdad entre sus miembros favoreciendo la calidad de las relaciones familiares.

Luego familias con jerarquía de tipo autoritaria (17,7%), donde el poder se ejerce de manera rígida y estructurada, donde no existe flexibilidad, esto a diferencia de lo anterior no es un indicador positivo, ya que el poder es desigual o asimétrico donde no se toma en cuenta la opinión de sus integrantes y se resiste a cualquier tipo de cambio o negociación.

Por último la autoridad de tipo permisiva (2,5%), también disfuncional, ya que no aquí no existen normas ni tampoco límites, es decir, una flexibilidad extremada, donde en realidad no hay autoridad y por lo tanto existe anarquía al interior del núcleo familiar.

Distribución del poder en la familia:



Para este análisis la autoridad está referida a aquella persona en que recae el poder a la hora de criar a los hijos, puede ser el padre, la madre o en ambos. Le play en 1950 plantea tres tipos:

- Familia patriarcal. La autoridad la tiene el padre.
- Familia matriarcal. La autoridad la tiene la madre.
- Familia igualitaria. La autoridad está dividida.

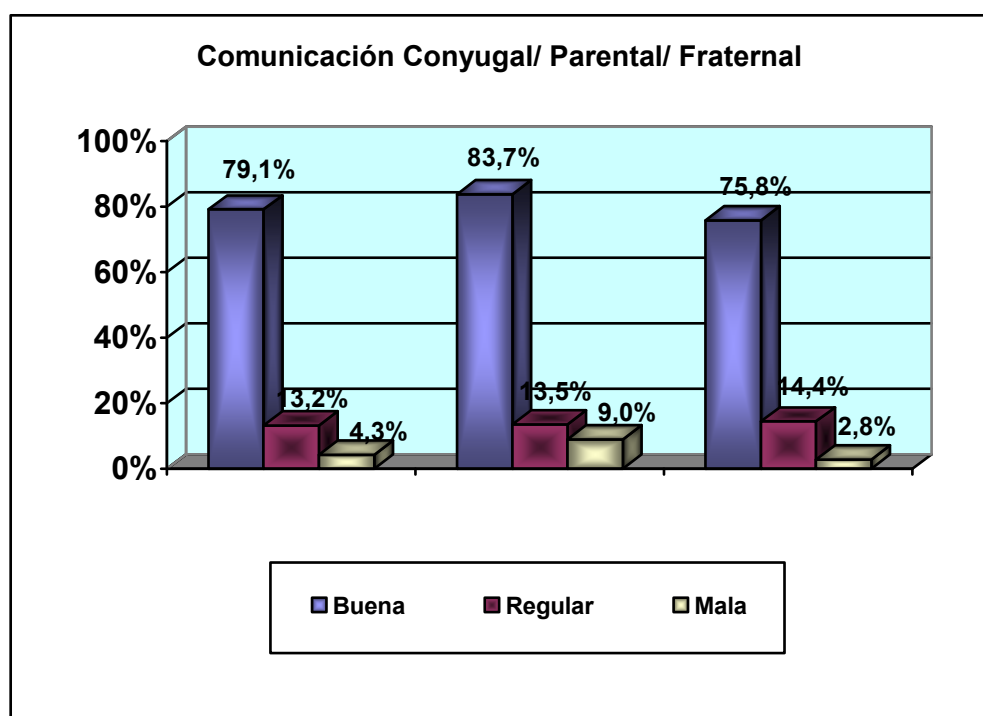
Las familias con una estructura familiar donde el poder es de tipo igualitario (56,4%) son aquellas donde las decisiones se toman de manera compartida por los padres, el poder es simétrico y compartido, existe flexibilización para ejercer el poder, donde la opinión de cada integrante es importante, esto es un indicador positivo de funcionalidad familiar, ya que significa que los padres comparten las funciones de crianza, se comparten los roles y se apoyan mutuamente.

El segundo valor es el de las familias matriarcales (31,9%), esto quiere decir, que existe un segmento no menor de esta población donde las madres poseen el poder para tomar las decisiones en el hogar, de establecer límites y normas. El principal motivo, es que las dueñas de casa, en su mayoría, son las que permanecen gran parte del día en el hogar y sienten un alto grado de compromiso en cuanto a la atención y a la educación de los hijos.

Esto puede ser un tanto desgastador ya que recae toda la responsabilidad de crianza en un solo rol, sobre todo considerando que la dueña de casa se desempeña en otros roles también, todo esto conlleva a una clara sobrecarga de rol en la mujer llegando muchas veces a provocar estrés o depresión, es decir, es causa de riesgo psicoemocional para la mujer y también para toda la familia.

En tercera instancia se encuentran las familias patriarcales (11,7%), es decir, recae en el padre del hogar, este es un porcentaje menor al anterior, donde queda demostrado que la mujer tiene más influencia sobre los hijos, aún así este porcentaje no es menor.

Comunicación:



La comunicación familiar, es una forma de interacción en la cual las personas intercambian información y dentro de este tipo de comunicación se encuentran:

#### Comunicación Conyugal

Referida a la comunicación que se da entre los cónyuges o miembros de la pareja. En las familias estudiadas, la mayoría reconoce tener buena comunicación entre los cónyuges o pareja (79,1%), le siguen un grupo que asume poseer una comunicación conyugal regular (13,2%) y por último los que reconocen tener una comunicación conyugal mala (4,3%).

En resumen la tendencia principal es una buena comunicación conyugal, sin embargo, no se debe dejar de tomar en cuenta los porcentajes restantes debido a que una regular o mala comunicación conyugal incide negativamente en el resto de los miembros del grupo familiar.

#### Comunicación Parental

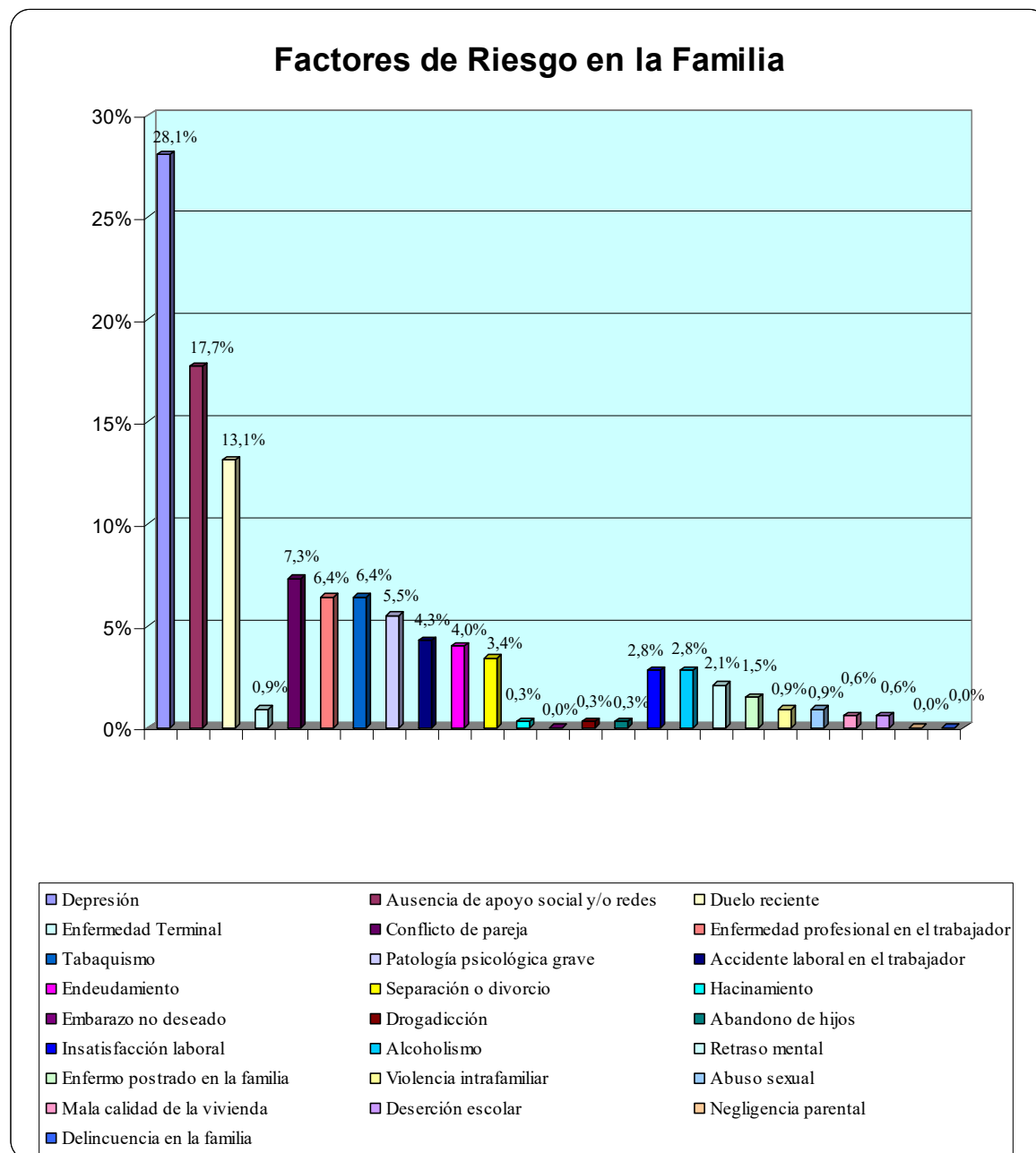
Corresponde a la interacción que se da entre padres e hijos; resultando que de las familias entrevistadas, la mayoría reconoce tener una buena comunicación con sus hijos (83,7%), le sigue un porcentaje que asume tener una comunicación regular (13,5%) y por último un cifra menor de padres que

reconocen tener una comunicación mala con sus hijos (9%), siendo motivo principal la edad por la cual atraviesa su hijo que califican como un “período difícil”.

**Comunicación Fraternal**

Se da entre hermanos. Mayormente las familias reconocieron que la comunicación entre hermanos de daba de buena forma (75,8%), un grupo inferior reconoce una comunicación regular entre hermanos (14,4%), y por último una cifra aún más baja afirma tener una mala comunicación de este tipo (2,8%). Sin embargo, esta mala comunicación según la información recabada suele darse con frecuencia producto de la diferencia de edad entre los hermanos de las distintas familias.

**Factores de Riesgo:**



De los 25 factores de riesgo categorizados, algunos se manifiestan con mayor fuerza en las familias, provocando un problema al interior del hogar. Así también hay que no registran casos.

A continuación se analizan orden descendiente, desde el factor que más se repite hasta aquellos que no se identifican:

Depresión (28,1%):

Entendido como el trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. (wikipedia, 2008). De la realidad observada en el estudio, es posible afirmar que las familias que cuenta con al menos un integrante con depresión, mayoritariamente son casos presentes en mujeres, marcando una tendencia.

A pesar de que este porcentaje no alcanza el 50%, no deja de ser un factor menor, ya que la patología puede incidir negativamente en los miembros de la familia, pudiendo causar problemas en la forma de relacionarse dentro del núcleo familiar.

Ausencia de apoyo social y/o redes (17,7%):

Se enfoca hacia la inexistencia de instituciones o personas que permitan brindar algún beneficio a los integrantes de la familia. Dentro de estas redes para el estudio se consideraron las siguientes; red familiar, red de recreación, red cultural, red de iglesia, red de trabajo, red de amigos, red de educación, red de salud.

Duelo reciente (13,1%):

Entendido como el fallecimiento de algún familiar o amigo, que ha ocurrido durante el presente año. Además el hecho trae consigo alguna consecuencia o repercusión en la familia del trabajador.

Conflicto de pareja (7,3%):

Se refiere a problemas frecuentes en la relación de la pareja, que pueden afectar la comunicación, intimidad y dinámica en la familia.

Enfermedad profesional en el trabajador (6,4%):

Causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte. (Ley 16.744)

Tabaquismo (6,4%):

Entendido como una adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica como así también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas.

Patología psicológica grave (5,5%):

Enfermedades que afectan la salud mental del individuo, y su interacción con el entorno.

Accidente laboral en el trabajador (4,3%):

Toda lesión que sufre una persona en el desarrollo de su trabajo y que le produzca lesiones de incapacidad o muerte. Éstos pueden ocurrir en actividades gremiales, de capacitación ocupacional o en el desarrollo de cualquier actividad. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2008)

Endeudamiento (4%):

Las familias que reconocen sentirse endeudada, no es un hecho comprobado empíricamente, pero surge desde la percepción de la misma familia que manifiesta sentir algún grado de incomodidad con dicha situación. Sin embargo, la mayoría de las familias visitadas manifiesta no estar endeudadas, y a su vez no tener quejas con el factor económico. Por lo cual logran satisfacer además de las necesidades básicas, otras de tipo superior.

Separación o divorcio (3,4%):

Cese de la vida en común entre los cónyuges, ya sea de hecho o legalmente. (Ley nº 19.947, 2004))

En porcentajes menores se encuentran los siguientes factores de riesgo:

Insatisfacción laboral (2,8%):

Respuesta negativa del trabajador hacia su propio trabajo. Esta respuesta negativa o rechazo dependerá, en gran medida, de las condiciones laborales y de la personalidad de cada persona y hace referencia al estado de intranquilidad, de ansiedad o incluso depresivo al que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente. (Aparicio, 2007).

Alcoholismo (2,8%):

Consumo exagerado de alcohol, que ocasiona al bebedor problemas

físicos, mentales, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales. (tusalud.com.mx, 2008).

Retraso mental (2,1%):

Hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativo inferior a la media. (wikipedia, 2008)

Enfermo postrado en la familia (1,5%):

Persona que requiere de apoyo, guía y supervisión de actividades en la vida diaria. (MINSALI.cl, 2006)

Enfermedad Terminal (0,9%):

Hace referencia al padecimiento de alguna enfermedad de carácter grave, con diagnóstico negativo de carácter mortal.

Violencia intrafamiliar (0,9%):

Toda conducta que por acción u omisión cometa algún miembro de la familia contra otro abusando de su relación de poder, ya sea dentro del hogar o fuera de éste y que perjudique su bienestar, su integridad física o psicológica, su libertad y su derecho a un pleno desarrollo. (SERNAM, 2008)

Abuso sexual (0,9%):

Toda acción de tipo sexual impuesta a un niño por un adulto o por una persona mayor que él. Algunas de sus formas son: Manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual. (pediatria.cl, 2007)

Mala calidad de la vivienda (0,6%):

La mala calidad de la vivienda esta referida a las condiciones de mal estado, deterioro o descuido del lugar en el cual reside la familia.

Dentro de este porcentaje se encasillan en primer lugar viviendas mal aseadas y con un material de construcción corroído por el tiempo (adobe).

Deserción escolar (0,6%):

El tema de la deserción escolar en Chile ha adquirido creciente

importancia a partir del planteamiento del Presidente Ricardo Lagos en su mensaje del 21 de mayo del 2002 al Congreso, en esa ocasión señaló la necesidad de fijar como meta del país el sustentar un régimen escolar con 12 años de escolaridad obligatorios. Para lo cual se entiende como deserción escolar el abandono de la institución educacional en el nivel de enseñanza básica o media.

Hacinamiento (0,3%):

Según el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el hacinamiento mide la relación entre el número de personas del hogar y el número de recintos habitables que ocupan en una vivienda. Se estima que existe hacinamiento medio cuando en un hogar hay tres personas por habitación utilizada como dormitorio, y hacinamiento crítico cuando hay más de tres personas en estas mismas condiciones.

Drogadicción (0,3%):

Entendida como el consumo de alguna sustancia ilícita, ya que no se incluyen en esta categoría el tabaco y el alcohol.

Abandono de hijos (0,3%):

Referido a cuando un padre o madre deja a sus hijos en custodia y olvidados por completo en casa de algún familiar o al cuidado del padre o madre según corresponda.

Los factores de riesgo que no se identifican en las familias son tres:

Negligencia parental:

Falta de cobertura de las necesidades básicas fundamentales que limita e impide el desarrollo integral de los menores de edad como persona de derecho. (Psicología sin fronteras, 2007)

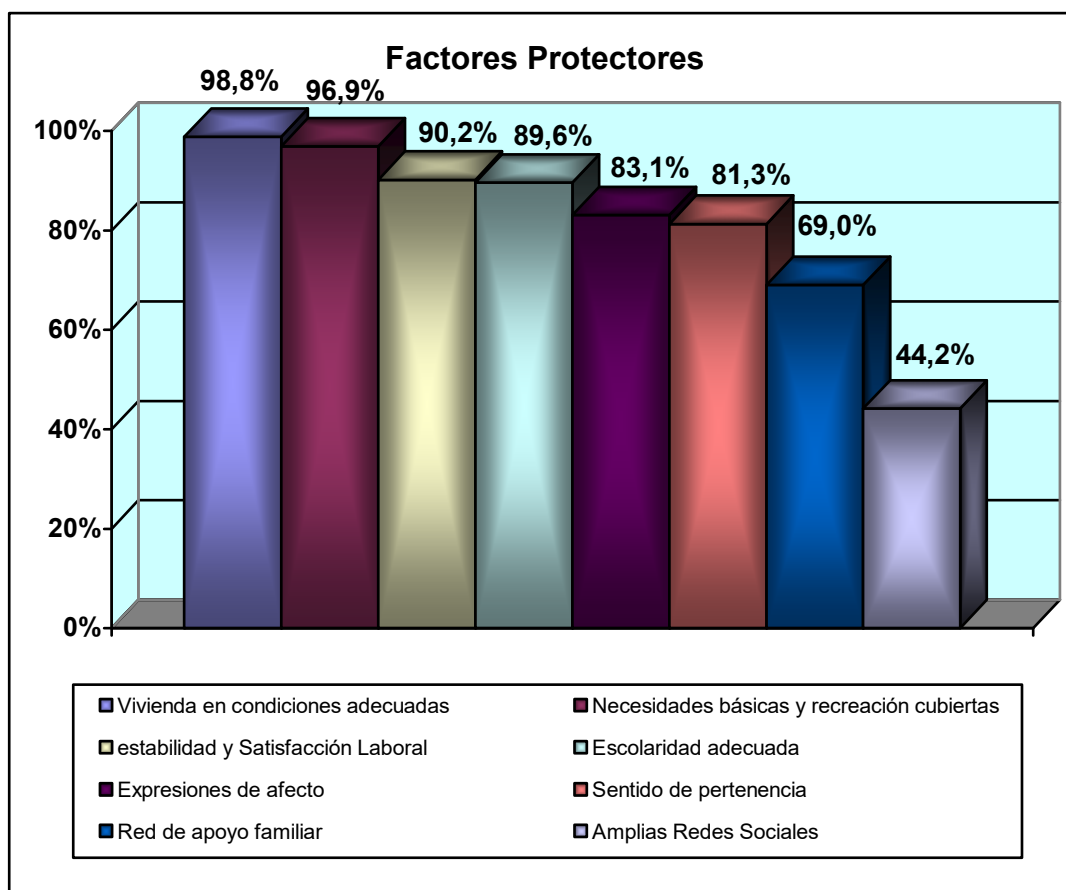
Delincuencia en la familia

Presencia de algún miembro de la familia con antecedentes delictuales o que ejerce alguna condena por infracción.

Embarazo no deseado

Estado de gestación que no está dentro de la planificación de la mujer, y que causa sentimientos negativos.

Factores Protectores:



Los factores protectores identificados en el presente estudio se nombran a continuación en orden descendiente:

Vivienda en condiciones adecuadas (98,8%):

Cuentan con los servicios básicos, construcción en excelentes condiciones, las viviendas son amplias y lujosas.

Necesidades básicas y recreación cubiertas (96,9%):

El presente factor protector familiar está referido a verificar si las familias entrevistadas cuentan con las necesidades básicas de alimentación, servicios básicos, socializar y demás condiciones necesarias básicas cubiertas que permiten la supervivencia de la familia. Además permite verificar si las familias cuentan con actividades extra programáticas que les ayuden a satisfacer la necesidad de recreación de todo ser vivo.

Estabilidad y satisfacción laboral (90,2%):

En cuanto a la estabilidad y satisfacción labora, las familias y específicamente el trabajador, reconocen que se encuentran estable y satisfechos laboralmente, es decir, están de acuerdo con las condiciones físicas y

principalmente económicas.

Entre las principales observaciones negativas que menciona el grupo de trabajadores de CODELCO insatisfechos laboralmente, se encuentran: no estar contentos con la comida, además de sobre exigencia laboral, no reconocimiento a sus títulos profesionales por parte de la jefatura, mala calidad de la infraestructura cuando hay encierros producto de problemas climáticos, mal trato por parte de los jefes, entre otras.

Escolaridad adecuada (89,6%):

Entendiéndose que la mayoría de las familias cuentan con al menos enseñanza básica completa.

Expresiones de afecto (83,1%):

Dentro del núcleo familiar las demostraciones de afecto forman parte fundamental de la dinámica familiar. La mayoría de las familias entrevistadas reconocen demostrar el afecto entre sus miembros; ya sea con gestos físicos o verbalmente.

Sentido de pertenencia (81,3%):

Alude a la capacidad de los miembros de sentirse realmente parte del núcleo familiar, conformando un grupo afiatado, el cual es capaz de unirse cuando hay estado de necesidad, en caso de crisis o contingencia..

Red de apoyo familiar (69%):

La mayoría afirma poseer red de apoyo familiar con la cual contar en caso de urgencia o visitar de forma habitual. Sin embargo existe un grupo considerable de familias que reconoce no contar con ningún familiar en el cual apoyarse, porcentaje que no deja de ser menor ya que la familia es el núcleo principal de la sociedad.

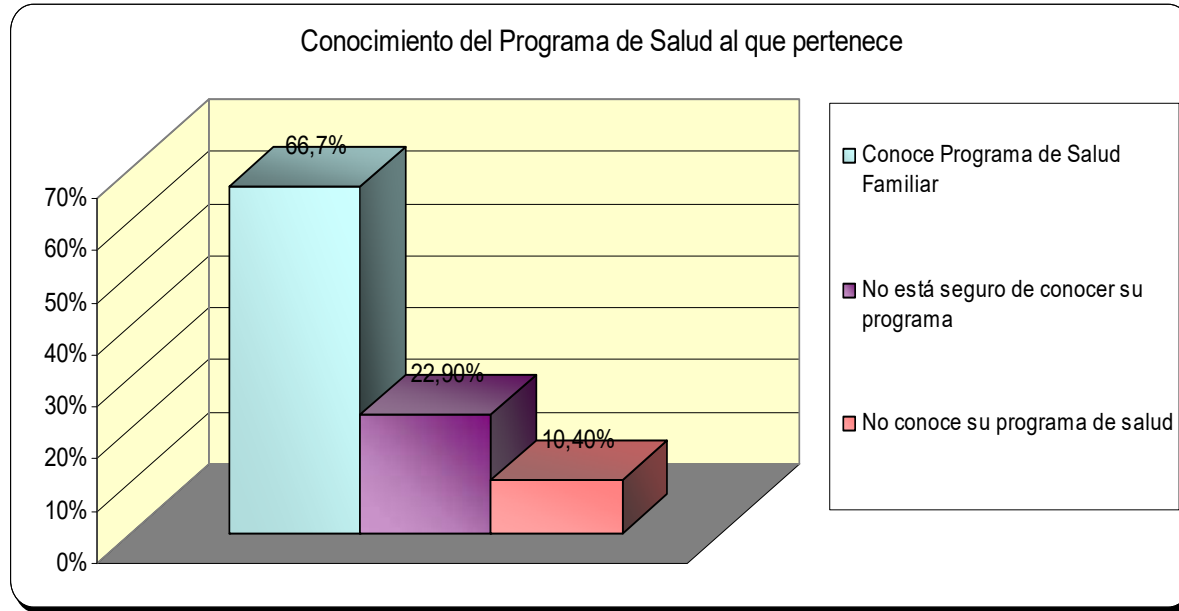
Amplias Redes Sociales (44, 2%):

Las redes sociales pueden ser de distinta índole, sin embargo, para efectos del presente estudios se consideran las siguientes: redes familiares, redes de recreativas, redes culturales, red de iglesia, red de trabajo, red de amigos, red de educación y red de salud.

La mayoría de las familias entrevistadas reconoce no contar con redes sociales. Por lo tanto, presentan una carencia al momento de requerir apoyo.

**2.2 Análisis instrumento: Encuesta de Satisfacción Usuaría**

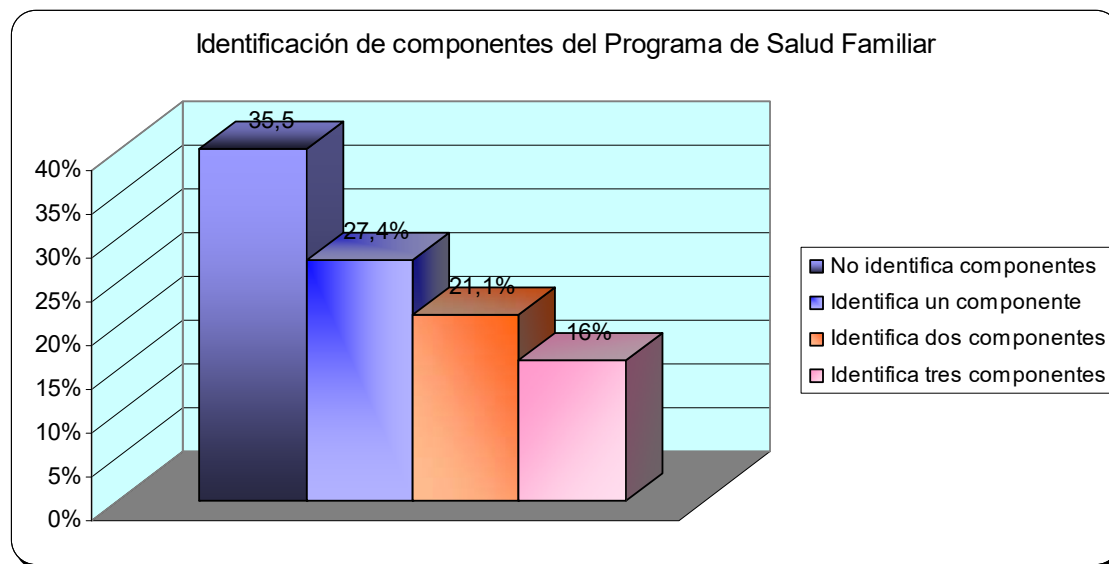
Conocimiento básico del Programa de Salud al que pertenecen:



La mayoría de las familias indica que “conoce su programa de salud” (66,7%). Esto revela que están conscientes del programa al que se encuentran adscritos, lo que constituye un requisito básico como usuario responsable en salud, y además percibe conocer ciertos aspectos del programa.

El porcentaje restante se divide en un grupo correspondiente al de familias beneficiarias que “no está segura de conocer a fondo el programa” (22,9%) y otro que afirma “no conocer el programa” (10,4%). A pesar de que estas dos últimas cifras son inferiores al grupo de familias que conoce el Programa de Salud Familiar, no deja de ser menor, ya que indica que son variados los casos de familias que se encuentran desinformadas, no sólo de aspectos del programa, sino que incluso desconociendo su pertenencia a este.

Identificación de componentes del Programa de Salud Familiar:



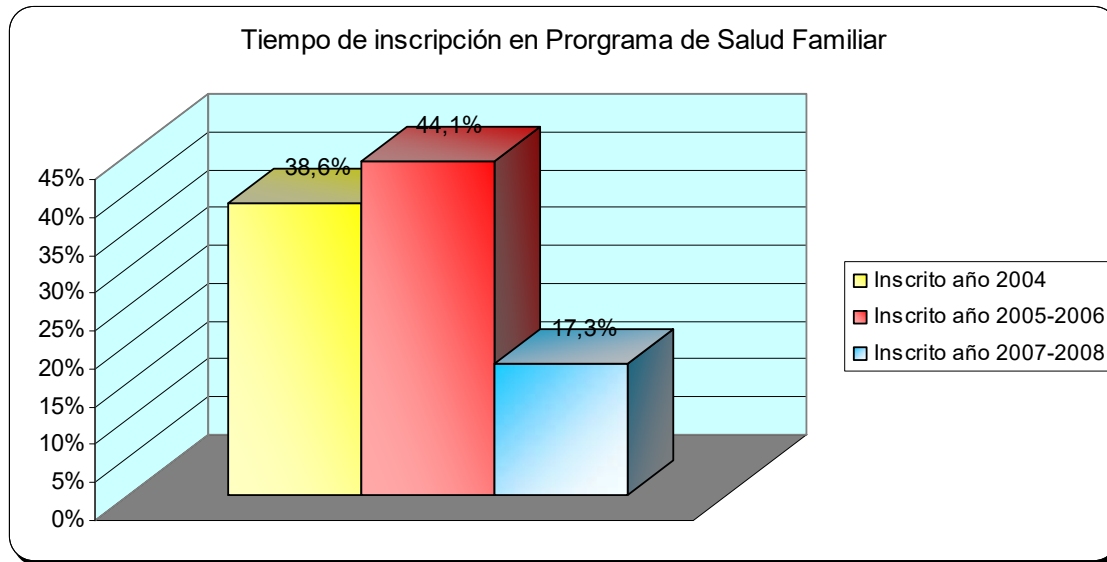
De las familias encuestadas, los resultados son dispersos. En primer lugar se encuentran aquellas que “no logra reconocer características del programa de salud en el cual se encuentran inscritos” (35,5%), lo que indica una falta de información y desconocimiento del tema en los usuarios, que si bien se atienden, no pueden mencionar en qué consiste el programa. Este resultado, tiene relación con la pregunta anterior, acerca de “conocimiento del programa de salud al que pertenecen”, ya que el número de familias que desconocía lo básico y esencial, demuestra que se repite y aumenta cuando se trata de identificar componentes del programa, como una forma de conocimiento más elevado. Lo anterior demuestra que existe un vacío en lo que perciben los usuarios respecto a características del programa.

Cercano al otro resultado se encuentran las familias que “identifica un componente” (27,4%), donde el que más se repite es la relación cercana entre médico-paciente. Esta característica es la más recurrente, debido a que llama la atención de los usuarios, por ser distintiva y propia de Salud Familiar, puesto que esta horizontalidad en la forma de atención no se da en otras modalidades de salud.

Otros grupos con similar porcentaje son: “reconoce dos características” (21,1%) y “menciona tres características” (16%), que corresponden a componentes del Programa de Salud Familiar. Esta última cifra demuestra que un porcentaje menor en comparación con el resto, corresponde a familias que se encuentran informadas acerca de aspectos y características de su programa de salud.

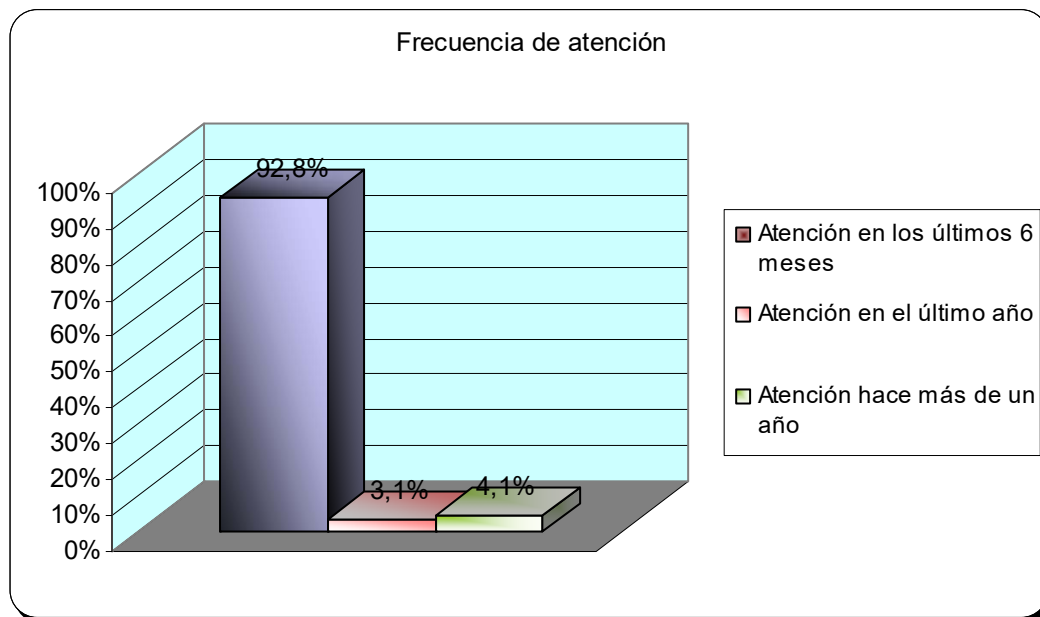
Tanto las familias que reconocen dos o tres características, hacen alusión además de la relación cercana entre médico-paciente, también a la importancia que se le otorga a todo el núcleo familiar en la atención, conociendo las problemáticas que afectan a todos.

Tiempo de inscripción en el Programa de Salud Familiar:



De la totalidad de familias beneficiarias se logra identificar que un 38,6% se inscribió cuando el programa de salud comenzó, y esta cifra fue aumentando en los años siguientes, ya que en el 2005 y 2006 se encuentra el 44,1% del total de beneficiarios. Sin embargo, en el último tiempo ha presentado un descenso en el número de familias inscritas, lo que corresponde a un 17,3%. Estos resultados se deben en gran parte a que a que en el período de inicio del programa, no se había difundido a todos los usuarios, por lo cual las cifras de adscritos no eran tan altas, situación que cambia en los siguientes años, cuando el Programa de Salud Familiar ya había sido promocionado, y era conocido entre las personas, por lo cual se fueron inscribiendo más familias. Luego el descenso se debió a que no era posible ingresar más familias, porque éstas superarían los recursos con los que cuenta el programa, afectando el servicio que entrega a los usuarios.

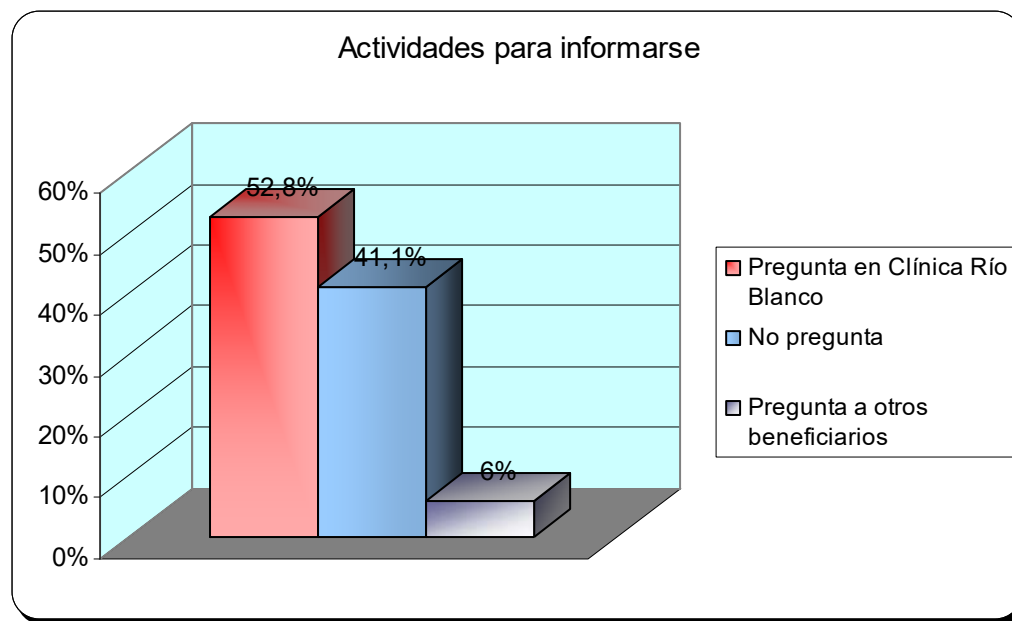
Frecuencia de atención:



La mayoría de las familias se han atendido en los últimos seis (92,8%). Lo cual indica que es un grupo importante de personas frecuentemente asiste y utiliza los servicios del Programa de Salud Familiar. Ya sea distintos integrantes de la familia o la misma persona. Los motivos de un reiterado uso del servicio, indica que por una parte existe preocupación por los usuarios en mantener su estado de salud, para lo cual hacen uso del programa. Por otro lado, dentro de este grupo se encuentran presentes aquellas personas que debido a sus patologías, deben asistir periódicamente a la institución de salud, específicamente al Programa de Salud Familiar.

La cifra menor de las familias beneficiarias (3,1%), ha hecho uso del servicio hace más de seis meses y menos de un año. Y un porcentaje levemente mayor que el anterior indica que existen familias que hace más de un año que efectuaron su última atención (4,1%). Estas familias que ocasionalmente hacen uso del servicio, se debe en gran parte a la ausencia de enfermedades en los integrantes de su familia.

Actividades para informarse:

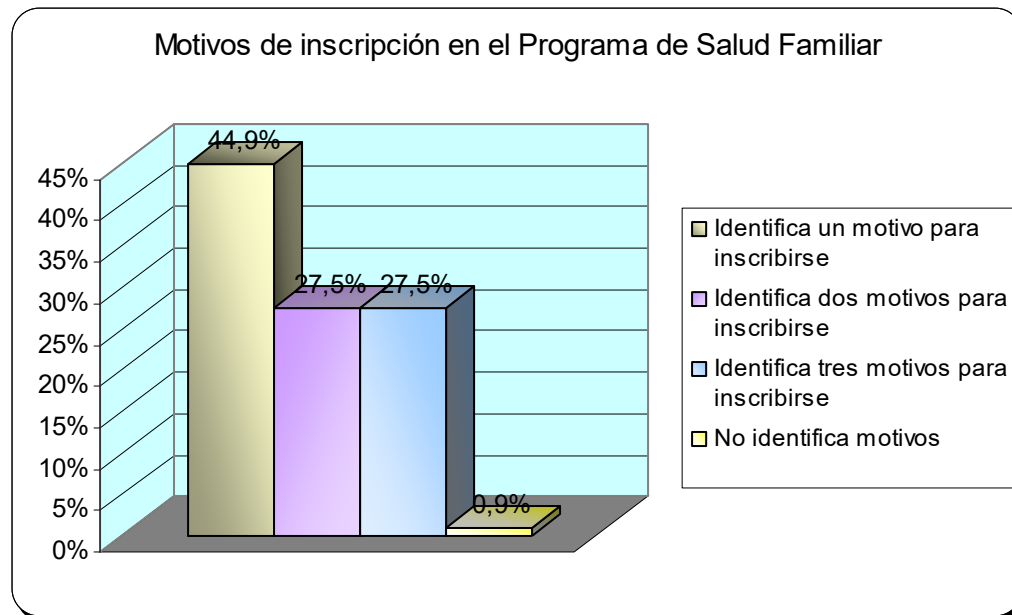


De las familias encuestadas, la mayoría afirma que en caso de dudas o falta de información acude directamente a Clínica Río Blanco para resolver sus inquietudes (52,8%). Esta acción cumple con el deber de un usuario responsable, que corresponde a mantenerse informado y resolver sus dudas si llegaran a surgir en algún momento. No obstante una cifra cercana reconoce lo contrario (41,1%), ya que manifiestan que “no pregunta” en caso de dudas. Esta situación es la que trae repercusiones negativas, puesto que al no resolver las dudas y no informarse,

contribuye a que las familias tengan desconocimientos y no hagan uso de servicios que ofrece el Programa de Salud Familiar, sólo por falta de información. Sí bien existen deberes por parte de la Clínica, también hay otros que recaen sobre los usuarios, como es el de preocuparse por estar informado y responsabilizarse en este aspecto.

Una cifra menor es el de usuarios que acude a otros beneficiarios para consultar e informarse (6%). Este hecho, a pesar de resolver las dudas en algunos casos, no es el adecuado ya que la respuesta obtenida puede ser errónea y además no proviene de la fuente real de información, causando malos entendidos en ocasiones.

Motivos de inscripción:



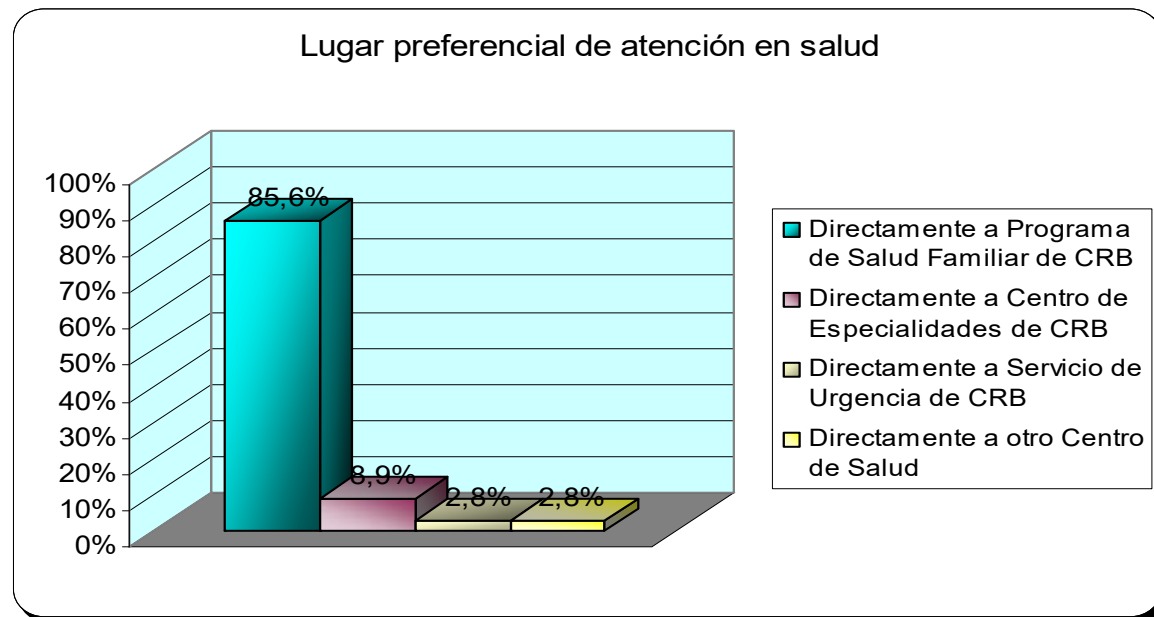
El 44,9% de las familias reconoce “un motivo” por el cual decidieron inscribirse, donde el más común es que el trabajador fue informado acerca del programa, informa a su familia y toman la decisión de ingresar al Programa de Salud Familiar.

Un 27,5% identifica “dos motivos”, y un 25,7% logra identificar “tres o más motivos” para acceder a inscribirse en Salud Familiar. Estas familias que mencionan varios motivos, hacen mención en su mayoría a información que recibieron cuando el programa funcionaba como plan piloto y sus inicios, donde hubo variada información acerca de lo que pretendía ser el programa, incluso llegando a las familias por medio de visitas domiciliarias, así muchos decidieron inscribirse, por la cercanía y preocupación que proponía la salud familiar.

Un porcentaje menor correspondiente al 0,9% que “no identifica motivos” para inscribirse, por desconocimiento acerca de este tema. Este motivo puede

deberse a que en ocasiones el trabajador recibe información pero no la transmite a los integrantes de su familia, por lo cual estos no logran estar al tanto de cierta información.

Lugar preferencial de atención en salud:



La mayoría reconoce que acuden en primera instancia al Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco (85,6%). Esta es una cifra alta, que indica que los usuarios escogen este servicio porque es el que cumple mayormente sus expectativas, en comparación con otras modalidades de atención.

Una cifra bastante inferior es el 8,9% que prefiere atenderse en el Centro de Especialidades de Clínica Río Blanco, que al igual que el grupo anterior, pertenece a la misma institución, pero es la modalidad tradicional de atención en salud. La preferencia por este servicio se da por desconocimiento acerca del Programa de Salud Familiar, y/o por solicitar atención directamente con un especialista.

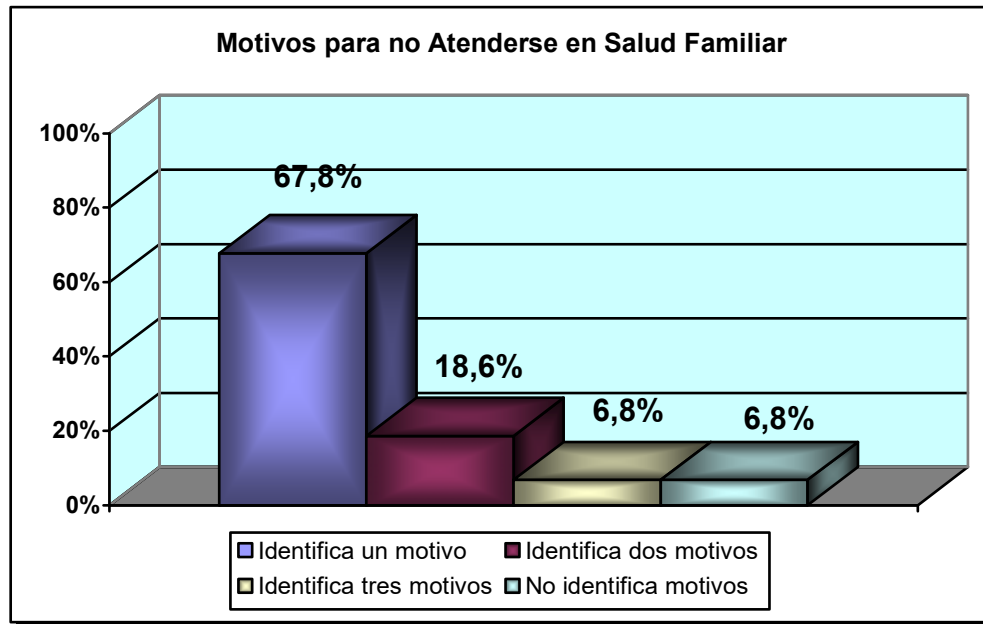
Otro porcentaje es el 2,8% que escoge el Servicio de Urgencia, también de la misma institución. Esta elección se da en casos puntuales donde son familias que llevan poco tiempo de inscripción, y han vivido situaciones de salud que han obligado a asistir al Servicio de Urgencia, ya sea por el horario o la gravedad.

Las tres modalidades mencionadas, tanto Salud Familiar, Centro de Especialidades y Servicio de Urgencia, pertenecen a Clínica Río Blanco, y la elección por atenderse en esta institución se da por un tema de afiliación a Isapre Río Blanco, donde CODELCO Andina mantiene un contrato de salud.

El último grupo corresponde al 2,8% restante que escoge otro centro de salud, haciéndolo de modo particular. Este porcentaje de personas reconocen que el motivo de acceder a otra institución se da porque sus patologías no son tratadas

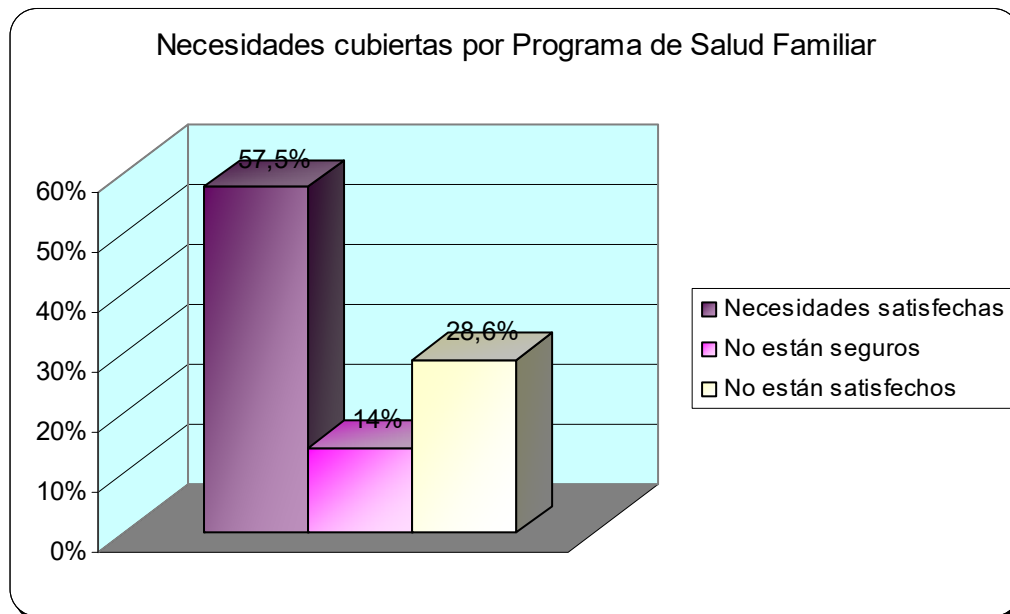
en Clínica Río Blanco o no cumplen sus expectativas en la atención de salud.

Motivos para no atenderse en el Programa de Salud Familiar:



De acuerdo a la información recolectada durante el estudio, el 67,8% de las familias que reconocen no atenderse en el Programa de Salud Familiar identifican “un motivo para no atenderse” en dicho programa, el 18,6% de estas familias identifica “dos motivos para no atenderse”, el 6,8% reconoce “tres motivos” y el 6,8% “no identifica motivos para no atenderse el Programa de Salud familiar”. Es necesario destacar que estos porcentajes aluden a las exclusivamente a las familias que asumen estar inscritas en el programa, sin embargo, no se atienden en este por distintas razones

Necesidades cubiertas por Programa de Salud Familiar:



La satisfacción de las necesidades del usuario, están referidas al cumplimiento de expectativas de salud por parte del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, con respecto al conjunto de necesidades de salud del usuario que está inscrito en dicho programa, en simples palabras, que el programa responda a los requerimientos de salud del usuario.

Según el gráfico presentado, existe un 57,5% de la población inscrita en el Programa de Salud Familiar, se encuentra satisfecha con los servicios y prestaciones entregados por dicho programa, esto es positivo, ya que el porcentaje indica que más de la mitad de la población inscrita, están satisfechos con este servicio y por tanto, le brindan su preferencia, ya que han recibido; atención integral y personalizada tanto del equipo de salud como de su médico de cabecera, que además han sido apoyados y también informados para prevenir enfermedades, han recibido atención continua y permanente, han sido favorecidos con el programa, entre otros aspectos. En fin, el programa logra responder a las necesidades de salud integral, tanto para el individuo de su familia.

Sin embargo, esto no se refiere a que estos usuarios estén de acuerdo en todo y no tengan algún reparo o ninguna sugerencia de mejora para el programa, sino que opinan que a pesar de todos los recursos que carece y de todo lo que se debe mejorar, el programa logra responder a sus necesidades de salud con los medios y recursos con que cuenta a su disposición, es más, confían plenamente en la continuidad del programa pero con las sugerencias añadidas, es decir, que un futuro logre cubrir todas sus necesidades y cuente con mejores recursos ya sean humanos, materiales y financieros, es decir, con una mayor cantidad de horas médicas, más médicos especialistas, mejor calidad de atención, mayor cobertura, más programas y talleres educativos, más promoción de salud, entre otros..., para potenciar mucho más lo que hasta hoy el programa de salud entrega.

Luego sigue un 14% de usuarios que no están seguros sobre si el programa cubre sus necesidades de salud o no, es decir, no saben a ciencia cierta si el programa logra responder a sus requerimientos.

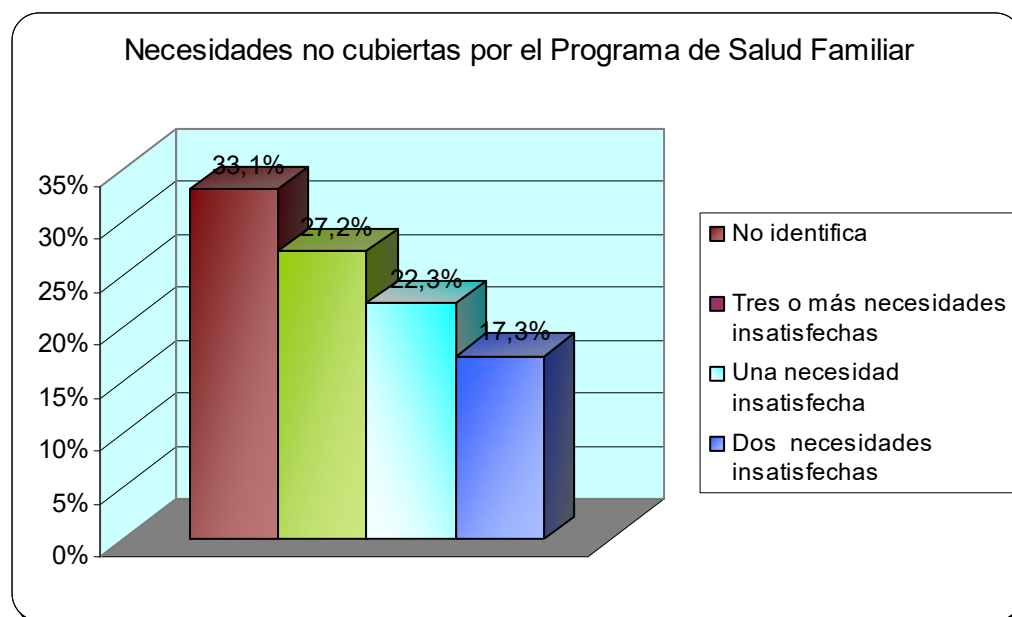
Esto puede deberse a distintos motivos; existen personas encuestadas que a pesar de que han sido beneficiados por el programa, también han experimentado un cierto descontento tras acontecimientos problemáticos, otros casos sucede que existen usuarios que viven en lugares geográficos lejanos y por tanto no hacen uso del programa, como también existen muchas personas que piensan que cubre sus necesidades hasta el momento, pero que son muchas más las que debería cubrir todavía. En fin todas estas situaciones y otras similares producen inseguridad en la opinión de los usuarios por lo que han seleccionado

esta alternativa.

Y por último, existe la última cifra que indica que existe un 28,6% de la

población inscrita en el Programa de Salud Familiar, que no están satisfechos con el programa; simplemente porque existe descontento con los servicios entregados, el programa no responde a sus necesidades, están en lugares lejanos, existe desconocimiento del programa e incluso de estar inscritos o simplemente se atienden dentro de la misma clínica pero en el centro de especialidades o en instituciones externas a Clínica Río Blanco de manera particular.

Necesidades no cubiertas por Programa de Salud Familiar:



Esta pregunta está referida, a todas aquellas necesidades que no han sido cubiertas por el programa, por lo tanto, han generado un cierto descontento o insatisfacción en el usuario. Es por ello, que se les preguntó a los mismos beneficiarios inscritos en el programa, para conocer su percepción acerca de las necesidades insatisfechas tanto personales como de su núcleo familiar.

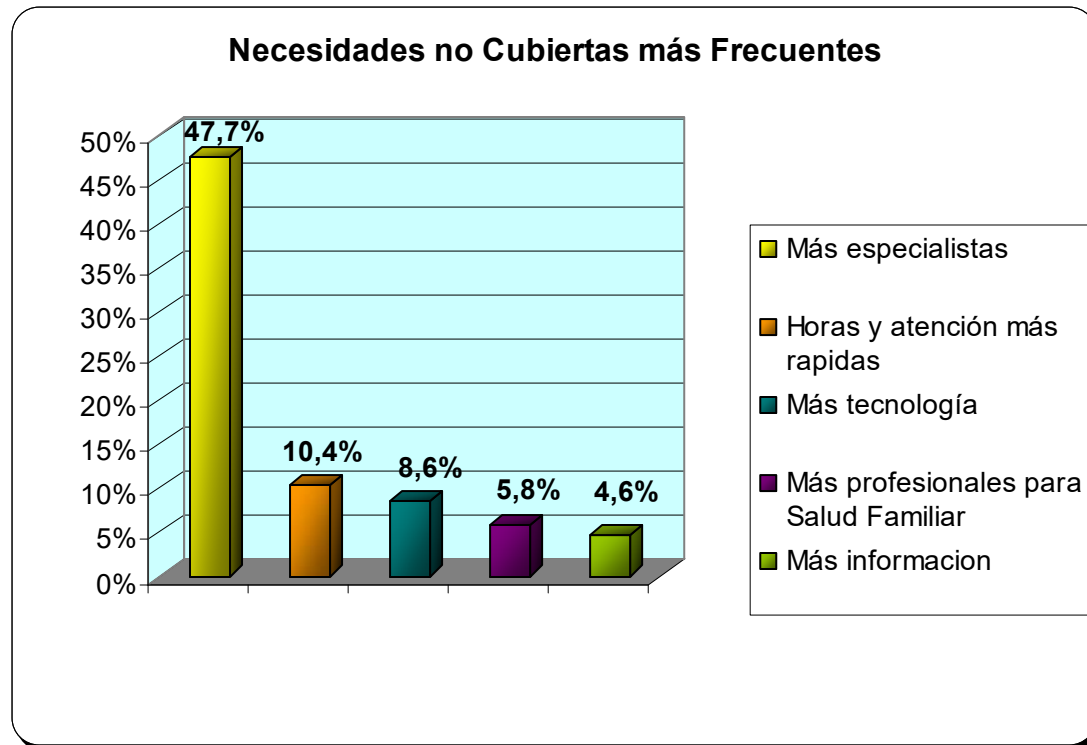
Las respuestas a esta pregunta, fueron variadas y dispersas entre un tramo y otro. Aún así, el mayor porcentaje recayó en la categoría “no identifica” donde un 33,1% de la población encuestada, cree que el programa entrega un servicio óptimo y completo y que no debería mejorar nada, por tanto, no identifican ninguna sugerencia de mejora.

El segundo porcentaje más alto, no esta muy lejano del anterior, por lo que indica que existe un 27,2% de usuarios inscritos en el programa de salud familiar que piensan que el programa tiene mucho que mejorar y se encuentran en la categoría donde efectúan entre “tres o más sugerencias” mínimas, es decir, que a

pesar que el programa entrega un buen servicio, éstos usuarios presentan un cierto grado de insatisfacción o descontento porque aún queda mucho por hacer. Y por último, viene un 22,3% que “identifica una necesidad” y un 17,3% que

“identifican dos necesidades”. Estos usuarios expresan un grado mayor de conformidad con el programa que los mencionados anteriormente, pero aun así, mencionan una o dos necesidades que el programa debiera realizar y las sugerencias son las mismas o similares a las mencionadas en el porcentaje anterior

Necesidades no Cubiertas más Frecuentes:



De acuerdo al gráfico anterior, el 47,7% de las familias entrevistadas identifican que la necesidad menos cubierta por el Programa de salud familiar es respecto a las especialidades al momento de derivación, es decir, las familiar creen que se debería contar con mayor cantidad de especialistas; sobretodo en el momento que el doctor de cabecera considera necesario derivar a otro especialista.

Entre los especialistas más demandados por las familias se encuentran los siguientes:

Dermatólogo, Oftalmólogo, Odontólogo, matrona, Otorrino, Kinoplástico, Podología para diabéticos, Endocrinólogo, Urólogo, Nutricionista, Pediatra, Kinesiólogo, Psicólogo, Gastroenterólogo, Fonoaudiólogo, Cardiólogo, Ginecólogo. Broncopulmonar y Psicopedagogo.

Los cinco problemas más frecuentes con el Programa de Salud Familiar mencionados por las familias entrevistadas son los siguientes:

Respecto a lo anterior, es necesario destacar que los motivos por el cual las familias requieren más especialistas se debe a la complejidad de la enfermedad que puedan padecer o sencillamente por la falta de estos especialistas ya existentes en la clínica, ya que al momento de derivación o de solicitar hora de atención, estas son muy lejanas entre sí, no existe atención oportuna y rápida; muchas veces debiendo acudir de forma particular y fuera de Clínica Río Blanco.

La segunda necesidad no cubierta identificada por las familias corresponde a las Horas y Atención más rápidas (10,4%), la cual va ligada a la necesidad anterior; ya que al haber alta demanda de atención, la cantidad de profesionales no da abastos para toda la población usuaria de Clínica Río Blanco. Por lo tanto, las familias reclaman porque la necesidad de horas y atención se de en forma rápida y de acuerdo a las necesidades de estas.

La tercera necesidad menos cubierta; según las familias entrevistadas; está referida a la tecnología (8,6%), debido a que estas reclaman al momento de tener que realizarse algún examen de complejidad, ya que no cuentan con tecnología para esto; teniendo que acudir fuera de la ciudad para poder obtenerlo, lo cual hace el proceso más engorroso y molesto.

Las familias mencionan que la institución de salud debiera ofrecer todo tipo de exámenes como cualquier centro que se hace llamar clínica; así de esta manera se evitaría la pérdida de tiempo de las personas, ya que deben disponer de tiempo para viajar a realizarse sus exámenes.

La cuarta necesidad menos cubierta con un 5,8% de preferencias, está referida a la cantidad de profesionales de Salud Familiar, ya que las familias insisten en que los que trabajan dentro del programa no dan abastos para toda la población inscrita, por lo tanto, las familias creen que se debiese contratar más personas para que puedan cumplir las expectativas de la población.

Cabe destacar que esta contratación de profesionales debe ser a nivel médico y personal de atención al público.

Además las familias reconocen que el equipo multidisciplinario existente en el Programa de Salud Familiar no es completo, es decir, creen que les faltan profesionales de las distintas ramas para que sea integral, y así poder brindar una atención integral a las familias.

Entre los profesionales médicos más solicitados se encuentran: Pediatra, Ginecólogo, Nutricionista, Psicólogo, Odontólogo, entre otros.

El quinto lugar de la necesidad menos cubierta (4,6%), es la necesidad de

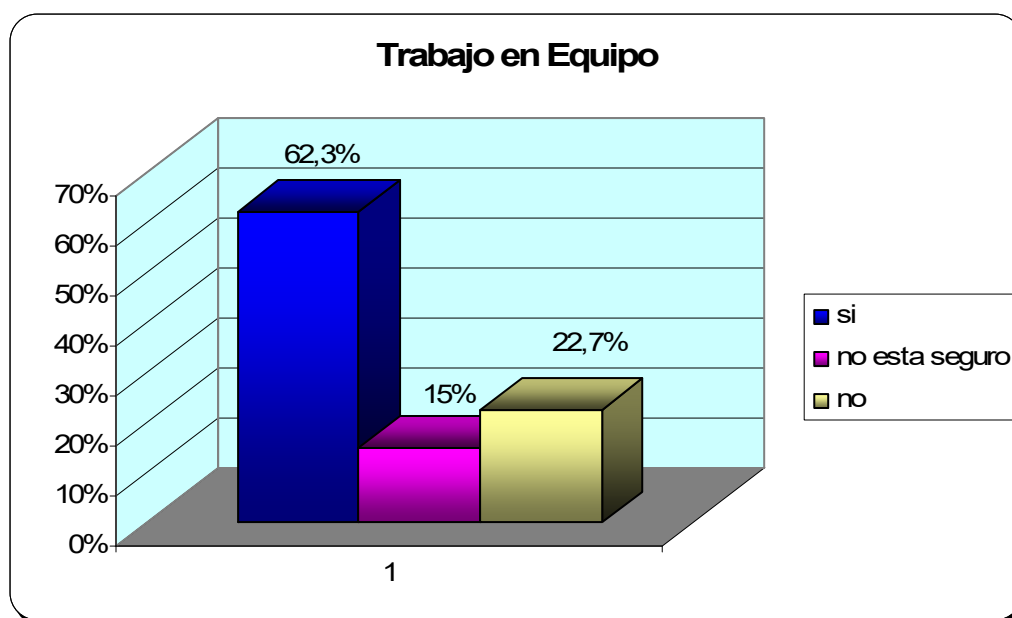
información, ya que las familias consideran que no están siendo bien informadas respecto a las bases del programa, su consistencia, beneficios, características, entre otras. Además de no estar informados de las actividades, talleres que se realizan, es decir, falta difusión de les falta difusión. Dentro de las recomendaciones abstraídas las familias insisten en que la información aparte de darse dentro de la clínica, debiese llegar a sus casas o vía correo electrónico, así de esta manera las familias se encontrarían mayormente informadas y en conocimiento de todo lo que se refiere a salud familiar.

Posteriormente a estas necesidades se encuentran otras, las cuales no aparecen en el gráfico. Sin embargo, merecen ser mencionadas debido a que son las necesidades que las familias requieren que sean mejoradas.

Algunas con porcentajes cercanos a los del gráfico son: Realización de Visitas Domiciliarias, mejorar infraestructura de la clínica; sobretodo en el área de Salud Familiar ya que es muy pequeña y no cuenta con los boxes de atención necesarios, y también mayor preocupación y empatía en los funcionarios.

Otras necesidades no cubiertas, pero en menos cantidad son: Profesionales con competencias idóneas, mayor stock de medicamentos, mayor cantidad de talleres y actividades, extensión de horario, seguimientos por parte de los profesionales en caso de enfermedad, realización de talleres familiares, mayor cercanía con las familias, cumplimiento de expectativas de las familias, mayor cantidad de médicos de cabecera, derivaciones más rápidas, control para crónicos, prevención, atención de calidad, atención más personalizada, mayor capacidad de resolutiveidad, sistema computacional conectado con toda la clínica para ver las fichas familiares y clínicas, laboratorio, convenio para personas que tienen lejanía geográfica, taller de obesidad, exámenes rápidos, más cantidad de recursos, sobretodo económicos para el Programa de Salud Familiar, buen trato del personal de recepción, más trabajo en equipo, higiene del lugar, diagnóstico de calidad, comunicación entre profesionales, teléfono con disponible para la atención de público de salud familiar, taller de depresión, taller de drogas y alcohol, apoyo en rehabilitación.

Trabajo en equipo:



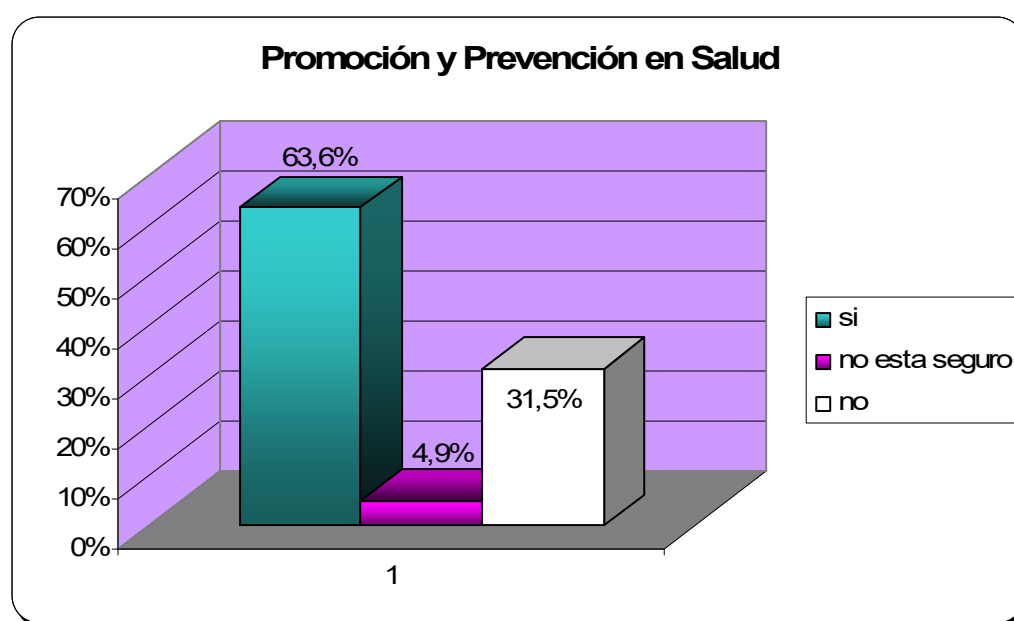
Se refiere a la labor realizada en conjunto por un grupo de distintos profesionales del Programa de Salud Familiar, en pos de un objetivo en común que es entregar una atención integral al usuario y su grupo familiar pertenecientes a éste programa. Y la pregunta está referida, para que el usuario identifique desde su propia percepción, si este componente del programa de salud familiar se está cumpliendo o no.

Según los resultados obtenidos, existe un 62,3% de la población inscrita, que percibe, que efectivamente el equipo de salud familiar trabaja de manera conjunta en pos del objetivo en común que posee dicho equipo, que es brindar una atención integral y personalizada al usuario y a su familia, es decir, los miembros del equipo se relacionan de manera integrada entre sí para ofrecer una mejor servicio a la población perteneciente al programa.

Sin embargo, también existe un 15% de este mismo universo, es decir, la población inscrita en el Programa de Salud Familiar, que no esta seguro de esto, ya que por diversos motivos, solo en ciertas ocasiones han percibido el trabajo en equipo y en otras no, por lo que no están seguros al momento de contestar.

Y por último, un 22,7% que definitivamente, no percibe este trabajo en equipo, es decir, para ellos el equipo de salud no se relaciona de manera integrada entre sus miembros para entregar un servicio de calidad a través de una atención integral y personalizada.

Promoción y Prevención en salud:



Cabe mencionar que este punto, se refiere a las dos primeras estrategias correspondientes a los lineamientos básicos del programa de salud familiar, es decir, la promoción y prevención de enfermedades, estas dos estrategias se encuentran efectivamente operacionalizadas a través de ésta pregunta efectuada a los usuarios, sobre si han recibido o no, material informativo sobre promoción y prevención de enfermedades.

Las otras dos estrategias corresponden a la rehabilitación y reinserción social que también se encuentran operacionalizadas, pero en la pregunta posterior a la presente. Por lo que el objetivo es exponer en dos preguntas efectuadas a los beneficiarios a través de la encuesta realizada, las cuatro estrategias correspondientes a los lineamientos básicos que sustentan el modelo de salud familiar; promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, dirigidas a las familias usuarias del programa, además de otros lineamientos como el trabajo en equipo, atención continua y permanente, entre otros que también están referidas en las otras preguntas

La actual pregunta, reflejada en este gráfico se refiere al material informativo, entregado por dicha institución de salud familiar a los usuarios, para poner en conocimiento de éste, todas las temáticas posibles que son necesarias sobre promoción y prevención de salud.

Con respecto a este punto, el gráfico demuestra una cifra positiva, donde explica que existe un 63,6% de usuarios inscritos en el Programa de Salud Familiar que efectivamente ha recibido material informativo sobre prevención de enfermedades, ya sea a través de folletos, trípticos o simples afiches, pero que de

alguna forma están al tanto o en conocimiento sobre éstos temas.

Esto es de vital importancia, ya que la misión de todo Programa de Salud Familiar, es fomentar la promoción y prevención de enfermedades, como también la rehabilitación y reinserción social.

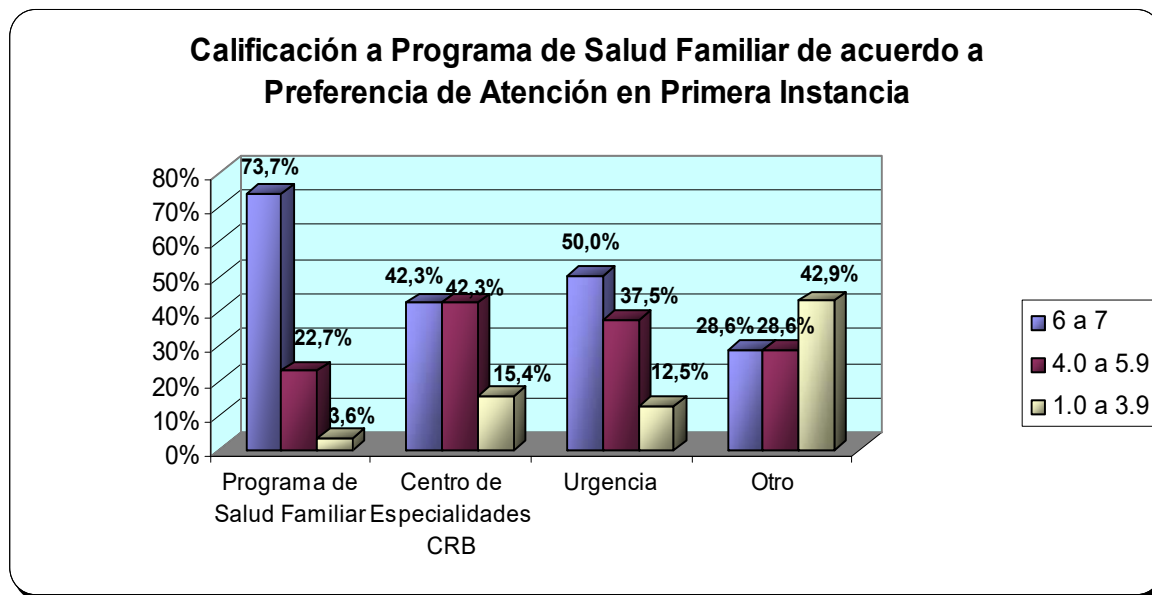
Cabe mencionar, que a pesar de esta importante cifra reflejada, dentro de las sugerencias más recurrentes propuestas por los propios usuarios, se encuentra la petición de que el propio programa de salud familiar entregue más información sobre ciertas enfermedades que afectan actualmente a la población beneficiaria, para estar en conocimiento de ellas y así poder sobre llevarlas mucho mejor, como también recibir información sobre otras enfermedades para poder prevenir, en otras palabras, sugieren que el programa enfatice en su tarea de promoción de salud y de prevención de enfermedades.

También existe un porcentaje, que indica (4,9%) no estar seguro si en alguna oportunidad recibió o no material informativo sobre promoción o prevención de enfermedades.

Y por último, en el gráfico refleja que existe un 31,5% de la población inscrita en le Programa de Salud Familiar que aseguran, no haber recibido ningún material informativo sobre prevención de enfermedades o promoción de salud. Esto es un indicador negativo ya que significa que existe un segmento no menor de la población, que se encuentra en desconocimiento sobre el tema y que por lo tanto están susceptibles a presentar un mayor grado de riesgo, debido a su desconocimiento, ya que ignoran sobre los procesos de prevención, tratamiento y recuperación de las enfermedades que los afectan directamente ellos o a sus núcleos familiares.

Rehabilitación y Reinserción social:

Calificación a Programa de Salud Familiar de acuerdo a preferencia de atención de primera instancia:



Las familias que tienen como lugar preferencial de atención al Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, son quienes lo evalúan mejor, ya que son personas que conocen mejor el programa pues hacen uso del servicio cada vez que lo requieren, lo que evidencia su conformidad al momento de volver y no escoger otro lugar para atenderse.

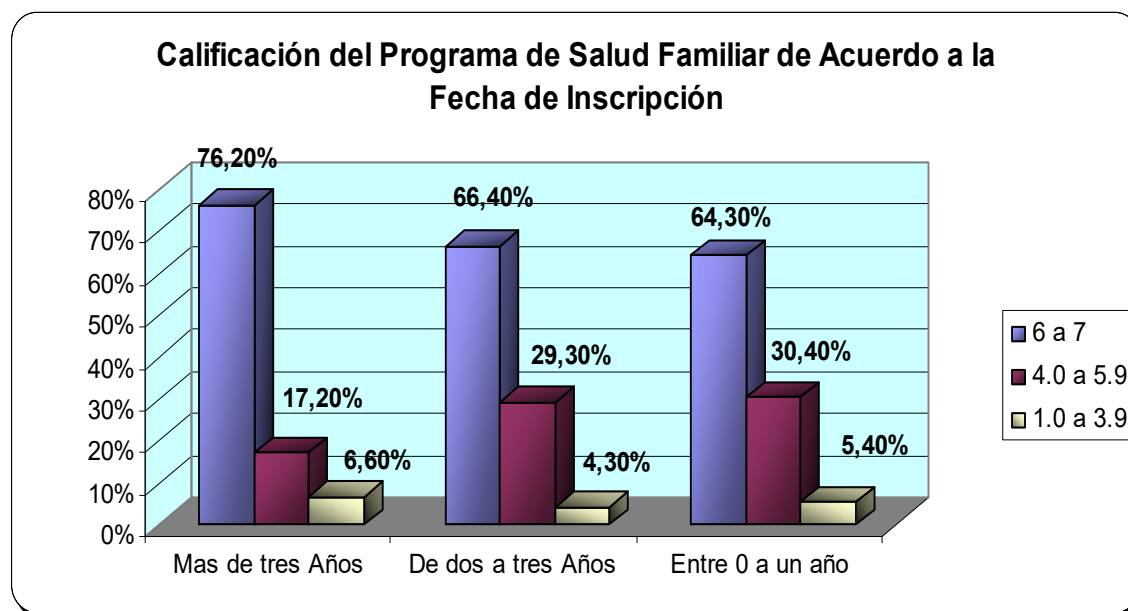
Las personas que escogen al Centro de Especialidades de la misma institución como preferente para atenderse, presentan dispersión al evaluar el Programa de Salud Familiar, ya que un porcentaje califica como bueno y otra cifra igual lo evalúa como regular. Esto se debe a que hay familias que escogen el Centro de Especialidades como forma de complementar el servicio entregado en Salud Familiar, así como también hay casos que definitivamente escogen las especialidades porque no están conformes con el Programa de Salud Familiar, por eso existe variedad en la evaluación, donde un grupo de 15,4% califica con mala nota a programa.

Las familias que eligen el Servicio de Urgencia de Clínica Río Blanco como forma de atención preferencial, siguen evaluando en mayoría al Programa de Salud Familiar como bueno, ya que se da que en algunos casos la decisión de acudir a Urgencia es por un tema de horario, y no por una disconformidad con el programa.

En las personas que deciden atenderse en otra institución se da una clara muestra de mala evaluación al Programa de Salud Familiar, ya que están inscritos pero no hacen uso del servicio, incluso no atendándose en ninguna de los

departamentos de Clínica Río Blanco.

Calificación del Programa de Salud Familiar de acuerdo a la fecha de inscripción:

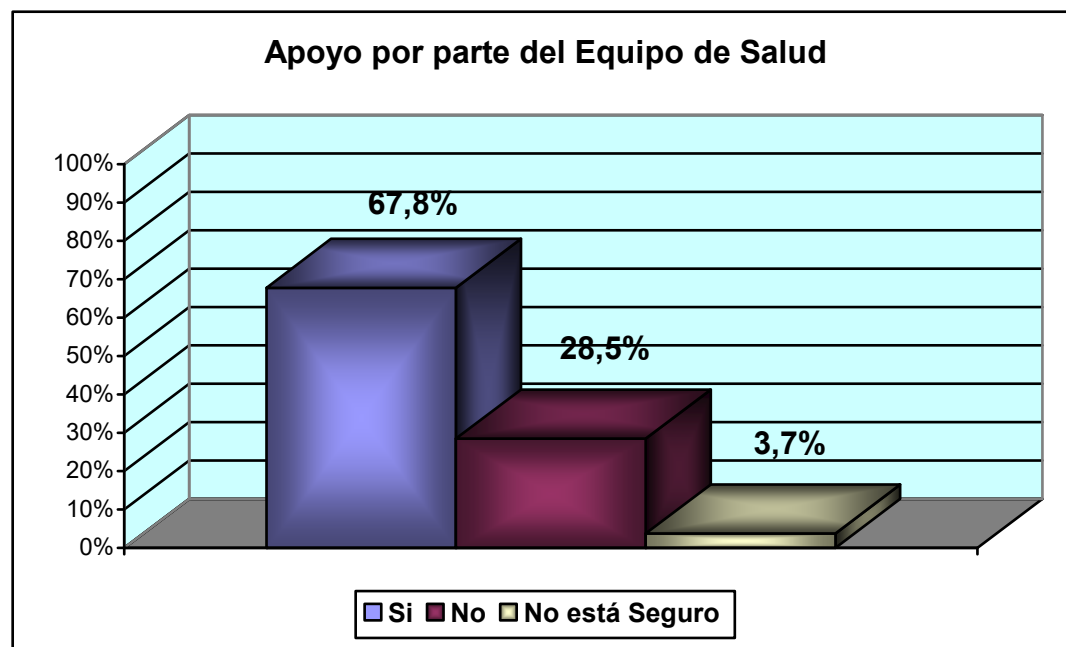


Al observar el gráfico, se evidencia que hay una relación directa entre el tiempo de inscripción y la evaluación del Programa de Salud Familiar, ya que las familias que llevan más tiempo de permanencia, evalúan con una mejor calificación al programa. Esta situación se da ya que mientras es mayor el tiempo de inscripción, hay más uso del servicio, así logrando conocer en profundidad el programa. Además es posible vivenciar distintas experiencias, permitiendo formarse una opinión clara frente al servicio.

También se puede afirmar que la calificación regular hacia el programa, se da mayormente en las familias que llevan menos tiempo de inscripción y así el porcentaje de los que evalúan con esta nota va disminuyendo en las personas con más antigüedad en el programa.

La calificación mala se da con un porcentaje bajo y similar tanto para las familias con mayor antigüedad como para aquellas más recientes.

Apoyo por parte del equipo de salud:



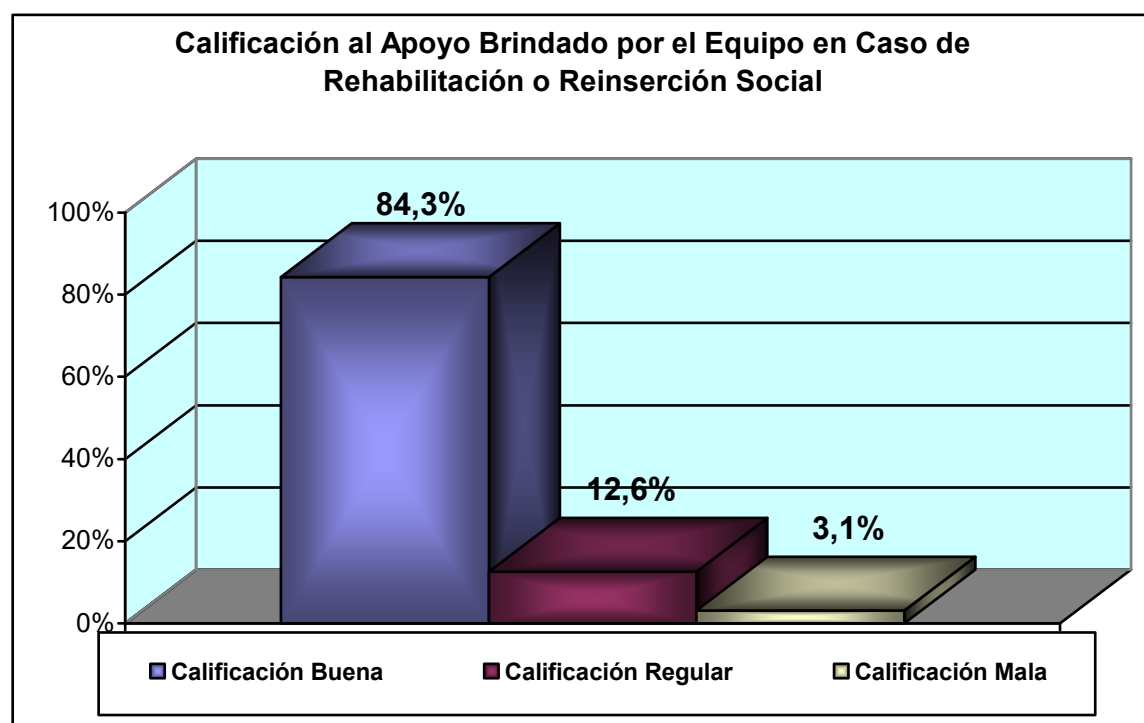
Cabe mencionar que este punto se refiere a las dos últimas estrategias sobre los lineamientos básicos de salud familiar, es decir, se refiere a la percepción del propio usuario, sobre si ha recibido o no, por parte del equipo de salud familiar, el apoyo necesario para enfrentar el proceso de rehabilitación y reinserción social.

En base a este punto, el gráfico demuestra que efectivamente existe un 67,8% de beneficiarios inscritos en el Programa de Salud Familiar que sí han recibido este apoyo, es decir, han recibido por parte del equipo de salud una atención personalizada, comprometida e integral en este proceso de la enfermedad, donde el paciente debe recuperarse y prepararse para ser reinsertado socialmente, es decir, a sus labores cotidianas.

Sin embargo, con respecto al mismo gráfico, existe otra cifra (28,5%) que opina lo contrario, pues señalan no haber recibido este apoyo mencionado, ya que consideran que luego del diagnóstico señalado por el médico, no volvieron a tener ningún tipo de contacto con el equipo de salud, es decir, no recibieron el apoyo adecuado para recuperarse, ni mucho menos para reinsertarse socialmente.

Y el último segmento, (3,7%) declara que no está seguro de haber recibido este apoyo; ya sea porque el apoyo recibido no ha sido óptimo, no han hecho uso del programa, o simplemente no han necesitado ocupar este apoyo, pues no han sufrido ningún accidente o enfermedad para necesitar recuperarse o rehabilitarse.

Calificación al equipo de salud, en caso de rehabilitación y/o reinserción social:



Esta pregunta se refiere, a la evaluación que el propio usuario efectúa sobre el apoyo recibido por el equipo de salud, en su etapa de recuperación de la enfermedad y de reinserción social cuando sea necesaria

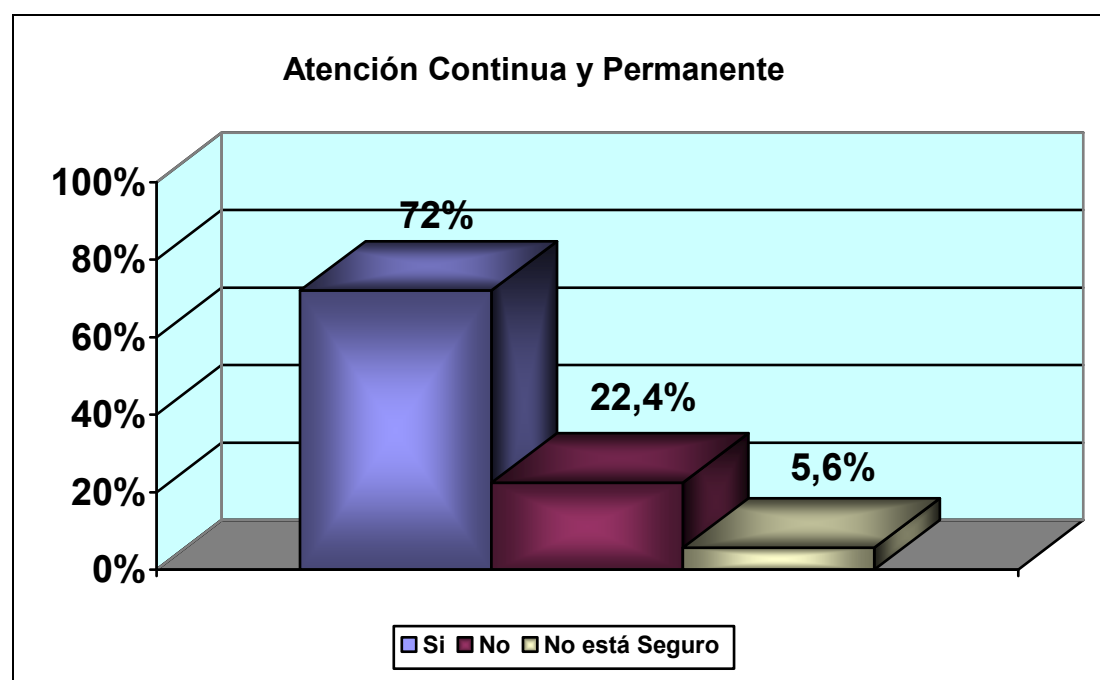
Esta evaluación posee una escala con valores asignados que va desde la menor puntuación de 1.0 a 3.9 donde la calificación del usuario es negativa, de 4.0 a 5.9 es regular y finalmente de 6.0 a 7.0 donde la calificación es favorable.

El presente gráfico muestra claramente la evaluación efectuada por los propios usuarios donde refleja que existe un 84,3% de la población encuestada, que califica este apoyo recibido por parte del equipo de salud en la etapa de recuperación como positiva, esto quiere decir, que la mayoría opina que el equipo de salud ha brindado preocupación, compromiso y atención personalizada en esta fase del proceso de recuperación.

También existe un 12,6% que califica este mismo apoyo de manera regular, situándolo en el rango intermedio con una nota entre 4.0 a 5.9, aquí se encuentran los usuarios que lo califican como regular, ya que siendo bueno, aún necesita mejorar.

Y por último, existe un segmento de la población que corresponde a un 3,1% que lo clasifica en un rango deficiente, con nota entre 1.0 a 3.9, aquí definitivamente la población encuestada lo clasifica como negativo o simplemente que nunca han recibido este apoyo por parte del equipo de salud.

Atención continua y permanente:



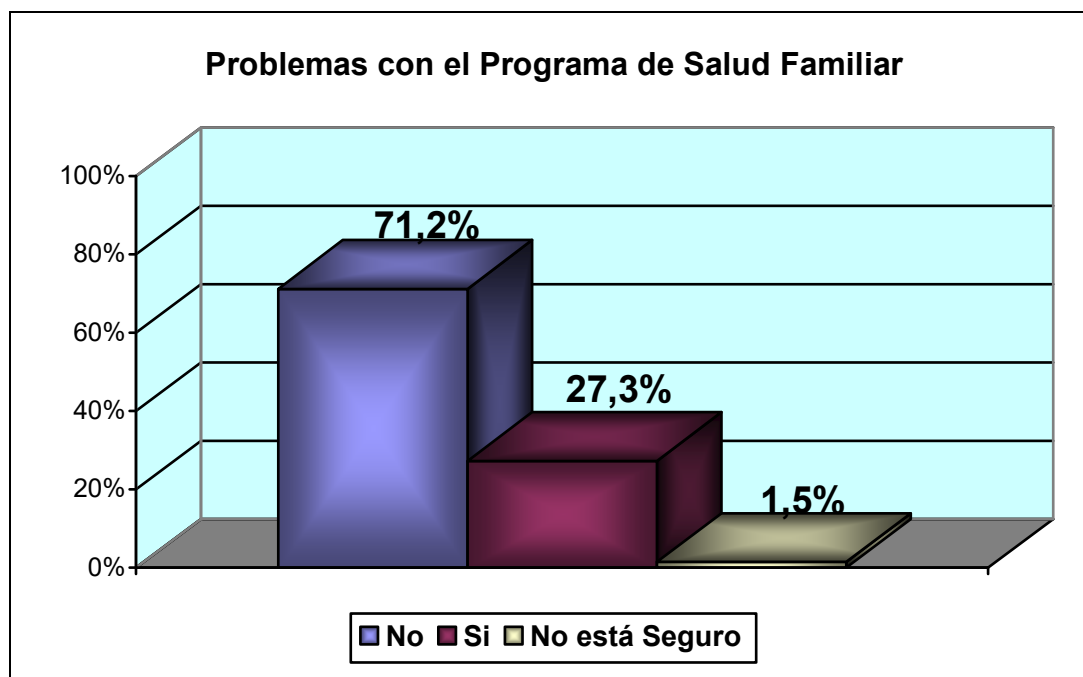
Esto se refiere a que si el usuario ha sido atendido por el mismo equipo de salud familiar desde que esta inscrito en el programa, ya que en muchos casos, el usuario cambia de médico de cabecera, o simplemente se atiende en el centro de especialidades buscando otras formas de satisfacer sus necesidad de salud.

El gráfico demuestra que existe un 72% del total de la población inscrita en el programa, que reconoce atenderse de manera continua y permanente con el mismo médico de cabecera y el mismo equipo de salud, desde que esta inscrito hasta la fecha. Esto no significa que estos usuarios en alguna oportunidad no se hayan atendido en el centro de especialidades u otra institución, sino que al momento de escoger donde atenderse en primera instancia, eligen el Programa de Salud Familiar.

También existe un porcentaje que reconoce no atenderse de manera continua y permanente por el mismo equipo de salud (22,4%), ya que el criterio para escoger el lugar de salud en primera instancia, es según la necesidad de salud del individuo o de su grupo familiar, es decir, que según el problema o enfermedad presentados, escogen el respectivo lugar.

Y por último existe un segmento de la población (5,6%) que no esta seguro de atenderse continuamente por el equipo de salud, ya sea, porque desconocen su médico de cabecera, desconocen estar inscritos en el programa, por problemas de lejanía geográfica, o no hacen uso del programa, entre otros.

Problemas con el Programa de Salud Familiar:



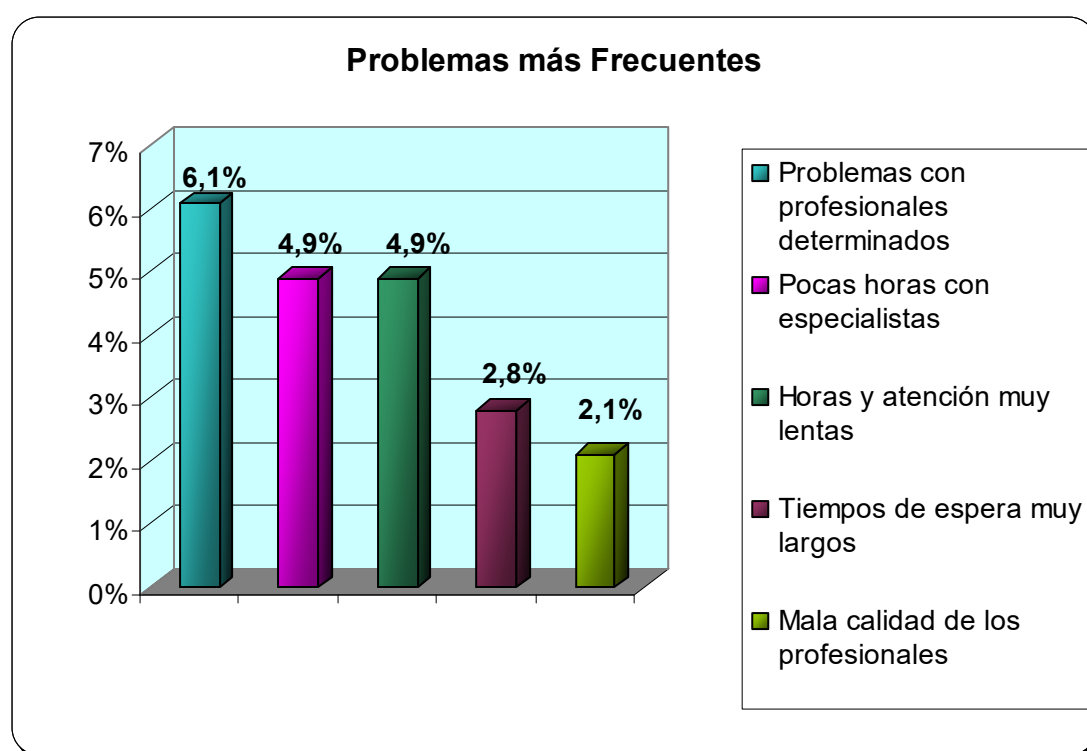
Este punto se refiere a las dificultades que el usuario ha experimentado al atenderse en este Programa de Salud Familiar, es decir, son todas aquellas experiencias que han producido descontento o insatisfacción en el usuario.

El gráfico demuestra positivamente que existe un 71,2% de usuarios inscritos en el Programa de Salud Familiar, que no ha experimentado experiencias problemáticas o negativas, esto es positivo ya que es un buen indicador de calidad en la atención.

Mientras que en el otro extremo, existe un 27,3% que opina lo contrario y que afirma, sí haber tenido uno o más problemas con el programa, ya sea por la calidad de su atención, carencia de recursos, u otros inconvenientes.

Y por último un pequeño segmento de un 1,5% de la población, que no están seguros de haber tenido mayores problemas, porque no han hecho uso del servicio, porque no lo recuerdan, o no se atienden en el Programa de Salud Familiar.

Problemas más Frecuentes:



De acuerdo a lo observado en el gráfico anterior, el problema más frecuente reconocido por las familias entrevistadas (6,1%), corresponde a “Problemas con profesionales determinados”, es decir, esta variante implica problemas de distinta índole; ya sea, falta de ética profesional, diagnósticos erróneos, negligencia médica, enfrentamientos verbales, mal trato a las familias, entre otros. Todo lo anteriormente mencionado corresponde a lo identificado por las distintas familias al momento de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción Usuaría.

El segundo problema más frecuente (4,9%), corresponde a “Pocas horas con especialistas”, es decir, las familias identifican que al momento de ser derivados por el médico de salud familiar o producto de una enfermedad específica; no existen horas de atención rápidas, debiendo esperar demasiado tiempo y muchas veces debiendo acudir a médicos especialistas fuera de Clínica Río Blanco en caso de emergencia.

El tercer problema con mayor frecuencia son las “Horas y Atención muy lentas”, (4,9%). Se puede deducir que este problema va relacionado con el problema anterior; debido a que la falta de horas de atención hace que éstas se conviertan en lentas lo que a su vez causa molestia en las familias usuarias.

El cuarto problema identificado corresponde a los “Tiempos de espera muy largos” (2,8%). Este hace referencia a que las familias deben esperar mucho tiempo en la sala de espera para poder atenderse con el profesional médico, no respetando las horas de atención previamente acordadas, por lo tanto, las familias

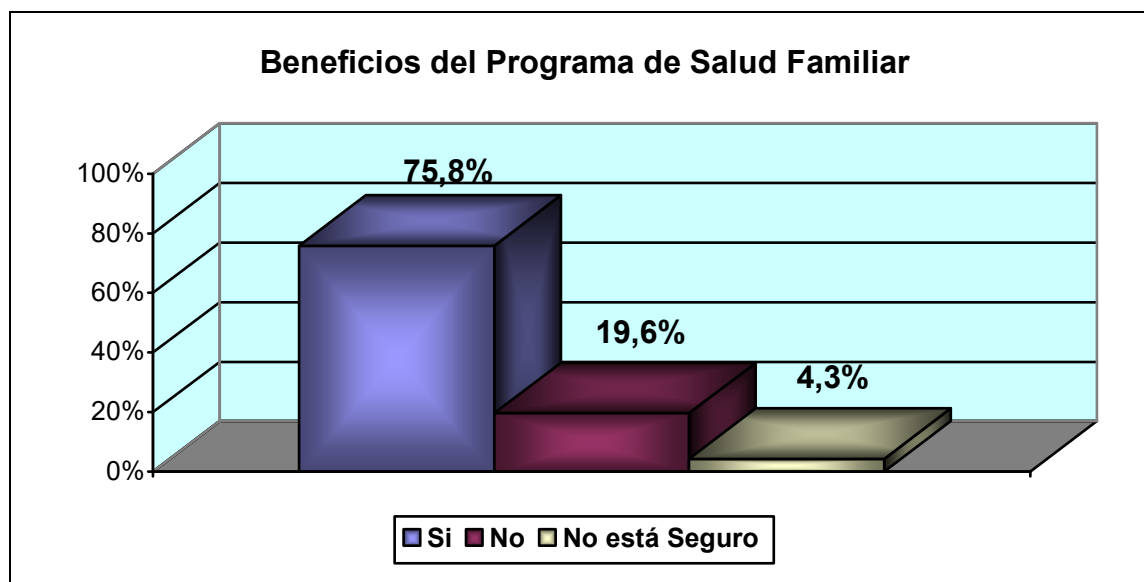
creen que no se respetan las horas de cada consulta; haciendo perder tiempo a los usuarios.

El quinto problema identificado hace referencia a la “Mala calidad de los profesionales” (2,1%) , vale decir, según lo mencionado por las familias este problema apunta a la falta de profesionalismo de algunos de estos al momento de la atención, falta de profesionales realmente capacitados y preparados respecto a sus ramas, ya que algunos profesionales recurren a Internet en presencia del paciente para poder diagnosticar y recetar; muchas veces recetando medicamentos obsoletos, Jugar con la salud del paciente; debido a que diversas familias apuntaron que profesionales juegan a diagnosticar y recetar distintos medicamentos incurriendo en diagnósticos erróneos, no dando resolutivez a las familias, entre otros.

Además de los problemas mencionados, existe una gama de problemas identificados por otra parte de estas familias que no se encuentran graficados, debido a que sus porcentajes son inferiores, pero que son reconocidos igualmente como problemas los cuales se mencionan a continuación:

Problema de trato con funcionarios de recepción, diagnósticos erróneos, apoyo en rehabilitación, no han cumplido con expectativas, tecnología deficiente, no hay seguimiento a las familias, problemas con derivación, poca disponibilidad de médicos, desconocimiento de inscripción en el programa, no cobertura de enfermedades, pérdida de exámenes, conexión de sistema computacional dentro de la clínica par recurrir a fichas, demora en exámenes, poco apoyo a niños obesos, receta de medicamentos discontinuados, registraron mal hora de atención, no hay visitas domiciliarias, infraestructura deficiente, disconformidad con calidad de atención, rotación de médicos, discriminación en atención a jubilados, desconfianza hacia en programa, y falta de información.

Beneficios del Programa de Salud Familiar:



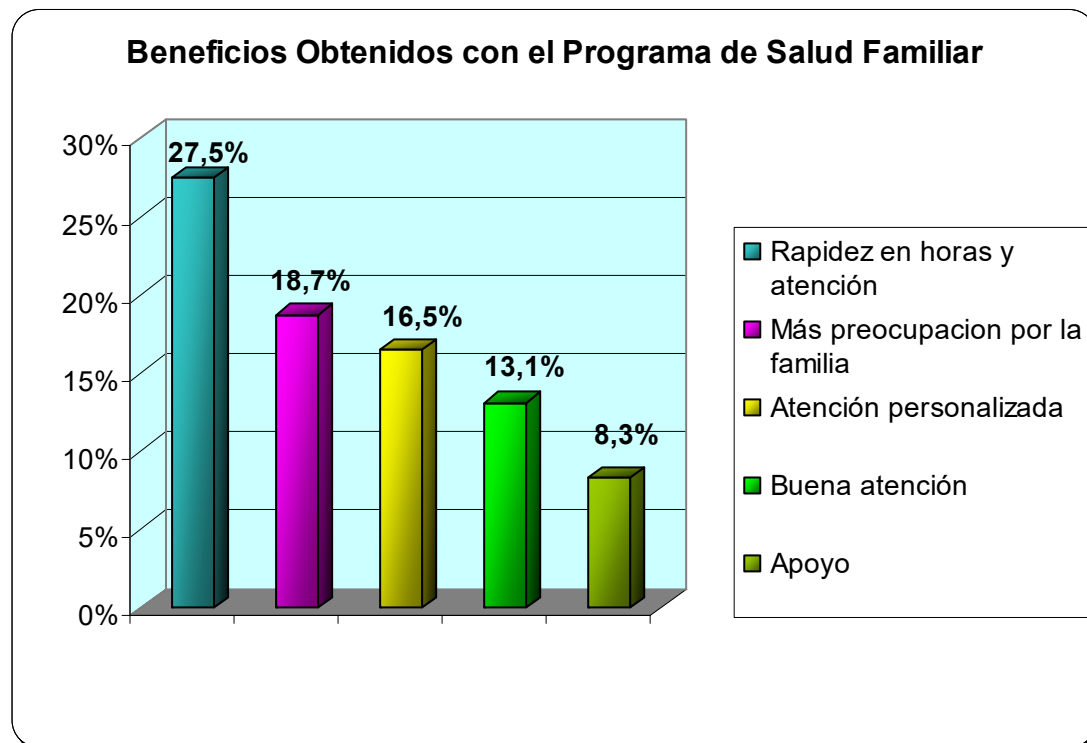
Esto se refiere a la atención y servicios de salud, entregados por el Programa de Salud Familiar a las familias inscritas en dicho programa, que logran cumplir con las expectativas de los usuarios.

El gráfico demuestra que existe un 75,8% de la población que efectivamente reconoce haber obtenido uno o más beneficios a través del programa de salud familiar. Entre los más reconocidos se encuentra la atención personalizada, rapidez en la atención, compromiso de parte del equipo de salud, preocupación y apoyo permanente, consejería individual o familiar, entre otros.

También el gráfico demuestra que un 19,6% que declara, no haber recibido ningún tipo de beneficio por parte del programa, ya que están insatisfechos con la calidad de la atención, con los servicios entregados o no se atienden en salud familiar.

Y por último existe un 4,3% de la población, que indica no estar seguro de si ha recibido o no algún beneficio de parte del Programa de Salud Familiar.

Tipo de Beneficios:



Del total de familias visitadas y que respondieron la Encuesta de Satisfacción Usuaría, se puede desprender que dentro de los beneficios que mencionaron, los cinco más recurrentes son los siguientes:

-Rapidez en la atención y en horas (27,5%): Las familias beneficiarias consideran que existe mayor rapidez al momento de conseguir una hora médica o atención, en comparación con otros servicios de Clínica Río Blanco. Es la cualidad más destacada, ya que constituye una el poder conseguir una atención en el momento oportuno y cuando la familia lo requiere, y el que exista disponibilidad es muy valorado por los usuarios.

-Preocupación por la familia (18,7%): Es el segundo beneficio más reconocido por las familias, y el motivo se da porque es una cualidad propia y que distingue del Programa de Salud Familiar. Donde los inscritos buscan una atención dirigida a todo el núcleo familiar, y sientan que la atención se diferencia del sistema tradicional.

-Atención personalizada (16,5%): El poder contar con un equipo de salud cercano, conocido por la familia, permite satisfacer necesidades que con otro tipo de atención no se dan, ya que se logra la confianza y otros aspectos para poder entregar una mejor servicio al momento de la consulta. Además, permite que entre el profesional y el usuario se establezcan las condiciones para una comunicación más directa, diagnósticos correctos y por lo tanto una consulta con mejores resultados.

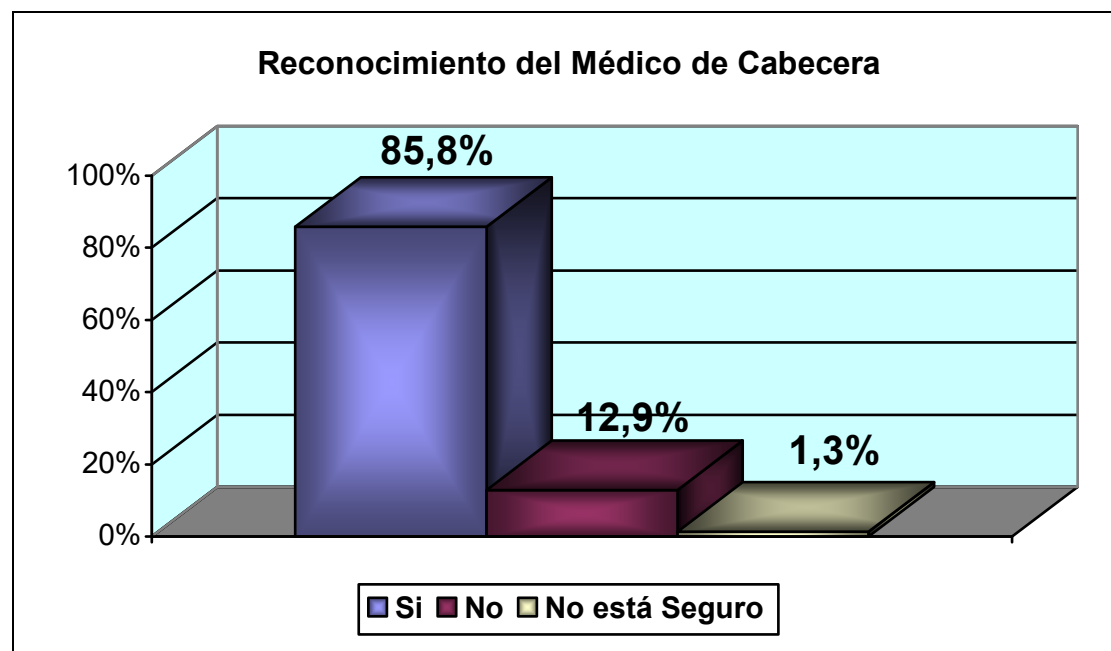
-Buena atención (13,1%): Dentro de este término se consideran aquellos aspectos tales como un servicio de calidad, cumplimiento de expectativas y otras características que permiten a los usuarios considerar satisfactorio el servicio.

-Apoyo (8,3%): Considerado como un beneficio importante, ya que en situaciones donde existen problemas, es bien valorado el poder contar con un equipo de salud que pueda prestar ayuda. En este tipo de beneficio, se encuentran diversos tipos de ayuda, algunas referidas a temas ligados al aspecto profesional, así como también otros en caso de crisis que pueda atravesar la familia. Este último, surge debido a la cercanía del equipo de salud con ciertos núcleos familiares.

Existen otros beneficios mencionados por las personas, pero se dan en menor cantidad y son los que se estipulan a continuación en orden descendente respectivamente:

Médico de cabecera, prevención en salud, buena disposición de médicos, atención integral, compromiso de médicos, consejerías, seguimiento, atención psicológica, derivaciones rápidas, apoyo nutricional en casos de obesidad, trabajo en equipo, información clara, satisfacción con atención de médico de cabecera específico, control de enfermedades crónicas y convenios para medicamentos.

Médico de cabecera:



Esta pregunta, se realizó con el fin de constatar si el paciente inscrito en el programa, participa o no de manera activa atendiéndose continuamente. Además, se busca conocer si se está cumpliendo con uno de los requisitos u/o elementos

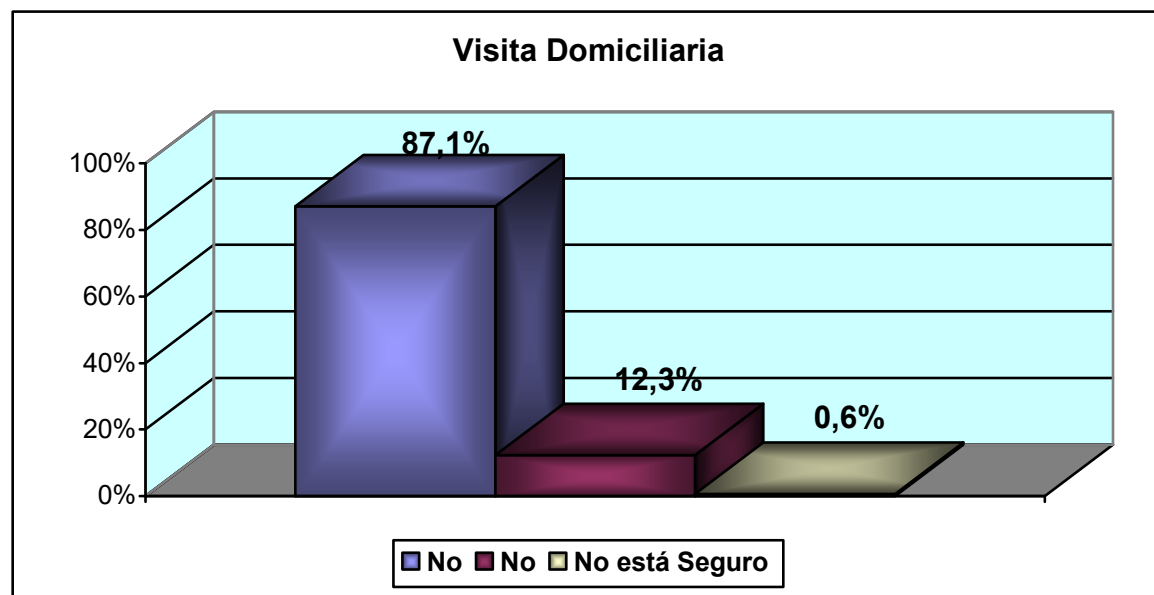
básicos que componen el modelo de salud familiar, ya que la existencia del médico de cabecera es un pilar indispensable para llevar a cabo el objetivo del programa.

Favorablemente el gráfico demuestra que existe un 85,8% de la población inscrita en el Programa de Salud Familiar, que sí identifican a su médico de cabecera ya que reconocen al menos su nombre o su apellido. Esto es un indicador positivo ya que demuestra que efectivamente el paciente se atiende de manera continua y permanente y que además el programa, efectivamente está cumpliendo con uno de los requisitos básicos del modelo que es la existencia de un médico de cabecera.

Sin embargo, el gráfico también demuestra que existe un 12,9% de usuarios que están inscritos en el programa de salud familiar que definitivamente, no conocen a su médico de cabecera, lo que refleja que éstos usuarios no se atienden de manera continua y/o permanente en salud familiar, ya que se atienden en el Centro de Especialidades u otras instituciones particulares de salud, o simplemente no estaban al tanto de estar inscritos y no hacen uso del servicio o simplemente no recuerdan el nombre o apellido de su médico.

Y por último existe un reducido segmento de la población que no esta seguro de identificar a u médico de cabecera, este valor corresponde a un 1,3% del total de inscritos.

Visita domiciliaria:



La visita domiciliaria, es un instrumento técnico utilizado por uno o más profesionales, que consiste en una visita personal al domicilio del individuo o familia, ya sea para corroborar información, conocer el contexto real del individuo,

investigar, entrevistar, etc. y preferentemente es utilizada en la profesión de trabajo social para constatar información.

Cabe mencionar, que este elemento, cumple un rol esencial en el modelo de salud familiar, ya que es imprescindible que el médico de cabecera junto con el equipo de salud, visiten a las familias pertenecientes al programa. De esta manera, se estará constatando el estado de salud del individuo y su familia, también completando datos del grupo familiar y corroborando cualquier tipo de información, pero sobre todo para detectar cualquier situación de riesgo, entre otros motivos concernientes a cada profesión.

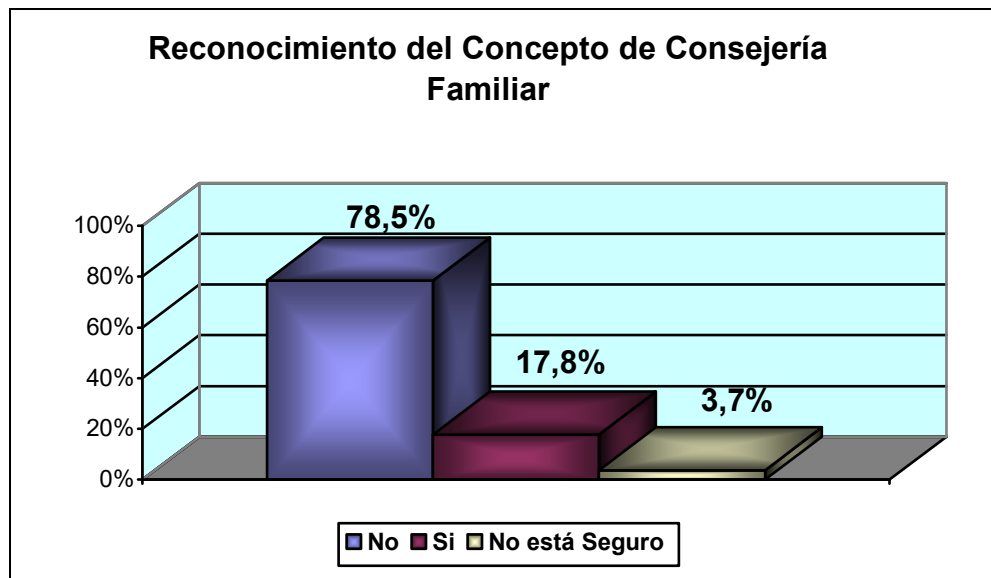
El presente gráfico, demuestra que existe un 87,1% de la población inscrita en el programa de salud familiar, que nunca han sido visitados por el equipo de salud familiar de Clínica Río Blanco. Esta es una situación compleja, ya que como se mencionó, éste es un elemento vital en el programa, pues sirve para corroborar información, conocer la situación real del individuo y familia, conocer su contexto, prevenir situaciones que pongan en riesgo el bienestar integral de la familia, pues sin estas visitas es complejo conocer esta realidad.

Por otro lado, el siguiente porcentaje, indica que un 12,3%, del total de las familias inscritas, sí han sido visitadas por el equipo de salud. Esto se debe a dos motivos; el primero de ellos es porque en un principio cuando el programa se inició, algunas familias fueron visitadas como actividad promocional de parte del equipo de salud familiar para motivarlos a participar. Y el segundo motivo se debe a que el equipo de salud familiar visita a un segmento reducido de la población que requieren ser visitados con urgencia, por encontrarse en situación de crisis o de alto riesgo, ya sea por un accidente, enfermedad grave, duelo, o cualquier otra emergencia que requiera de la presencia del equipo de salud.

Y por último existe solo un 0,6%, es decir, solo dos personas del total de la población inscrita en el programa que no están seguros de haber sido visitados.

En base a los datos entregados por el presente gráfico, esta claro que el equipo de salud, no está realizando el total de visitas domiciliarias que debiera realizar según el requisito básico de salud familiar. Esto puede deberse a distintas razones o motivos de fuerza mayor que superan el alcance del equipo de salud, aún así, se debe destacar que el equipo de salud busca la forma de adaptarse a esta situación, sujetándose a las políticas de la institución de salud y a la misma vez, busca responder con los medios que cuenta a su alcance y dentro de sus posibilidades, a los requerimientos básicos del Programa de Salud Familiar.

Consejería familiar:



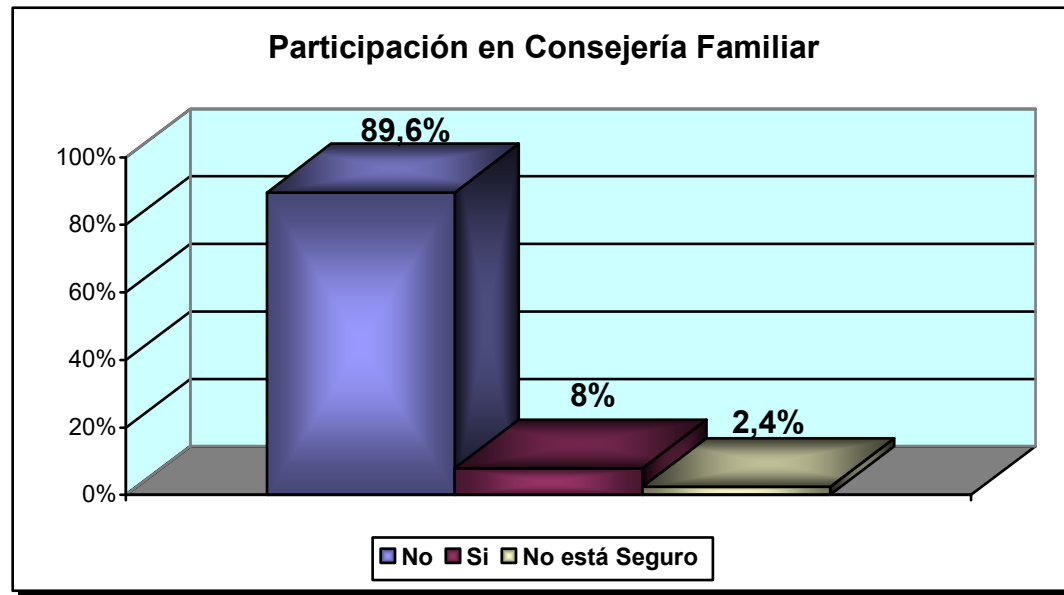
El concepto de consejería familiar, está referido a la orientación y consejo realizado por un profesional de salud familiar, a las familias pertenecientes al mismo programa, a través de algún taller, charla o de manera personal cuando sea necesario.

Cabe mencionar que la consejería familiar, al igual que las visitas domiciliarias, es un componente fundamental en el programa de salud familiar, ya que el objetivo de salud familiar es proporcionar a los beneficiarios y sus familias respectivas, salud y bienestar integral, es decir, en todas las áreas; biológica, psicológica y social.

Las cifras demuestran, que existe un alto porcentaje de de usuarios del programa (78,5%), que no conocen o no identifican este concepto, demostrado con esto, que existe una gran cantidad de desinformación con respecto al tema, ya sea porque el usuario no ha sido responsable de informarse por su parte, o también porque el programa no ha difundido la suficiente información con respecto a este tema, es decir no ha promocionado lo suficiente.

Y solo existe un 17,8% del total de la población inscrita en el programa, que efectivamente, sí conocen el significado del concepto y un reducido segmento de usuarios (3,7%), que no están seguros de conocerlo.

Participación en consejería familiar:



El presente gráfico, está referido a la participación del usuario inscrito en el Programa de Salud Familiar, en algún taller, charla u otra forma de consejería familiar.

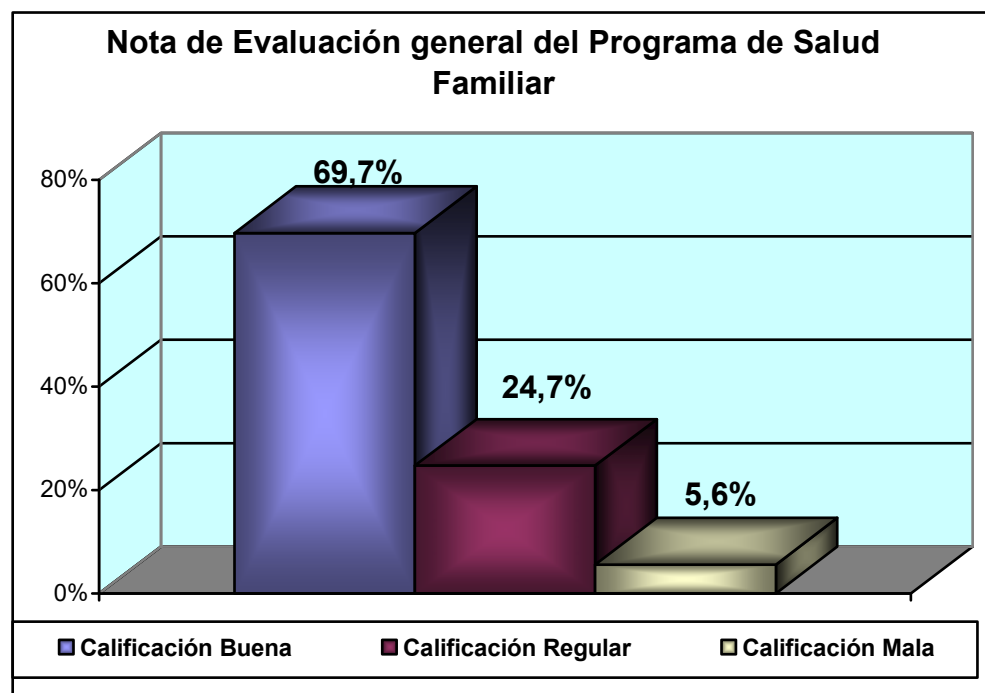
El gráfico demuestra que efectivamente existe un 89,6% de usuarios inscritos en el programa, que definitivamente nunca han participado de alguna consejería familiar efectuada por el programa de salud familiar.

Esta situación es compleja, ya que la consejería familiar, es uno de los componentes principales del modelo, puesto que a través de este elemento se esta brindando a las familias la ayuda psicoemocional necesaria a través de la orientación y consejería efectuada por los profesionales para entregarles una atención integral como es el objetivo del programa.

Y solo es un 8% de la población inscrita, que efectivamente ha participado de alguna consejería familiar y un más pequeño segmento (2,4%) que indican no estar seguros de haber participado.

Esto puede deberse a dos motivos o por la mezcla de ambos; el primero de ellos se debe a que la participación en las consejerías familiares siempre es voluntaria, por lo que solo accede un reducido segmento de la población ya que la decisión de participar siempre queda en el poder de los usuarios. Y la segunda razón, puede deberse a que las charlas o talleres no han tenido la suficiente promoción por parte del programa de salud familiar, ya que muchas veces los usuarios se quejan de estar en desconocimiento de las distintas actividades efectuadas por el programa.

Nota de evaluación general al Programa de Salud Familiar:



Esta pregunta se refiere, a la evaluación que el propio usuario efectúa desde su propia percepción, al programa de salud familiar de manera general en todas sus dimensiones. Dicha evaluación, posee una escala con valores asignados que va desde la menor puntuación de 1.0 a 3.9 donde la calificación del usuario es negativa, de 4.0 a 5.9 es regular y finalmente de 6.0 a 7.0 donde la evaluación es favorable.

El gráfico indica que existe un 69,7% del total de inscritos en el programa de salud familiar, evalúan de manera positiva el programa, ya que la asignación efectuada por los usuarios, sitúa al programa en el rango mayor de nota 6,0 a 7,0. Esta es una calificación altamente positiva donde la población se encuentra satisfecha con los servicios entregados, no han tenido mayores inconvenientes con el programa, están contentos con él, creen que la atención es de calidad y que no hay mayores sugerencias de mejoras.

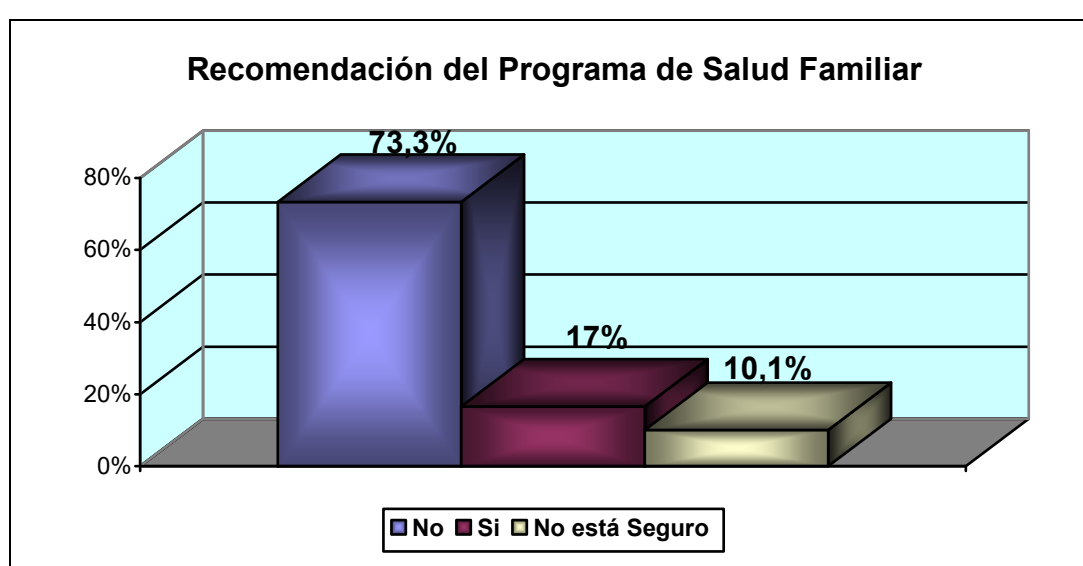
Posteriormente sigue el porcentaje se 24,7% del total de los inscritos, que sitúan al programa en el rango intermedio, donde la calificación es de 4,0 a 5,9. Aquí la mayoría de los usuarios opinan que el programa es bueno, pero que debe mejorar aún, ya que faltan recursos humanos, materiales y tecnológicos, mejorar la atención, faltan más especialistas, más horas médicas, por mencionar algunos y que cuando el programa logre mejorar estas falencias, entonces podrá entregar un servicio más óptimo y eficiente.

Y por último existe un reducido segmento correspondiente a un 5,6% que califican al programa negativamente, situándolo en el último tramo donde la nota

es de 1,0 a 3,9. Este segmento posee una percepción más negativa, ya que no están de acuerdo con él o simplemente no lo conocen, creen que el Programa de Salud Familiar, no ha cumplido con las expectativas propuestas por el equipo de salud desde un principio, más aún, no notan la diferencia entre el modelo biomédico y el biopsicosocial, es decir, entre ambas formas de atención; la clásica y la de salud familiar y tampoco ven posibilidades de mejora.

A pesar de que el mayor porcentaje se obtuvo en la categoría de Calificación Buena, al promediar las notas que los beneficiarios de Salud Familiar otorgaron a este programa, se logró llegar a un nota final de 58,1, lo que permite inferir que los beneficiarios se encuentran satisfechos con dicho programa, pero que igualmente logran identificar sus falencias, y debilidades en cuanto a la calidad de la atención, de los recursos implementados, de la disponibilidad de profesionales, entre otros aspectos.

Recomendación del Programa de Salud Familiar:



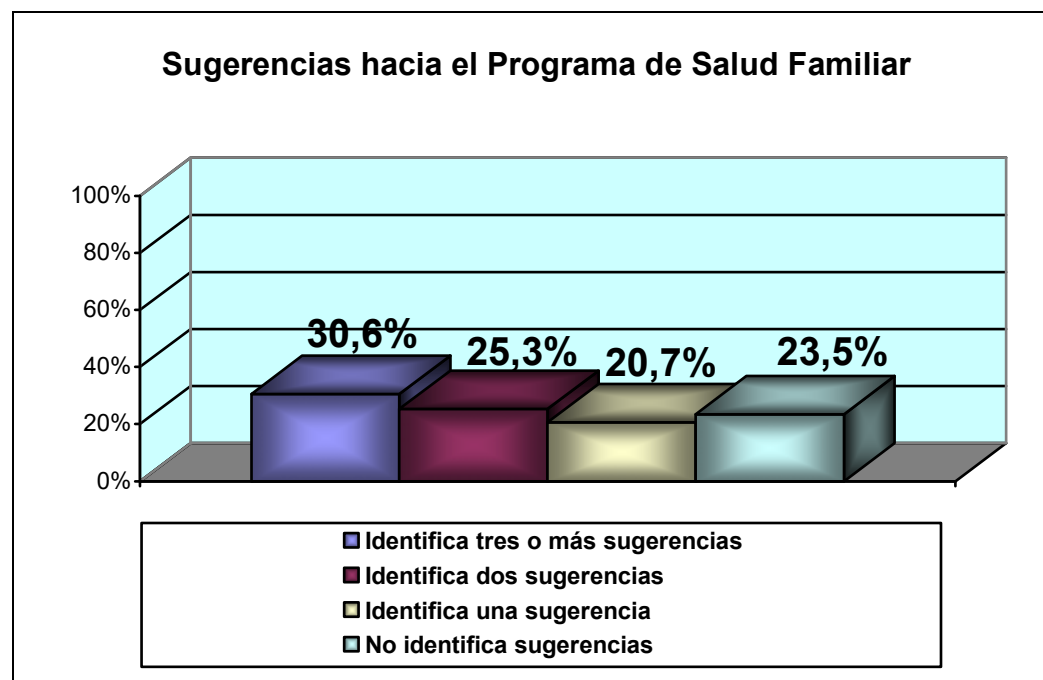
Esta pregunta está referida a que si el propio usuario recomendaría o no el programa a otros beneficiarios.

El resultado más alto (73,3%), indica que efectivamente sí recomendaría el programa a terceros. Esto significa que a pesar de las falencias o carencias de recursos que los mismos usuarios reconocen, aún así, el programa es bueno ya que posee la fortaleza de entregar una atención integral, personalizada mucho más rápida y eficiente, entre otros aspectos positivos y por tanto lo recomendarían a terceros ya que con carencias y todo, ha obtenido mejores resultados....

Existe un segundo porcentaje, bastante inferior en comparación con el primero, que opinan lo contrario a lo anterior y por lo tanto, no lo recomendarían

(16,6%). Y también existe un no menor 10,1% del total de los usuarios, que no está seguro si lo recomendaría o no, ya sea porque nunca se han atendido, no hacen uso del beneficio o no están seguros de los beneficios que el programa pueda entregar, es decir, no saben si éste pueda satisfacer o no las necesidades de salud para los recomendados.

Sugerencias:



Este punto se refiere a las sugerencias efectuadas por los usuarios inscritos con respecto al programa.

En el gráfico se presentan en diferentes rangos, que van desde el primer tramo donde el usuario no identifica ninguna sugerencia, hasta el último tramo donde efectúa tres o más sugerencias.

El tramo con porcentaje más alto (30,6%) identifica tres o más sugerencias, ya que reconoce que a pesar que el programa es bueno o están satisfechos con el servicio entregado, existen también muchos cambios y aspectos que mejorar.

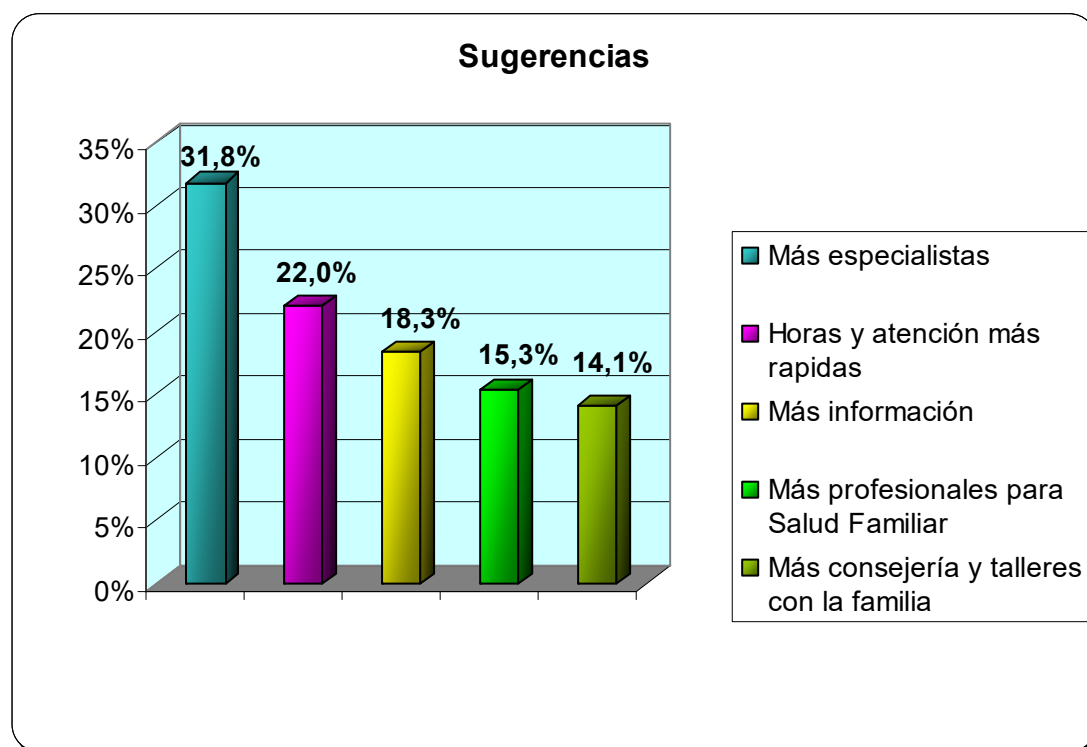
Las sugerencias son variadas pero algunas de las más recurrentes son; aumentar los recursos humanos, materiales, tecnológicos, mayor cobertura, más horas médicas, más especialistas sobre todo dermatólogos y pediatras, talleres de consejería y orientación familiar, efectuar más actividades de promoción de salud y de prevención de enfermedades, también mencionan sugerencias más particulares; que existan más información sobre silicosis, sobre depresión, consejería familiar, mejorar la atención psicológica de la clínica, entre otras.

También están los tramos de rangos intermedios que identifican dos sugerencias (25,3%) y también una sugerencia (20,7%). Cabe mencionar que

estas son similares a las mencionadas anteriormente.

Y por último, existe el tramo del total de la población inscrita en el Programa de Salud Familiar, que no identifican sugerencias (23,5%), debido a que piensan que el programa es tan eficiente que no hay nada que mejorar, o por que simplemente no conocen el programa como para sugerir mejoras.

Tipo de Sugerencias:



Un aspecto importante del estudio es que además de mencionar beneficios y problemas con respecto al Programa de Salud Familiar, también manifiestan variadas sugerencias para mejorar. Las cinco más recurrentes son:

-Más especialistas (31,8%): Es una propuesta que surge a partir de una necesidad en las familias usuarias, ya que consideran que la cantidad y tipos de especialistas, están en déficit para la población beneficiarias, por lo cual se cree que debiera aumentar para satisfacer las necesidades. Este aspecto trasciende al Programa de Salud Familiar, sin embargo, es considerado de gran importancia debido a que posterior a la atención otorgada en este programa, puede haber derivación a algún especialista, para lo cual se necesita que existan profesionales adecuados y que respondan a las necesidades de los usuarios.

-Horas y atención más rápida (22%): A pesar de que este mismo aspecto de menciona como un beneficio ya otorgado por el programa, vuelve a surgir al momento de sugerirlo, debido a que para muchos se cumple, sin embargo para otros debería mejorar aún más. Ya que se esperara que la rapidez en la atención

sea algo constante y para todos.

-Más información (18,3%): Manifestada como una idea para que las familias logren conocer a fondo aspectos del Programa de Salud Familiar, y de esta manera acercar a los usuarios, informando acerca de derechos y deberes, actividades, y todo lo relativo al programa. Muchas personas por no asistir frecuentemente a atenderse, desconocen actividades y novedades, por lo cual desean buscar una modalidad efectiva para informar a los usuarios.

-Más profesionales para salud familiar (15,3%): Debido al aumento de familias adscritas en este programa, es que manifiestan como sugerencia el aumento en los profesionales que conforman el equipo de salud familiar para poder mantener una atención personalizada y cercana a la familia, además de rapidez en las horas, entre otras.

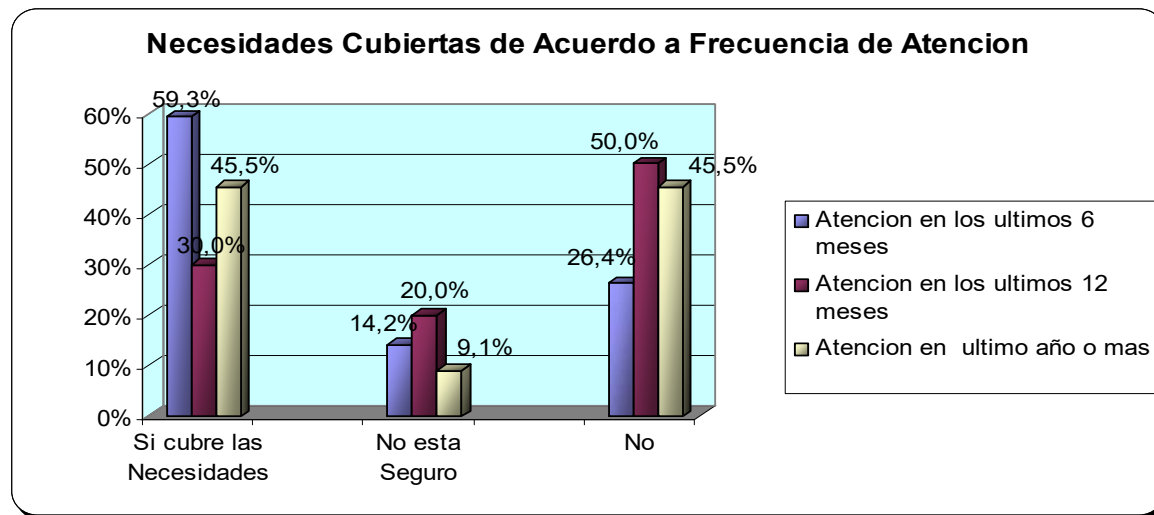
-Talleres con la familia (14,1%): Las consejerías familiares son actividades propias del programa, sin embargo, en ocasiones no son difundidas adecuadamente, por lo cual muchas personas no logran informarse de este tipo de actividades. Se sugiere que se continúe realizando este tipo de talleres, que aborden a los distintos integrantes de la familia, y que además se difundan para que todos puedan participar.

Además de las ya mencionadas, existen otras sugerencias que a continuación se nombran en orden descendiente relativo a la cantidad de veces referida por las familias:

Más tecnología, mejoras en la infraestructura, visitas domiciliarias, cercanía con la familia, mejor calidad de atención, seguimiento, puntualidad en horarios de atención, cumplimiento con las expectativas, sistema computacional conectado al interior de Clínica, flexibilidad en horario, atención personalizada, problemas de trato con funcionarios de recepción, más rapidez en las derivaciones, prevención y promoción en salud, charlas de temas específicos especialmente de silicosis, más medicamentos, más recursos económicos, mejorar atención de salud mental, conexión en red, trabajo en equipo, preocupación por los jubilados, trato igualitario a totalidad de beneficiarios, convenio para personas que tienen lejanía geográfica, permanencia en equipo de salud, motivación del equipo, dar preferencia en atención a trabajadores de CODELCO, mejor orden para otorgar horas, permanencia de médico de cabecera específico, apoyo en rehabilitación, facilidades para atenderse de forma particular, más comunicación con usuarios, podología para diabéticos, mayor libertad para dar recetas médicas, recordar horas, medicina alternativa.

**2.2.1. Correlación de variables**

Necesidades cubiertas de acuerdo a frecuencia de atención:



Este gráfico presenta la relación entre las variables; necesidades cubiertas en relación a la frecuencia de atención.

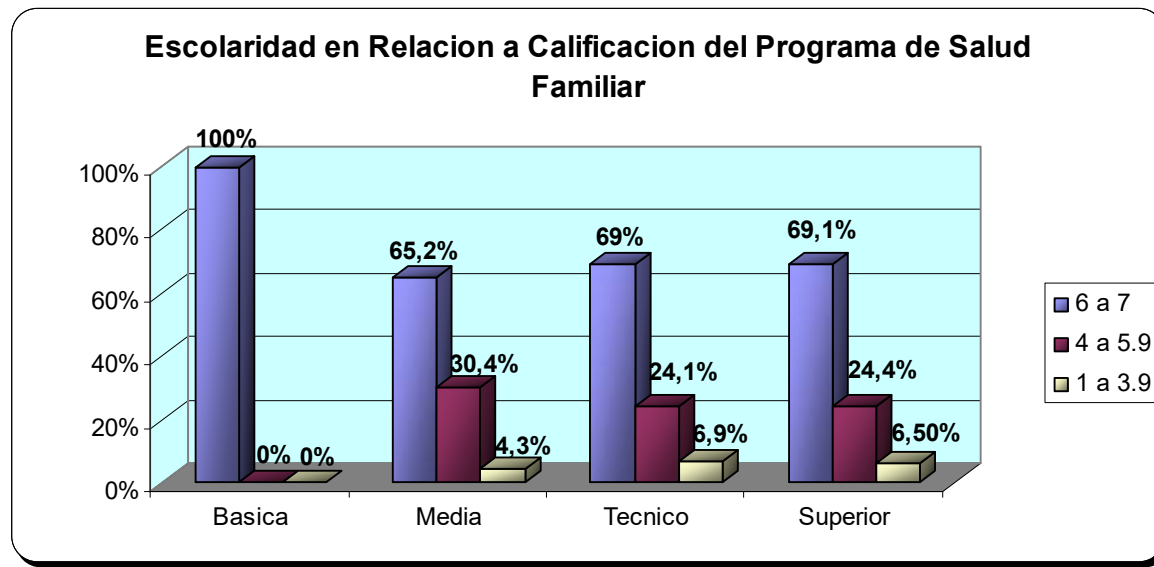
La población que reconoce que efectivamente el programa cubre sus necesidades, son las que se atienden con mayor frecuencia, es decir, se han atendido en los últimos seis meses (59,3%).

Sin embargo, existe un 50% de la población inscrita, que no creen que el programa cubre sus necesidades y que se atienden de manera menos frecuente que el rango anterior.

Con esto se demuestra que a mayor frecuencia de atención, perciben que el programa sí cubre sus necesidades. Y a la inversa, que cuando no se atienden frecuentemente, perciben que el programa no cubre sus necesidades.

Esto puede deberse, a que las personas que se atienden frecuentemente, poseen un mayor conocimiento del programa por el mayor uso que hacen de éste, por tanto conocen en un mayor grado sus derechos y los beneficios a los que puede acceder. Mientras que los que no lo usan de manera frecuente, no conocen el programa, tampoco sus derechos y beneficios por tanto perciben que el programa no cubre sus necesidades.

Escolaridad en relación a calificación del programa de salud familiar:



En el presente gráfico, manifiesta la relación entre dos variables; la escolaridad del trabajador en relación a la evaluación que efectúa del Programa de Salud Familiar.

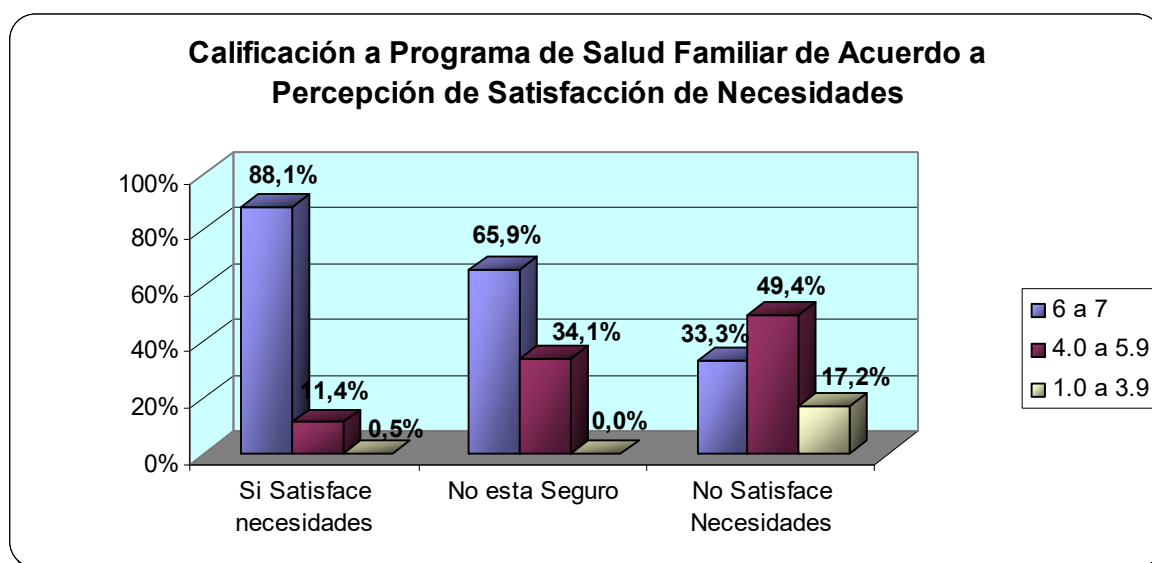
El primer segmento de la población inscrita en el Programa de Salud Familiar, que se visualiza en el gráfico, manifiesta que el 100% de los trabajadores que han cursado hasta la enseñanza básica, evalúan con nota de 6 a 7, presentando un mayor grado de conformidad.

Dentro de este mismo rango, es decir, con nota 6 a 7, existe el otro segmento de la población donde el grupo de trabajadores poseen estudios de enseñanza media, técnica y superior, disminuye y sus porcentajes varían entre un 65,2% y un 69,1% que lo evalúan con nota 6 a 7. Y también que el segmento que lo califica con nota deficiente, es decir, con nota de 1,0 a 3,9, pertenecen a los trabajadores con estudios técnicos y superiores, es decir con un nivel mayor de educación.

De estos datos se deduce que el nivel educativo, efectivamente sí afecta la percepción sobre el programa de Salud Familiar.

Ambas situaciones pueden deberse a que las personas con menos grado de educación, presentan un mayor grado de conformidad debido a su nivel de educación por tanto de conocimiento. Mientras que la persona con más educación, posee un mayor grado de conocimiento por tanto un mayor criterio para decidir, además de poseer más contactos y oportunidades a su alcance.

Calificación a Programa de Salud Familiar de acuerdo a percepción de satisfacción de necesidades:



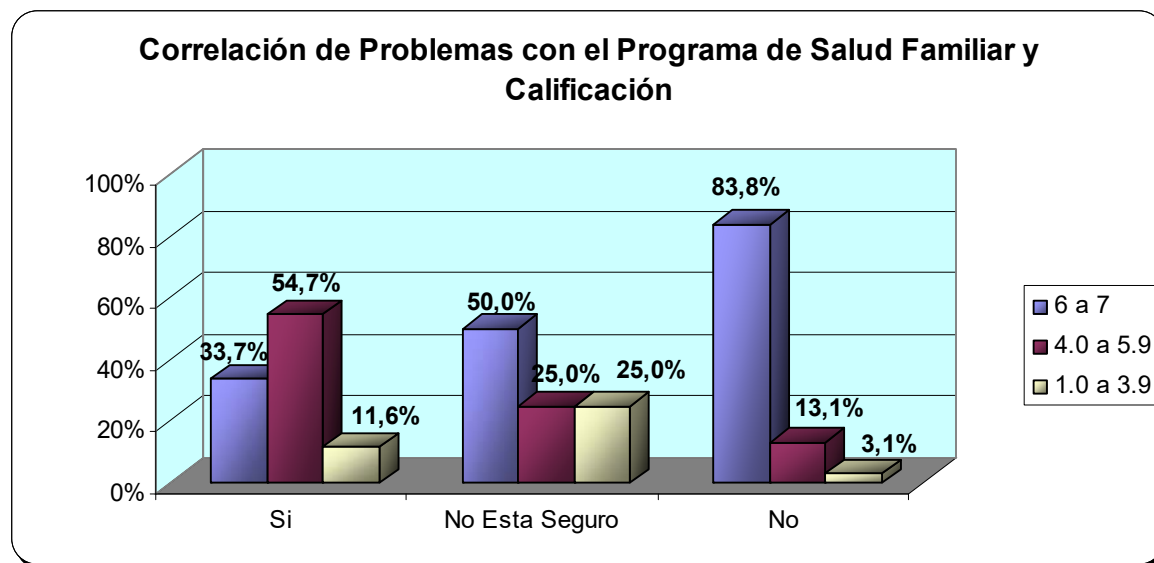
Se puede establecer que las familias que reconocen que el programa cubre sus necesidades son las familias que califican de mejor forma al programa, asignando una calificación que va desde 6 a 7, ya que el 88,1% de estas familias se encasilla en este lugar, mientras que un 1,4% de las familias que reconocen que el programa cubre sus necesidades, lo califica de forma regular, es decir, de 4 a 5,9 y por último dentro de este mismo grupo de familias sólo un 0,5% lo califica con nota mala, la cual va de 1 a 3,9.

Con respecto a las familias que reconocen no estar seguras de saber si el programa cubre sus necesidades (65,9%),le asignan al programa una calificación de 6 a 7. Un 34,1% que lo califica de regular, es decir, de 4 a 5,9. Ninguna persona lo califica mal, lo cual se mantiene la tendencia en este grupo de familias, es decir, a pesar de no estar seguros si el programa cubre sus necesidades, más de el 50% de estas familias lo califica bien; entre el rango de 6 a 7.

En el caso de las familias que reconocieron que el programa no satisfacía sus necesidades, el 33,3% lo califica entre un 6 y 7, mientras que 49,4% lo califica con nota regular, entre un 4 a 5.9 y por último 17,2% lo califica con nota mala; que va desde 1 a un 3,9.

Descrito lo anterior, es posible establecer que a mayor grado de cumplimiento de las necesidades de las familias por parte del Programa de Salud Familiar, mejor calificación para el programa: Por el contrario, las familias que reconocen el programa no satisface sus necesidades lo califica con nota deficiente.

Correlación de problemas con el Programa de Salud Familiar y calificación:



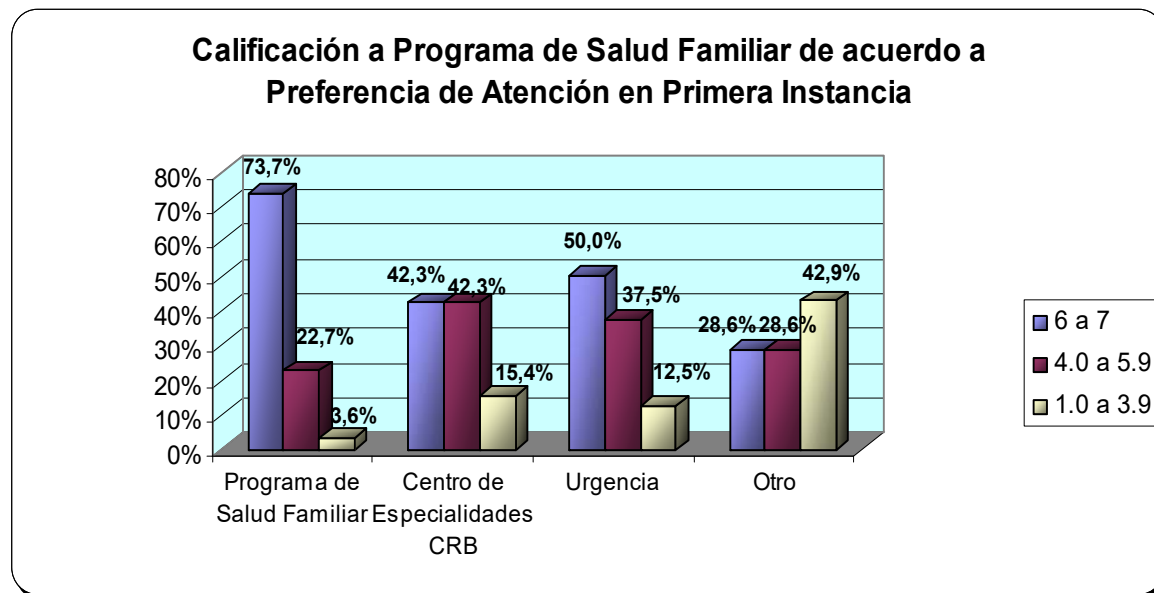
De acuerdo al gráfico anterior las familias que identificaron haber tenido en alguna oportunidad problemas con el Programa de Salud Familiar, lo califican mayoritariamente como regular (54,7%), con una nota que va desde 4 a 5,9, mientras que un 33,7% de este mismo grupo lo califica bien, con nota que va desde 6 a 7 y un 11,6% lo califica con mala nota, es decir, 1 a 3,9. Por lo tanto de acuerdo a lo anterior, las familias que han tenido problemas con el programa lo califican mayoritariamente de forma regular siguiéndole la calificación buena y por último la mala.

En relación a las familias que dicen no estar seguros de saber si el programa cubre sus necesidades, el 50,0% de estas lo califica con nota entre 6 y 7, es decir, le asignan una buena calificación, mientras que un 25% lo califica con nota entre 4 a 5,9 y por último el 25% lo califica mal con nota que va desde el 1 al 3,9. Por lo tanto, en esta ocasión al menos la mitad de estas familias califica al programa como bueno, mientras que la otra mitad se divide en dos partes, asignándole una mitad una calificación regular y otra mitad; calificación mala.

En el caso de las familias que reconocen no haber tenido problemas alguno con el programa, el 83,8% de estas califican al programa como bueno, es decir, con nota de 6 a 7, mientras que un 13,1% lo califica con nota entre 4 a 5,9 y sólo un 3,1% de estas familias lo califica mal, con nota que va desde 1 a 3,9.

Para resumir es posible afirmar que a medida que las familias tiene más problemas con el Programa de Salud Familiar, lo califican de peor forma, ya que las familias que no tienen problemas con el programa la mayoría lo califica con nota que va desde 6 a 7, invirtiéndose esta situación en la medida que aparecen los problemas.

Calificación a Programa de Salud Familiar de acuerdo a preferencia de atención de primera instancia:



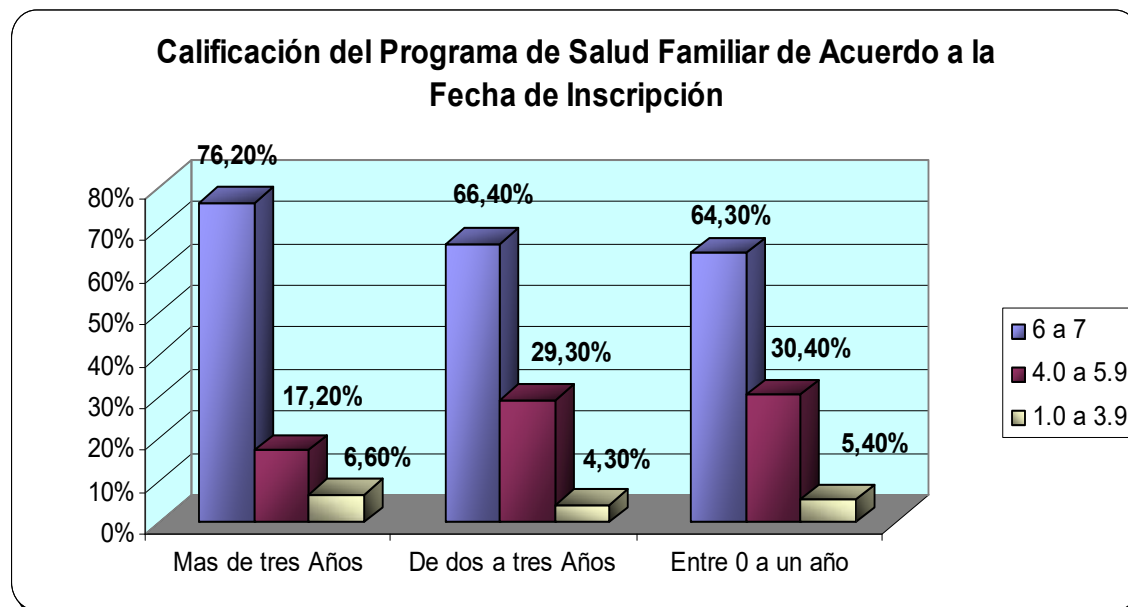
Las familias que tienen como lugar preferencial de atención al Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, son quienes lo evalúan mejor, ya que son personas que conocen mejor el programa pues hacen uso del servicio cada vez que lo requieren, lo que evidencia su conformidad al momento de volver y no escoger otro lugar para atenderse.

Las personas que escogen al Centro de Especialidades de la misma institución como preferente para atenderse, presentan dispersión al evaluar el Programa de Salud Familiar, ya que un porcentaje califica como bueno y otra cifra igual lo evalúa como regular. Esto se debe a que hay familias que escogen el Centro de Especialidades como forma de complementar el servicio entregado en Salud Familiar, así como también hay casos que definitivamente escogen las especialidades porque no están conformes con el Programa de Salud Familiar, por eso existe variedad en la evaluación, donde un grupo de 15,4% califica con mala nota a programa.

Las familias que eligen el Servicio de Urgencia de Clínica Río Blanco como forma de atención preferencial, siguen evaluando en mayoría al Programa de Salud Familiar como bueno, ya que se da que en algunos casos la decisión de acudir a Urgencia es por un tema de horario, y no por una disconformidad con el programa.

En las personas que deciden atenderse en otra institución se da una clara muestra de mala evaluación al Programa de Salud Familiar, ya que están inscritos pero no hacen uso del servicio, incluso no atendándose en ninguna de los departamentos de Clínica Río Blanco.

Calificación del Programa de Salud Familiar de acuerdo a la fecha de inscripción:



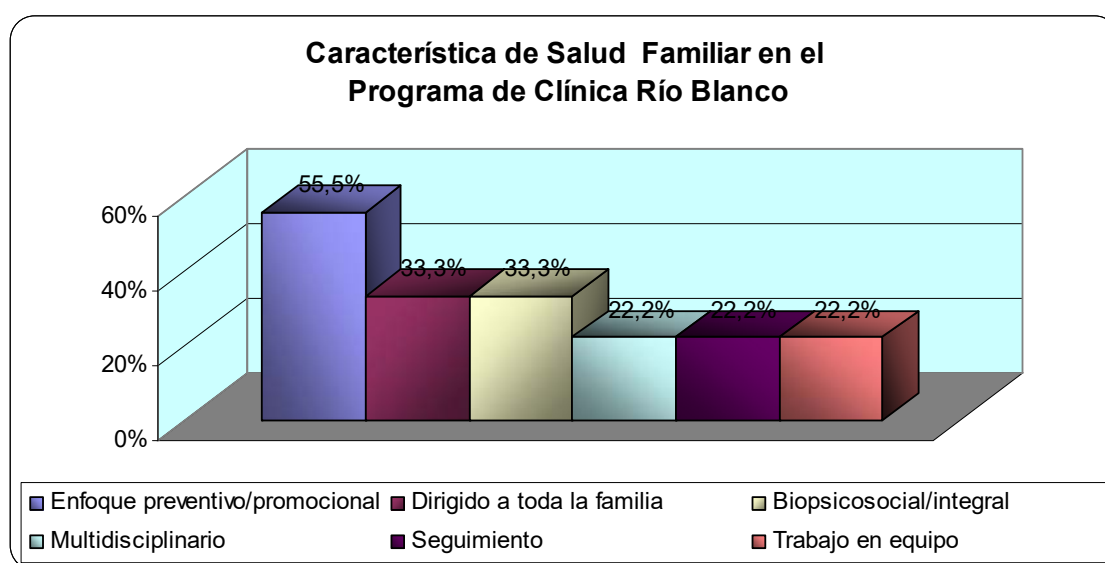
Al observar el gráfico, se evidencia que hay una relación directa entre el tiempo de inscripción y la evaluación del Programa de Salud Familiar, ya que las familias que llevan más tiempo de permanencia, evalúan con una mejor calificación al programa. Esta situación se da ya que mientras es mayor el tiempo de inscripción, hay más uso del servicio, así logrando conocer en profundidad el programa. Además es posible vivenciar distintas experiencias, permitiendo formarse una opinión clara frente al servicio.

También se puede afirmar que la calificación regular hacia el programa, se da mayormente en las familias que llevan menos tiempo de inscripción y así el porcentaje de los que evalúan con esta nota va disminuyendo en las personas con más antigüedad en el programa.

La calificación mala se da con un porcentaje bajo y similar tanto para las familias con mayor antigüedad como para aquellas más recientes.

### 2.3. Análisis de instrumento: Entrevista a Funcionarios de Clínica Río Blanco

Característica de Salud Familiar en el Programa de Clínica Río Blanco



El Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco presenta una modalidad distinta a los existentes en Centros de Salud de Atención Primaria, debido a las diferencias del tipo de usuarios, además de otras características. Sin embargo hay ciertos aspectos del Modelo de Salud Familiar que se identifican claramente en este servicio, algunas de ellas son:

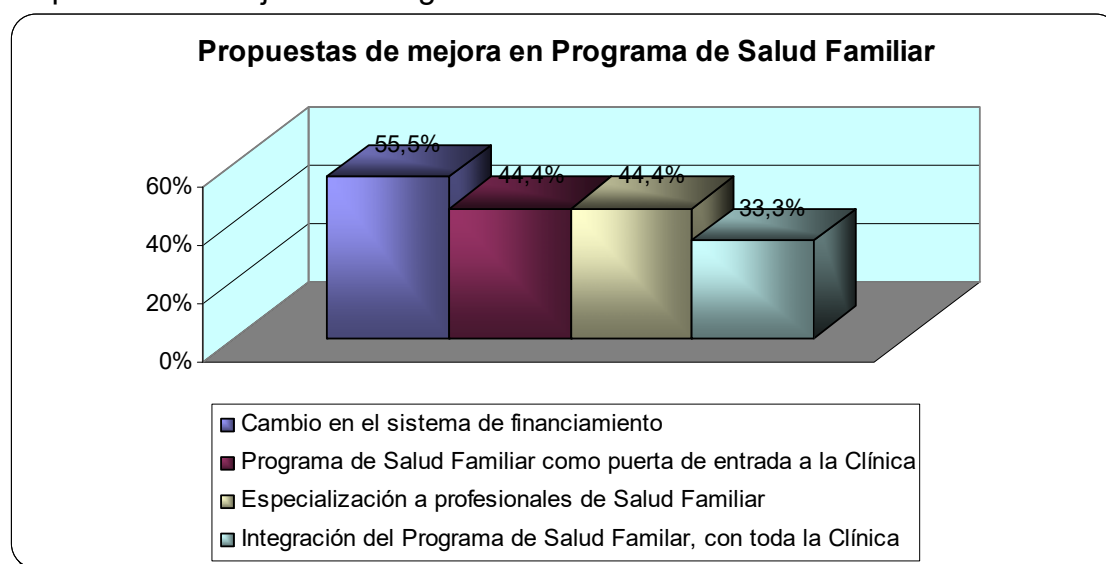
En primer lugar se reconoce que existe un enfoque preventivo y promocional, estrategias propias de esta modalidad (55,5%).

En segundo lugar hay dos características mencionadas: Enfoque dirigido a todos los integrantes de la familia (33,3%), y no sólo al individuo de manera aislada. Modelo integral y biopsicosocial (33,3%), es decir, considera diversos aspectos en la salud de los usuarios.

En un tercer lugar de características mencionadas, se encuentran: Equipo multidisciplinario de salud, seguimiento a los usuarios y trabajo en equipo. Todas con un 22,2%.

Otras nombradas en menor frecuencia son: Uso de Ficha Familiar, y atención personalizada.

Propuestas de mejora en Programa de Salud Familiar



En primer lugar los profesionales del Programa de Salud Familiar, opinan en su mayoría que se debe cambiar el sistema de financiamiento que tiene la ISAPRE Río Blanco (55,5%), ya que limita el accionar de este servicio particular, puesto que no considera como prestaciones las actividades referidas a Promoción y Prevención en salud, impidiendo desarrollar estas estrategias propias del Modelo de Salud Familiar.

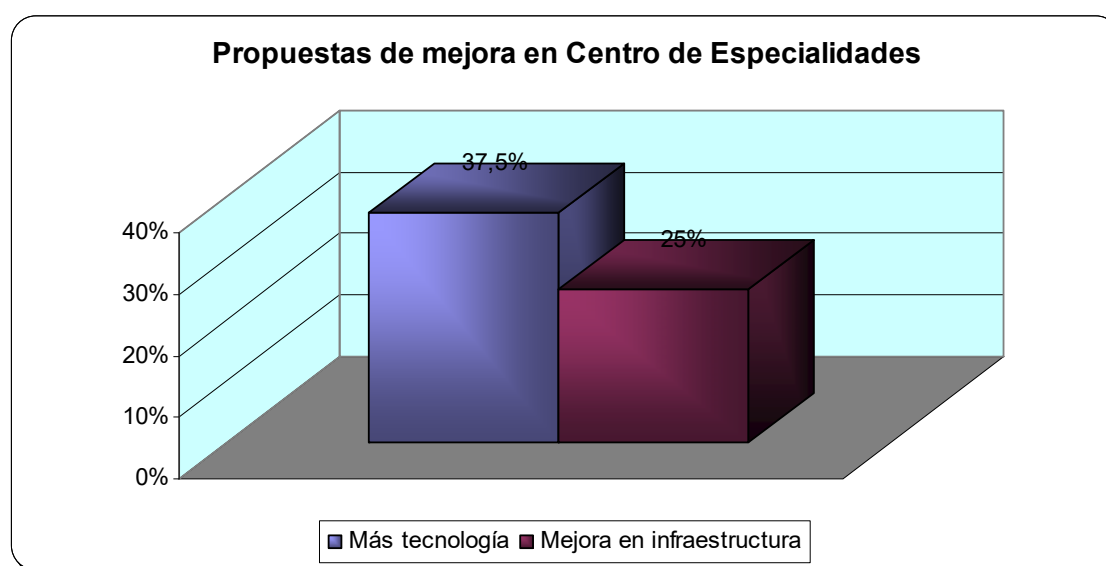
En segundo lugar se encuentran dos propuestas, ambas con un 44,4% de preferencia respectivamente: Que este programa sea la puerta de entrada a Clínica Río Blanco, es decir, que todos los usuarios se atiendan en primera instancia en Salud Familiar, y luego derivado a especialidades si es que se considera necesario. La otra propuesta mencionada con igual frecuencia es la posibilidad de especializar y capacitar a los profesionales que operan en el Programa de Salud Familiar, de manera que adquieran los conocimientos y competencias adecuadas para desempeñar satisfactoriamente su rol.

En tercer lugar se encuentra la integración de este sector con el resto de la Clínica (33,3%), así evitando el aislamiento y facilitando la retroalimentación y buena comunicación entre todos los servicios de la institución.

Otras propuestas mencionadas son las siguientes:

Que los médicos tengan formación específica de médicos de familia, para poder responder a las necesidades de los usuarios y derivar sólo cuando sea necesario, eliminar el Centro de Especialidades, contar con una infraestructura acorde a Salud Familiar, es decir, boxs amplios con diseños pensados en la familia, entre otros. Fortalecer el programa, más recursos materiales, mejorar resolutivez medica, aprovechar conocimientos de la directora que cuenta con experiencia en Atención Primaria, difundir el programa, inserción de Asistente Social, realización de Visitas Domiciliarias.

Propuestas de mejora en Centro de Especialidades:



Los profesionales pertenecientes al Centro de Especialidades, consideran en primer lugar que insertar más tecnología es una forma de mejorar su servicio (37,5%). Muchos funcionarios hacen alusión a este tema, ya que opinan que existe gran competencia en otras instituciones, por lo cual es necesario invertir en este tema para lograr una atención satisfactoria para los usuarios.

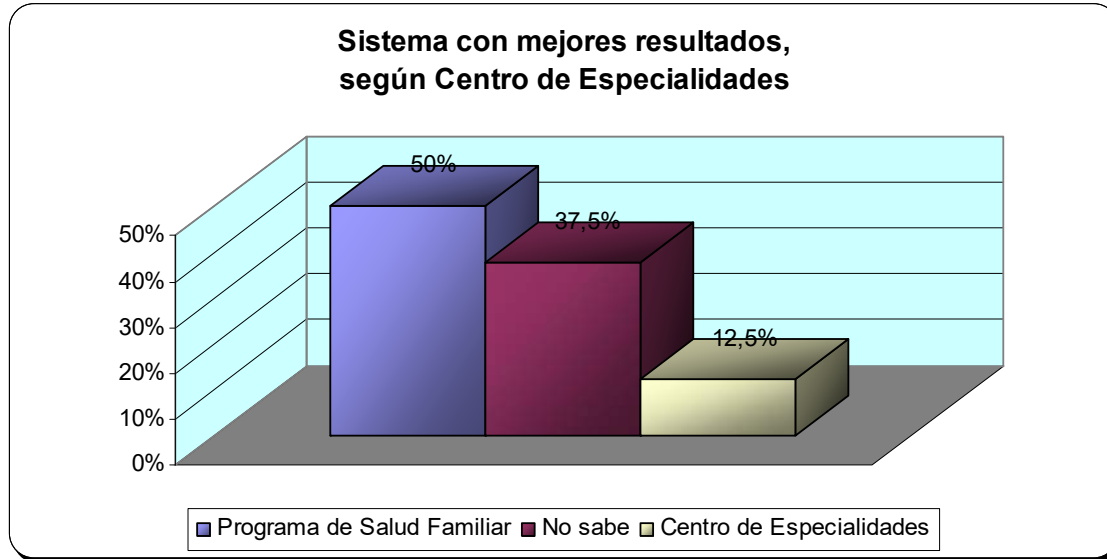
En segunda preferencia está la mejora de infraestructura (25%), ya que se considera que ha aumentado la cantidad de usuarios por lo cual es necesaria una ampliación, tanto para la comodidad de los profesionales así como para los beneficiarios.

Otras ideas mencionadas en menor frecuencia son: Comenzar por dialogar con CODELCO para saber cual es el modelo que esperan tener y así saber que es lo que como proceder, que se estructuren los planes de salud y educar al beneficiario, educación dirigida a los pacientes crónicos, estrategias nuevas para ayudar a los pacientes con ausentismo, mecanismos de retroalimentación dentro de la clínica, más especialistas tales como cirujano, fusionar ambos modelos, y hacer una buena atención primaria desde el enfoque de salud familiar, capacitación continua a los profesionales.

En comparación a la propuesta de mejora que realiza Salud Familiar con el Centro de Especialidades, se puede decir que en este último se le da mayor énfasis a aspectos materiales como forma de mejorar la atención y hacerla más adecuada, ya que con una mejor infraestructura e implementación de tecnología, es posible. En cambio en Salud Familiar, se le otorga mayor importancia a mejorar aspectos para que este programa tome mayor relevancia dentro de la clínica, como es integrándose y conectándose con los otros departamentos, que sea la

entrada a la clínica, mayor preparación en sus profesionales, y en primer lugar, la necesidad que expresan de cambiar el sistema de financiamiento que impide y limita el desarrollo de más actividades propias del modelo, que permitiría al programa alcanzar un mayor desarrollo y consolidación.

Sistema con mejores resultados según Centro de Especialidades:

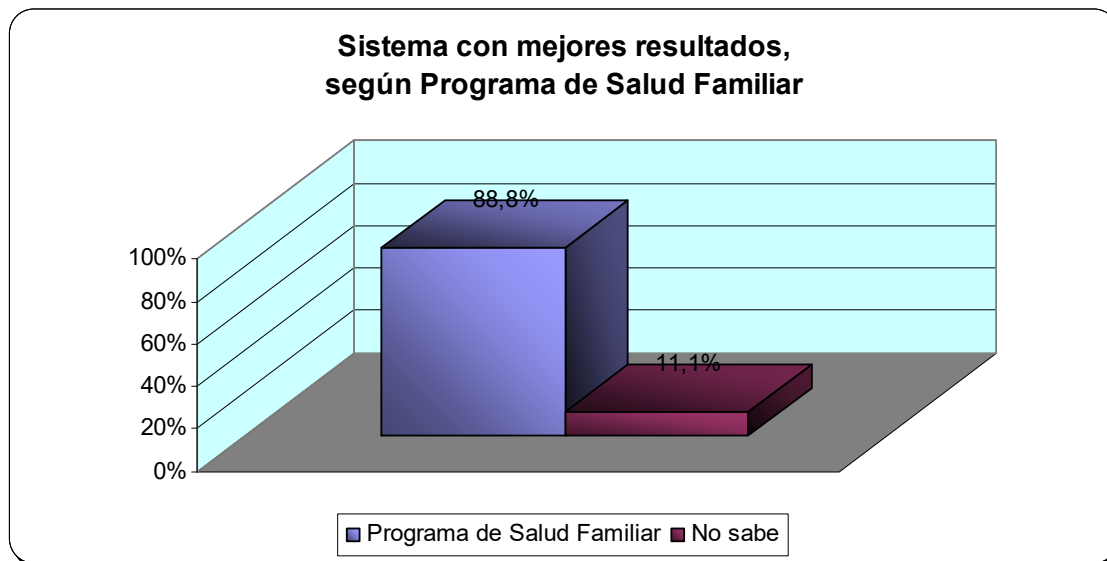


La mitad (50%) de los profesionales entrevistados pertenecientes al Centro de Especialidades, reconoce que el Programa de Salud Familiar presenta mejores resultados. Un 37,5% no sabe que responder, y es un pequeño grupo (12,5%), reconoce a su sistema como el mejor.

Los motivos de elegir a Salud Familiar y no al sistema en el cual operan se da porque consideran mayormente que en el primero se trabaja la prevención de enfermedades, esto a su vez es más rentable económicamente, es más dinámico, hay seguimiento y cercanía con las familias.

No obstante, el sector que responde a favor del Centro de Especialidades, considera que hay más recursos en este sistema, por lo cual se pueden hacer más intervenciones y mejores atenciones.

Sistema con mejores resultados según Programa de Salud Familiar



Según el gráfico, los profesionales del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, reconocen en su mayoría que el sistema en el cual operan presenta mejores resultados en los usuarios, (88,8%), sólo un 11,1% manifiesta no estar seguro de que sistema es mejor. Sin embargo cabe mencionar que ninguna persona hace referencia al Centro de Especialidades.

Dentro de los motivos más recurrentes para afirmar que el Programa de Salud Familiar tiene mejores resultados, se encuentran los siguientes en orden descendiente:

-En primer lugar el enfoque preventivo; ya que es una estrategia propia de Salud Familiar, por lo cual se le da mayor énfasis y permite disminuir enfermedades en los usuarios.

-Segundo lugar es más económico; puesto que se enfoca en promoción y prevención, se anticipa a las enfermedades.

-Tercer lugar la perspectiva integral del usuario; considera diversos aspectos que trascienden la patología.

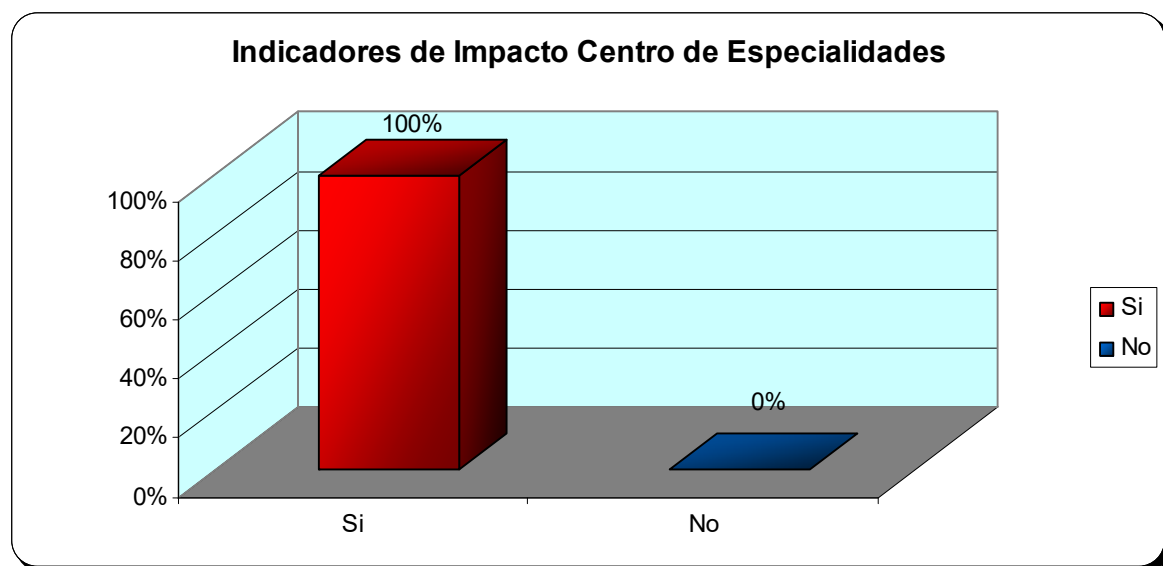
Otros mencionados en menor cantidad, pero que influyen en la respuesta son:

Considera el entorno familiar, es sostenible en el tiempo y dinámico.

Todo lo mencionado, indica que el Programa de Salud Familiar es percibido por los mismos profesionales, como un sistema más conveniente por buscar prevenir enfermedades y a su vez trabajar con menos recursos económicos. Además permite entregar una buena atención por considerar a toda la familia.

Se destaca que la mayoría de funcionarios del Centro de Salud Familiar, así como los del Programa de Salud Familiar, consideran a este programa como el que obtiene mejores resultados, ya que principalmente la cercanía con las familias es un factor influyente de manera positiva.

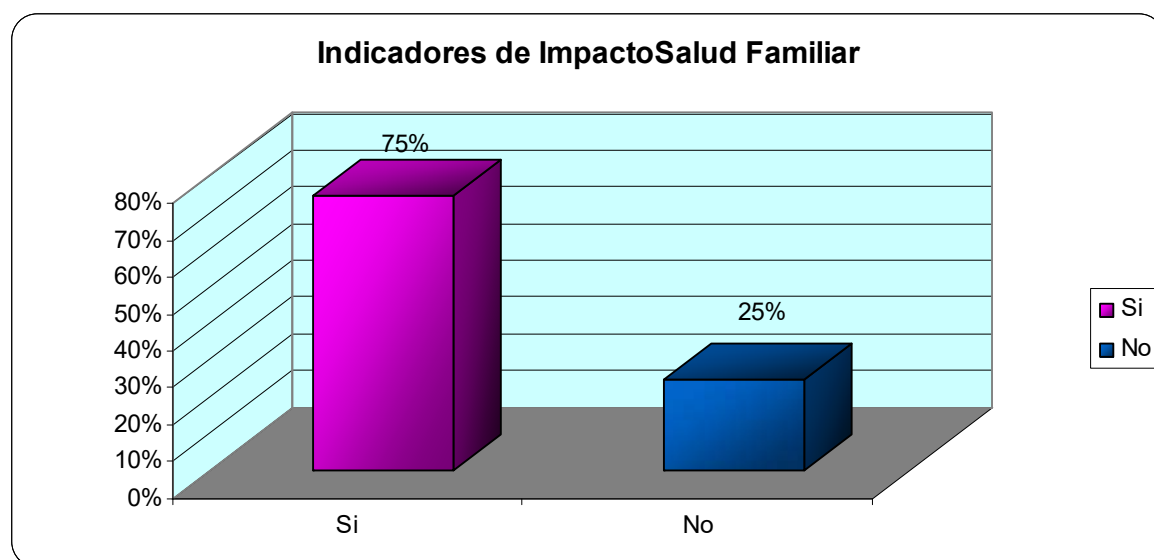
#### Indicadores de impacto en Centro de Especialidades



En las entrevistas realizadas a los funcionarios de Centro Medico, se le preguntó por la existencia de indicadores de impacto, por los cuales se puede medir la intervención realizada en el año, y del mismo modo permite planificar en base a estos resultados, la planificación del año siguiente.

De esta forma se puede observar la que la totalidad de los entrevistados respondieron que sí existen los indicadores de impacto en Centro Medico, de los cuales el 77,8% nombró los indicadores de impacto impuestos a nivel nacional, a través del Ministerio de Salud. Por su parte el 22,2% nombró parámetros relacionados con el trabajador y sus ausentismo y accidentabilidad laboral.

Indicadores de impacto en Programa de Salud Familiar:



Al igual que en las entrevistas realizadas a los funcionarios de Centro Medico, en las entrevistas realizadas a los funcionarios de Salud Familiar, se le pregunto por los indicadores de impacto, a través de los cuales se puede medir la intervención realizada en el año, y del mismo modo permite planificar en base a estos resultados, la planificación del año siguiente.

De esta forma se puede observar que la mayoría de los entrevistados reconoció estos indicadores de los cuales pudo un 62,5% nombró los indicadores que impone el Ministerios de Salud, como un parámetro para evaluar los resultados con los índices a nivel nacional.

Por su parte un 12,5% de los entrevistados reconoció que existen indicadores por consulta medica, es decir, por números de atención.

Del mismo modo un 12,5% identifica indicadores basados en encuestas de satisfacción, refiriéndose a la opinión del usuario acerca del programa como parámetro para intervenir durante el año.

Y también esta misma cifra (12,5%) reconoce que el Programa de Salud Familiar se basa en indicadores de impacto de factores de riesgo y protectores biopsicosociales, este punto es importante, ya que este indicador sería utilizado solo por el área de Salud Familiar, como parte de sus fundamentos teóricos.

A modo de conclusión se puede destacar la importancia de los indicadores de impacto, ya que sin estos la intervención anual puede ser errónea, y las gestiones realizadas como clínica puede no dar los resultados esperados. Debido a esto es importante a la vez, que los funcionarios que trabajan al interior de la Clínica, conozcan estos resultados, de manera homogénea, para poder orientar las gestiones de acuerdo a cada sector, en este caso Centro Médico y Salud Familiar.

De esta forma es importante destacar que la totalidad de los entrevistados de Centro Medico reconoció estos indicadores, no así en Salud Familiar, ya que un 25% dice no conocer estos indicadores, punto importante ya que, por lo mencionado anteriormente, no conocen los parámetros por los cuales se guía la clínica para la intervención anual, y del mismo modo, no conocen los parámetros que se guía el propio Programa de Salud Familiar.

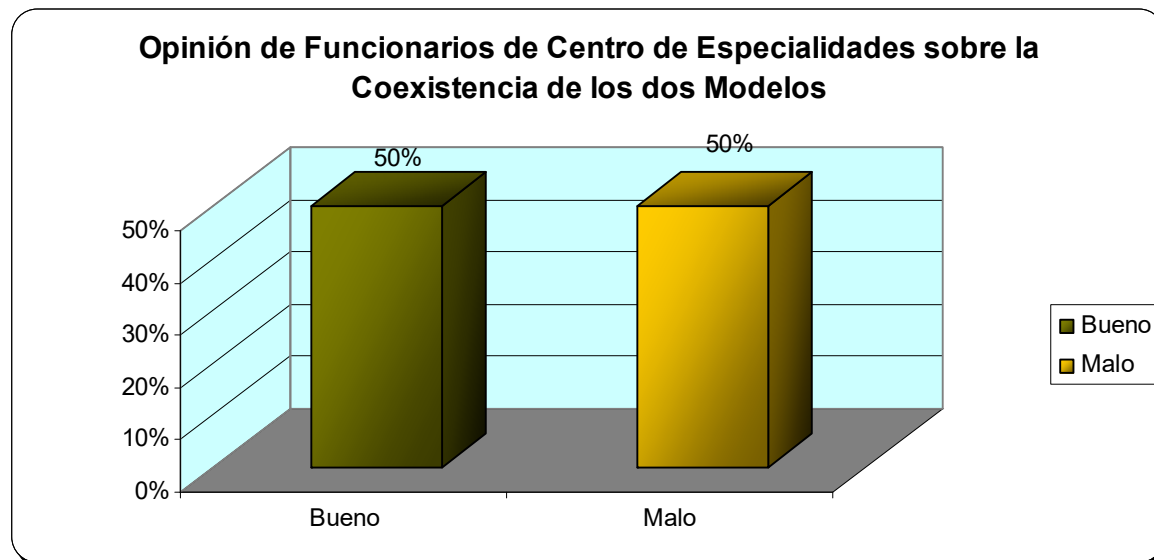
Por otra parte, ambos identifican los indicadores que se miden a nivel nacional en sector salud, establecidos por el Ministerio de Salud entre los que se puede nombrar los siguientes:

- Esperanza de vida al nacer
- Tasa de natalidad
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad infantil
- Mortalidad en la Niñez
- Mortalidad en Adultos
- Mortalidad en Adultos Mayores
- Indicadores de Morbilidad
- Prevalencia de mal nutrición en población bajo control en establecimientos del Servicio Nacional de Salud
- Partos normales, distócicos vaginales, cesáreas y abortos
- Entre otros (Biblioteca de Congreso Nacional de Chile, 2004)

Por ultimo se debe señalar que Salud Familiar, como un programa con orientaciones teóricas distintas a las de Centro Medico, tiene sus propios

parámetros, como por ejemplo los indicados por el 12,5%. En base a lo anterior hay que destacar la importancia de este punto, a pesar de que ambos programas coexisten al interior de la misma Clínica, estos se diferencian al momento de atender a sus pacientes, por lo mismo se hace necesario que ambos tengan sus propios indicadores para poder medir su gestión anual, y planificar en base a estos la intervención.

Opinión de funcionarios de Centro de Especialidades sobre la coexistencia de los dos modelos:



Al realizar la entrevista a los funcionarios de Centro Medico se les pregunto la opinión sobre la coexistencia de los dos modelos, biomédico y salud familiar, al interior de la Clínica. Al revisar las respuestas se pudo categorizar entre bueno y malo, en donde un 50% reconoce que es malo que exista una coexistencia de modelos, y por su parte un 50% reconoce que esta coexistencia es buena.

Dentro de los motivos que fueron expuestos por los funcionarios que reconocieron que la coexistencia era mala, se pueden destacar los siguientes:

“Ambos modelos son incompatibles”

“Salud Familiar es transitorio”

“No han aprendido a relacionarse, no existe comunicación entre los dos”

“Al haber dos modelos no se potencia ninguno”

“Ambos tienen malos resultados”

“El paciente de Salud Familiar no conoce sus deberes, y ocupa los dos sistemas a la vez”

Como se puede observar, la comunicación entre los dos modelos es deficiente, por lo mismo interacción entre estos no se da con frecuencia, debido a lo anterior se pueden cometer errores de diagnóstico, o de entrega de

medicamentos, por no existir una ficha medica compartida y única por paciente o familia.

Por su parte es importante mencionar que al no definir un solo modelo, los propios funcionarios de Centro medico reconocen que no se obtiene los resultados esperados en ambas partes.

Y por ultimo es importante mencionar que el sistema de libre elección, donde el paciente puede elegir donde atenderse, y autoderivarse es reconocido como negativo para la coexistencia de los dos modelos.

A su vez el otro 50% de los funcionarios entrevistados reconocieron como positiva la coexistencia de los dos modelos, entre los motivos que se pueden destacar se encuentran los siguientes:

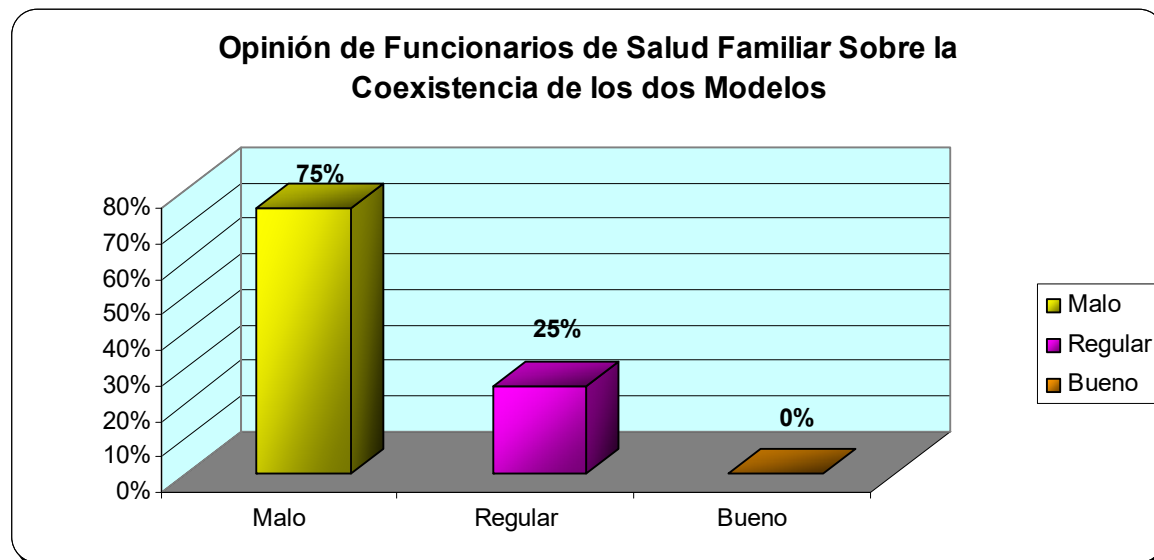
“Salud Familiar lleva el control preventivo y especialidades se preocupa de prestaciones establecidas”

“Salud Familiar realiza las atenciones que especialidades no hace”

“Salud Familiar realiza la promoción y la prevención”

Como se puede observar, es reconocido como positivo por los funcionarios de Centro medico, ya que este programa entrega los servicios que Especialidades no contempla dentro de su plan anual, pero para que esto funcione, es importante la comunicación entre ambos modelos, ya que sin esta no se podrá lograr los resultados esperados.

Opinión de funcionarios de Salud Familiar sobre la coexistencia de los dos modelos:



Al realizar la entrevista a los funcionarios de Salud Familiar se les pregunto la opinión sobre la coexistencia de los dos modelos, biomédico y salud familiar, al

interior de la clínica. Al revisar las respuestas se pudo categorizar entre bueno, malo y regular, en donde un 75% reconoce que es malo que exista una coexistencia de modelos, mientras que un 25% reconoce que esta coexistencia es regular. Además no se logro obtener respuestas que identificaran como buena la coexistencia de los dos modelos.

Dentro de los motivos que fueron expuestos por los funcionarios que reconocieron que la coexistencia era mala, se pueden destacar los siguientes:

“La existencia de un Modelo paralelo de libre elección permite que el paciente se autoderive”

“Salud Familiar es mas completo”

“Son incompatibles los dos modelos”

Como se puede observar se identifica la incompatibilidad de estos modelos, y como punto perjudicial el sistema de libre elección de los pacientes.

Por su parte se reconoce al Programa de Salud Familiar como mas completo que Centro de Especialidades, ya que entrega una atención integral a la familia.

Por su parte un 25% reconoce que la coexistencia es regular, entre los motivos se pueden destacar los siguientes:

“Sirve para poder comparar”

“Sirve para lograr una definición a largo plazo”

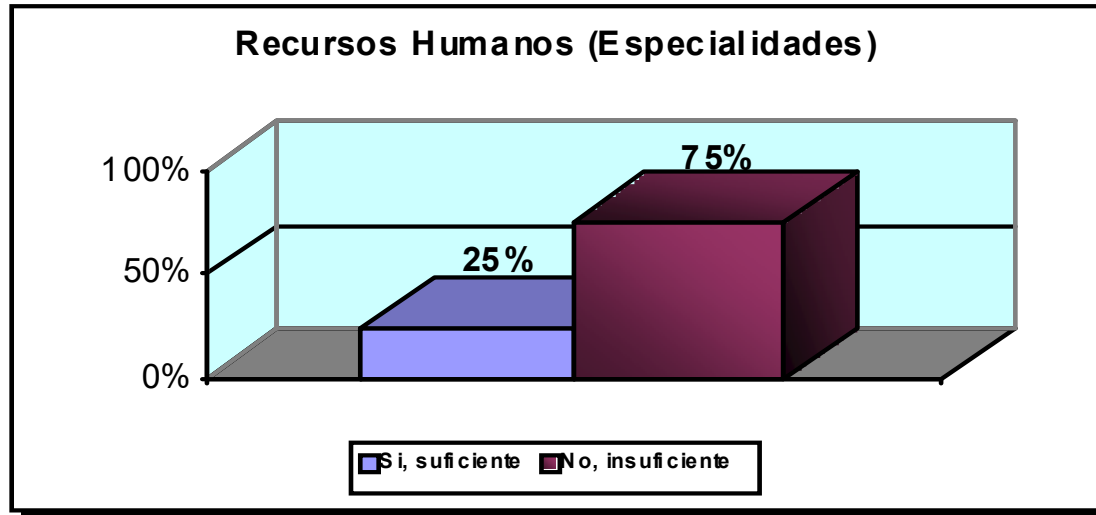
Se logra destacar la posibilidad de comparar los modelos, debido a la coexistencia al interior de la clínica, esto con el fin de obtener una definición más a largo plazo. Debido a esto es que estas opiniones fueron categorizadas como regular, ya que no se refieren a la coexistencia como algo beneficioso que se debe mantener en el tiempo, sino que se ve como una situación que debe cambiar en un tiempo determinado.

Al comparar ambos las opiniones de ambos modelos se obtiene que Centro Medico tiene más respuestas favorables acerca de la coexistencia, e identifica la comunicación como algo esencial en el buen funcionamiento de ambos modelos. Debido a esto se puede afirmar que si logran complementarse debidamente resultados obtenidos en ambos modelos serán más favorables.

Por su parte la mayoría de los funcionarios de Salud Familiar y el 50% de los funcionarios entrevistados de Centro Medico, reconocen como negativa la coexistencia de ambos modelos, coincidiendo en que estos no son compatibles entre si, siendo uno excluyente del otro. Como se puede observar, no reconocen la posibilidad de coexistir de manera satisfactoria a través de la comunicación y

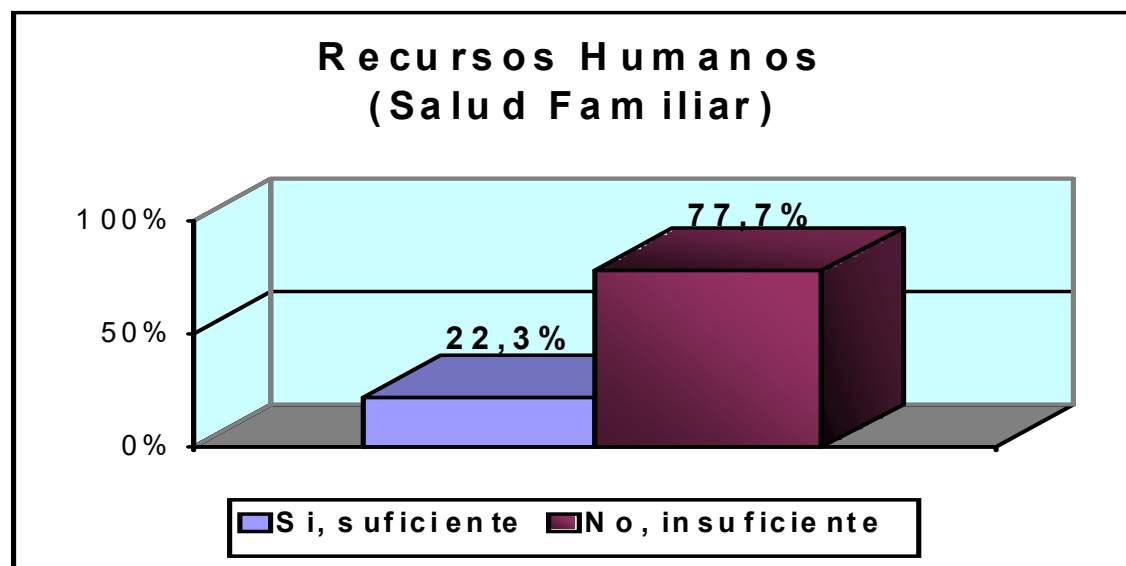
retroalimentación entre ambos modelos.

Recursos humanos en Centro de Especialidades:



De acuerdo a lo observado en el gráfico anterior, el 75% de los profesionales entrevistados del Centro Médico de Especialidades de Clínica Río Blanco, reconocen que los recursos humanos no son suficientes para atender a los usuarios, mientras que sólo un 25% de los entrevistados reconoce que los recursos humanos para la atención de público; es la cantidad adecuada. No obstante, las sugerencias de los profesionales que no se encontraban a gusto con la cantidad de personas trabajando en su sector, apuntaban directamente a la contratación de mayor cantidad de profesionales médicos, específicamente de las ramas de la especialidades médicas para poder cubrir todas las enfermedades en la clínica sin tener que derivar a otra institución y que hoy en día no se están cubriendo.

Recursos humanos en Programa de Salud Familiar:

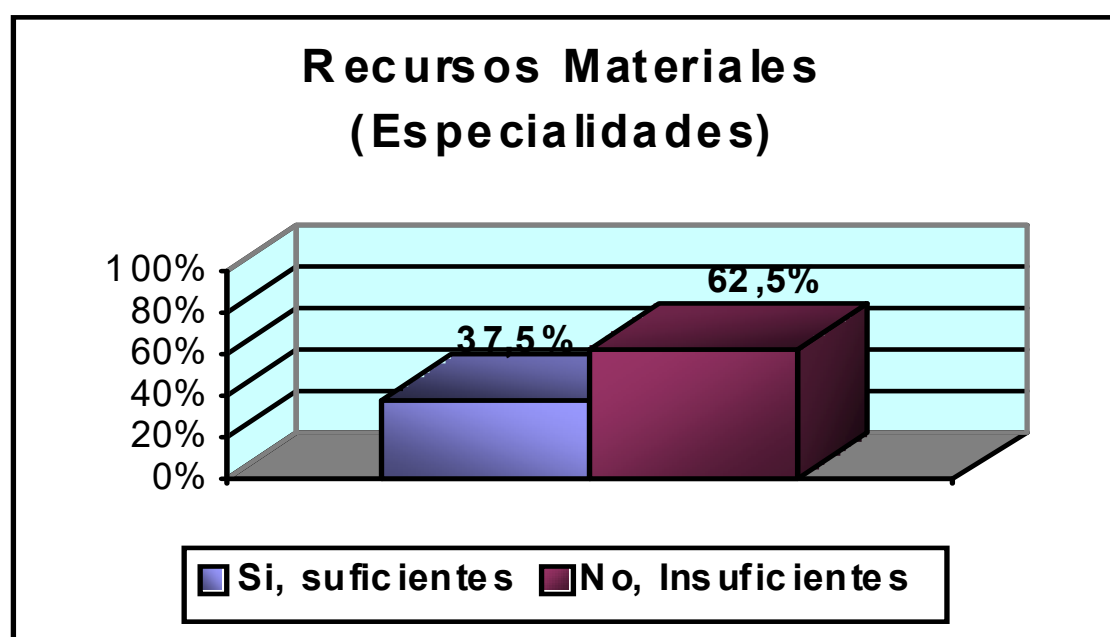


Respecto al gráfico anterior, el 77,7% de los profesionales de Salud Familiar entrevistados, reconocen que los recursos humanos no son los suficientes para dar una atención de acuerdo a los lineamientos del modelo, lo cual se refleja en una mala calidad de la atención, mientras que un 22,3% de los entrevistados cree que los recursos humanos con los que cuenta el modelo de salud familiar; es la cantidad adecuada.

Descrito lo anterior; los profesionales que se encuentran disconformes con la cantidad de personas trabajando para el modelo, plantean principalmente la idea de contratar más auxiliares paramédicos, más profesionales para crear otro equipo multidisciplinario, enfermeras, personal administrativo, psicólogo infantil y psicólogo infante adolescente.

Con respecto a la satisfacción del recurso humano, los entrevistados en el Modelo de Salud Familiar y el Centro de Especialidades se puede concluir que en los dos casos se da una situación similar; debido a que los porcentajes son muy parecidos entre si, con una diferencia ínfima y sólo un porcentaje muy bajo considera suficiente la cantidad de personas para atender a los usuarios, En este sentido los profesionales plantean la misma solución para mejorar el problema, el cual es la contratación de más personal.

Recursos materiales en Centro de Especialidades:

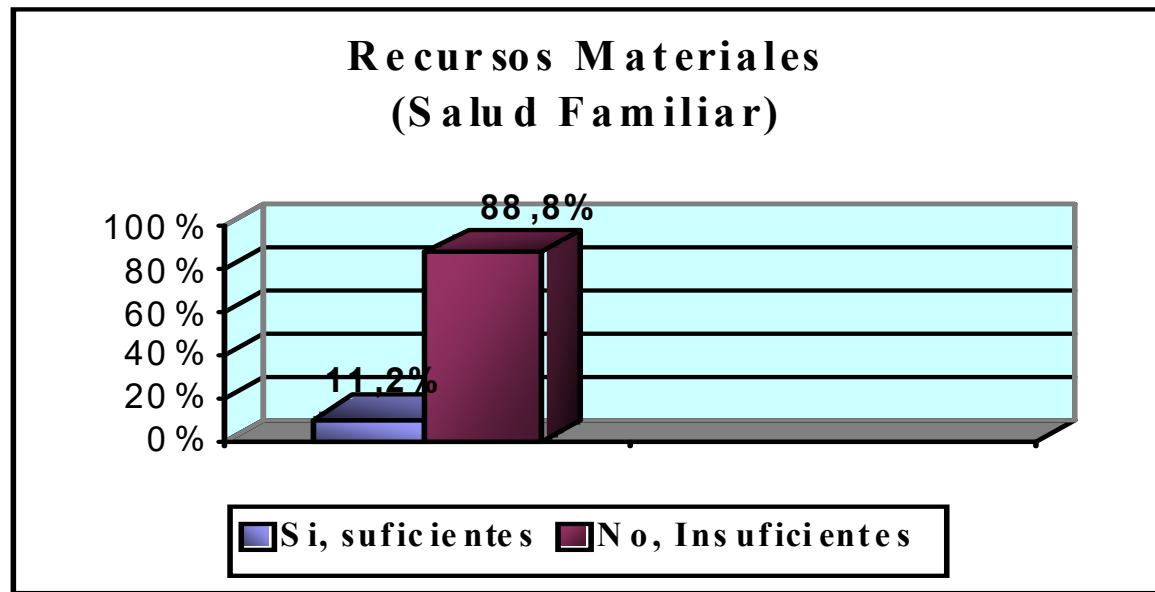


Respecto a la información recaba con la aplicación de las entrevistas, el 62,5% de los profesionales médicos del Centro de Especialidades de Clínica Río Blanco, no se encuentra satisfecho con los recursos materiales disponibles en la institución, considerando que esto no les permite brindar una atención de calidad

y eficiente a los usuarios. Por otro lado el 37,5% de los entrevistados considera que los recursos materiales son los adecuados y que nos es necesario mejorar este aspecto.

Dentro de las recomendaciones de las personas que están conforme con los recursos materiales disponibles, se encontraba en primer lugar la implementación de tecnología para poder realizar todo tipo de exámenes, sin importar lo complicado que sean, además de mejorar la infraestructura debido a que consideran que la clínica ya no es espaciosa en consideración a la demanda que tiene día a día.

Recursos materiales en Programa de Salud Familiar:



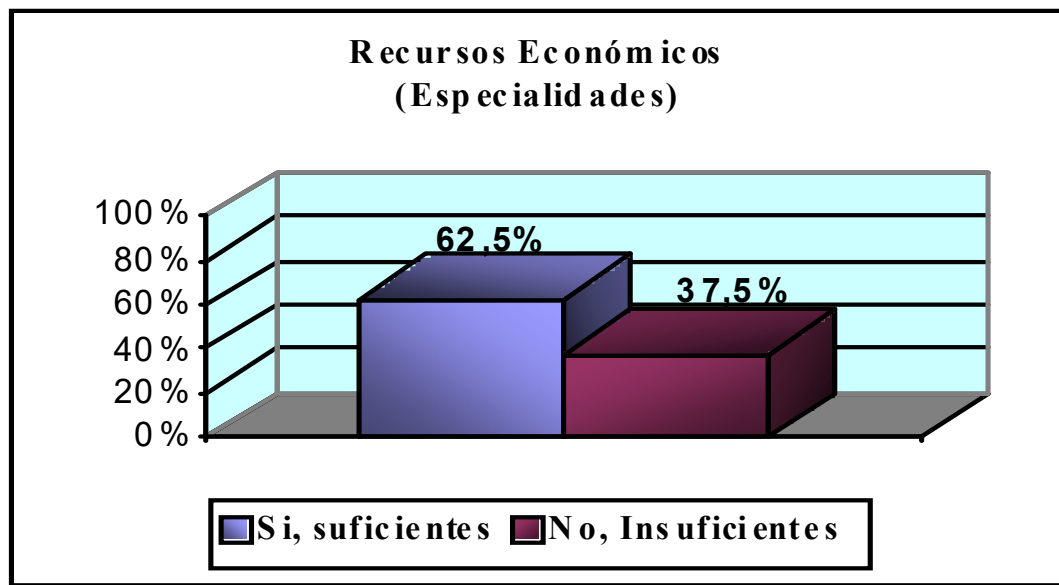
Respecto a los recursos materiales disponibles dentro del Modelo de Salud Familiar para dar atención a las familias, el 88,8% de los profesionales entrevistados del mismo modelo consideran que estos no son suficientes, mientras que un 11,2% considera que los recursos materiales son los adecuados.

Cabe destacar que según lo recabado en la totalidad de entrevistas realizadas a personal de Salud familiar, el recurso más demandado que debe ser mejorado, es la Infraestructura ya que estas personas afirman que no poseen box de atención para todos los profesionales, debiendo trasladarse de un lado a otro para poder atender a sus pacientes. Además de esto; consideran muy pequeño el espacio asignado a salud familiar. Por lo tanto, apuntan hacia la propuesta de mejorar la infraestructura del sector de Salud Familiar.

Revisados ya los gráficos es posible concluir que respecto a la satisfacción con los recursos materiales, tanto salud familiar como el centro de especialidades se encuentra mayormente en disconformidad con este tipo de recursos. Además

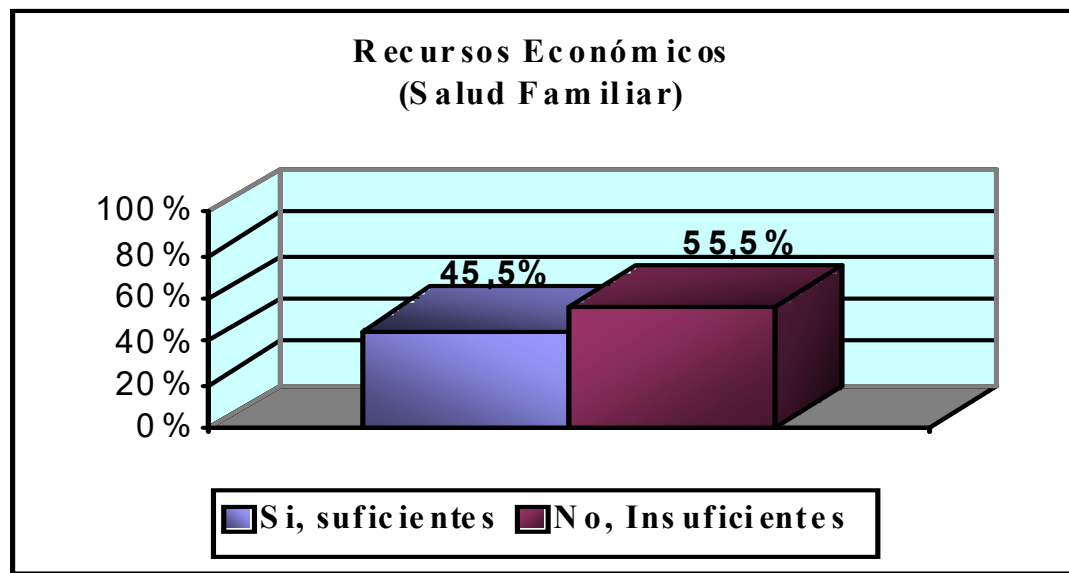
cabe destacar que coinciden en apuntar hacia mejorar la Infraestructura de la clínica debido a que ya el espacio cada vez se hace más pequeño, por lo cual, no existe mucho contraste entre los profesionales de los distintos lados, teniendo solicitudes similares en este aspecto.

Recursos económicos en Centro de Especialidades:



De acuerdo a lo graficado anteriormente, el 62,5% de los entrevistados del Centro de especialidades de Clínica Río Blanco encuentra que los recursos económicos son los adecuados para el buen funcionamiento de la institución, sin embargo, el 37,5% considera que los recurso económicos no son los deseables, además esta cantidad de personas apunta principalmente en que se invierta en tecnología para clínica, de manera de modernizar la atención y prestaciones en cuanto a realización de todo tipo de exámenes. Por otro lado, en segunda opción se menciona la inversión en el mejoramiento de infraestructura, es decir, ampliar la clínica; ya que insinúan que está ya se les hizo pequeña para la cantidad de usuarios.

Recursos económicos en Salud Familiar:



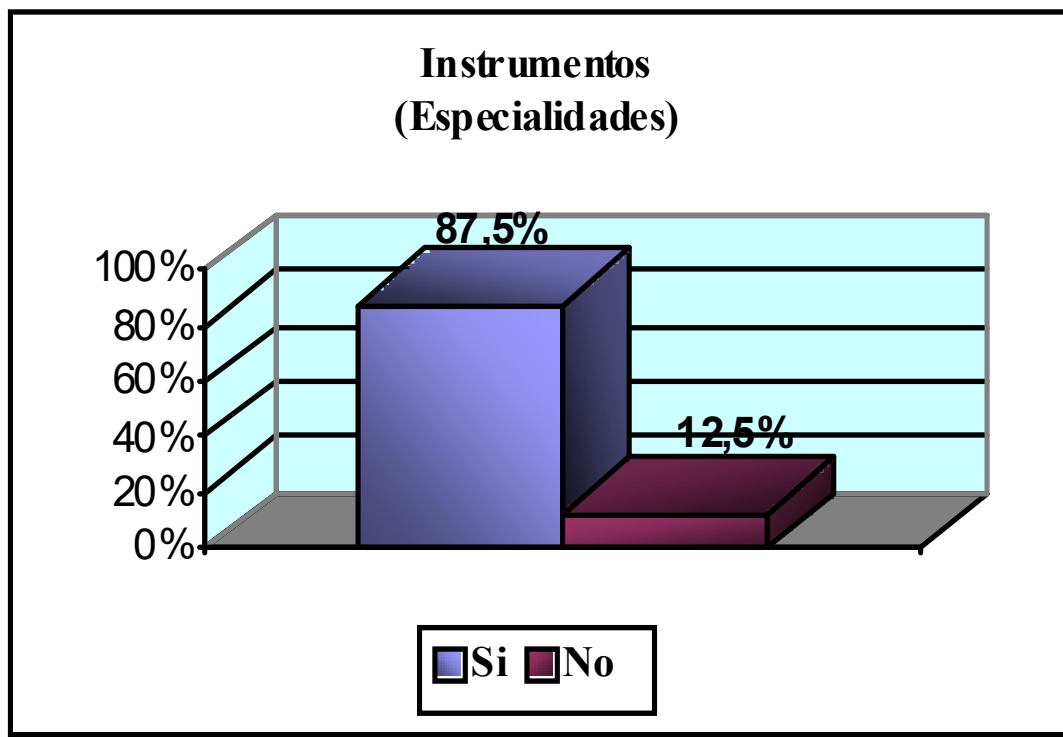
De acuerdo al gráfico anterior se puede afirmar que un 55,5% de los profesionales de Salud Familiar entrevistados, creen que los recursos económicos no son los suficientes; identificando por la mitad de ellos que el recurso económico que necesitan es el enfocado para facilitar actividades preventivas y de promoción. Luego de esto consideran importante conseguir financiamiento para poder realizar visitas domiciliarias como equipo a las familias. Además en congruencia con los recursos materiales, insisten en que se debe invertir dinero en la mejora de la infraestructura del sector de Salud Familiar, debido a que no cuenta con las instalaciones necesarias para brindar una atención eficiente.

Respecto a este recurso se puede concluir que al igual que el caso anterior de los recursos materiales, los profesionales de distintos modelos coinciden en que se debe invertir dinero para mejorar la infraestructura. Además especialidades recalca la posibilidad de invertir en tecnología para poder realizar todo tipo de exámenes mientras que salud familiar apunta hacia la asignación de dinero para efectuar actividades bajo el alero de la promoción. Sin embargo, es necesario destacar que en el caso de las especialidades un 62,5% se encuentra conforme con el recurso económico, mientras que en salud familiar se da el caso contrario ya que el 55,5% no se encuentra conforme con los recursos económicos disponibles.

Lo anterior hace deducir que salud familiar tiene esta disconformidad debido a que no cuenta con recursos económicos para trabajar la prevención y promoción, aspecto fundamental de Modelo de Salud Familiar, mientras que especialidades se encuentra más conforme, presentando aspiraciones de

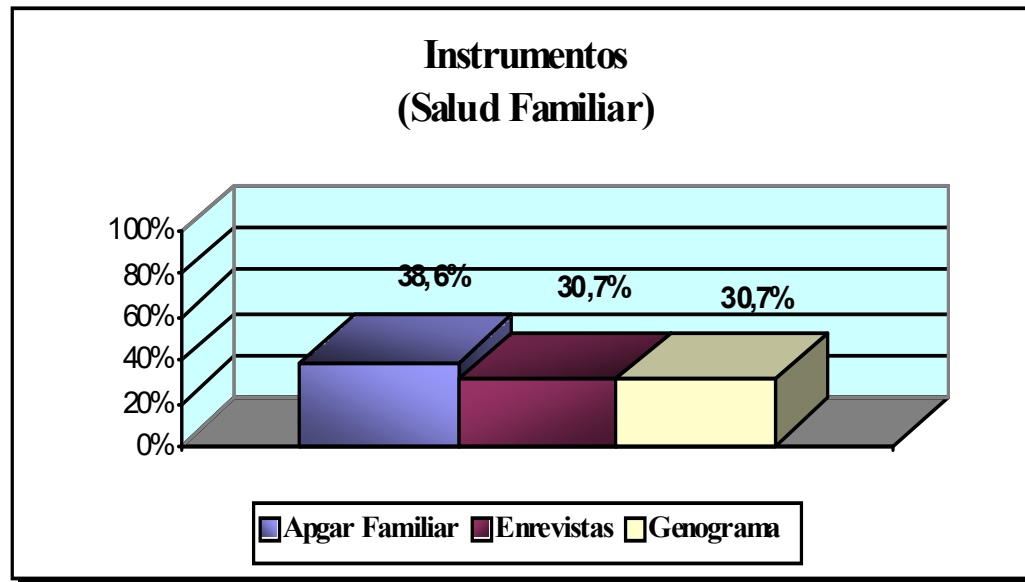
implementar tecnología y mejorar infraestructura.

Instrumentos en Centro de Especialidades:



Respecto a los instrumentos que utilizan los profesionales del centro de Especialidades de Clínica Río Blanco para pesquisar problemáticas biopsicosociales, el 87,5% reconoce que dentro de su área se trabaja con distintos tipos de instrumentos que permite la pesquisar de irregularidades en diversos ámbitos, mientras que sólo el 12,5% reconoce no estar establecidos los instrumentos de pesquisar en los pacientes. Dentro de los distintos instrumentos nombrados el que resuena con mayor fuerza es la Ficha Clínica, la cual contiene toda la información de carácter netamente médico del paciente. Por otro lado se identifica al Libro de registro de pacientes, las evaluaciones nutricionales, Registro computacional, cuestionarios de depresión y ansiedad. El tipo de instrumento depende del área o rama a la cual se haga referencia.

Instrumentos en Programa de Salud Familiar:

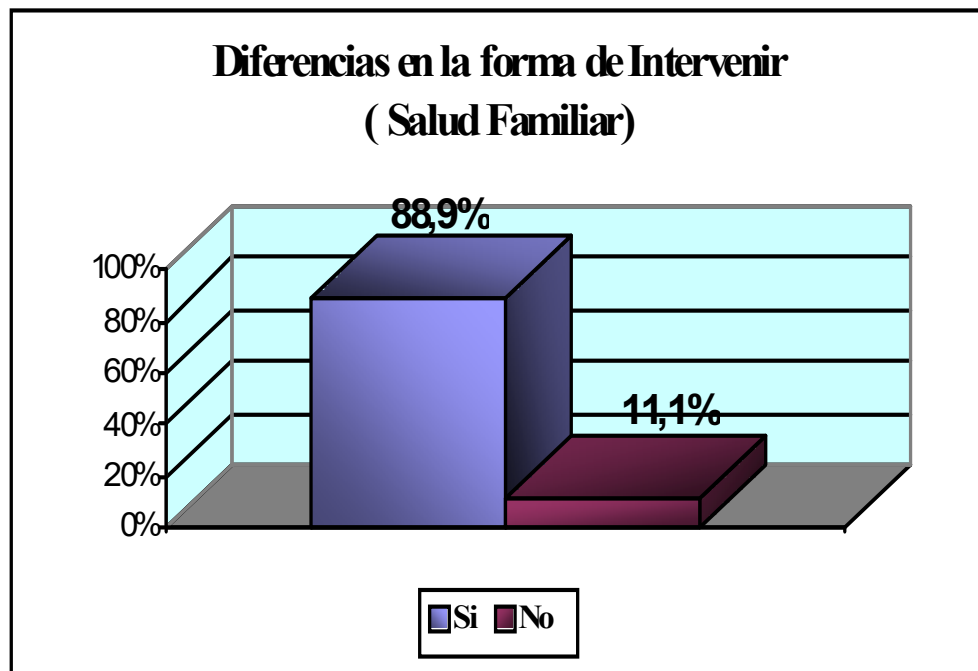


Con respecto a los instrumentos utilizados en el Modelo de Salud Familiar se puede mencionar que el 38,6% de los entrevistados del mismo programa identifica mayormente al Apgar Familiar, el cual apunta a ver las redes sociales de apoyo con que cuenta una familia, Posteriormente el segundo instrumento mayormente nombrado por las personas entrevistadas es la entrevista, es decir, el profesional le hace una serie de preguntas al paciente o familia para indagar en su vida o introducirse en alguna problemática con el fin de ayudar. En tercer lugar se encuentra con un 30,7% al igual que el instrumento anterior el Genograma, el cual es un diagrama que da a conocer la familia a través de figuras y líneas. Posterior a estos tres instrumentos mayormente nombrados, se encuentran otros como la ficha familiar, encuestas, ecomapa, visita domiciliaria, análisis de casos, círculo familiar, evaluación de funcionalidad, evaluación de dinámica familiar, diagnóstico, modelo circunplejo. Cabe destacar que depende la situación o problema es la herramienta que el instrumento que se utiliza, sin embargo, algunos de los mencionados anteriormente son de uso habitual.

Con respecto a los instrumentos existentes para pesquisar problemas biopsicosociales, en los dos modelos de atención se puede concluir que cada modelo cuenta con los suyos, sin embargo, los de Salud Familiar están establecidos por el equipo de salud multidisciplinarios, siendo conocidos por todo el equipo; siendo los más usados el Apgar Familiar, las entrevistas y el genograma, mientras que en especialidades sólo a nivel general se encuentra la ficha clínica, pese a esto todo el resto de instrumentos depende de la especialidad médica y del profesional. No hay ningún otro instrumento generalizado con el puedan trabajar todos los profesionales en el Centro de Especialidades de Clínica

Río Blanco.

Diferencias en la forma de intervenir en Programa de Salud Familiar:



Respecto a las diferencias en la formas de intervenir en Salud Familiar con relación al modelo biomédico con el cual opera el Centro de Especialidades de Clínica Río Blanco, el 89,9% de los profesionales de Salud Familiar reconocen que si existen diferencias en la forma de atender entre estos dos modelos, mientras que sólo un 11,1% de los entrevistados de salud familiar reconocen que no existe en forma de intervenir entre un modelo y el otro Dentro de las principales diferencias mencionadas por los profesionales de Salud Familiar, se encuentran la de tomar a la familia como nivel de atención y no sólo al individuo por si sólo, ya que el individuo no se encuentra solo y los problemas afectan al resto del grupo familiar, por lo tanto, se considera su entorno al momento de intervenir. Al contrario del modelo biomédico que pone énfasis sólo en el individuo y va a lo puntual, que en este caso serpia solamente la enfermedad, sin tomar en cuenta el entorno del individuo como incidente en su estado de salud. Por otro lado la segunda diferencia en la forma de intervenir mencionada por los profesionales de Salud Familiar hace referencia a la empatía que adopta el equipo de Salud Familiar con el individuo y su familia, poniéndose en el lugar de otro, lo cual en el otro modelo no sucede y sólo se fija en los síntomas de la enfermedad sin tomar en cuenta sentimientos del paciente. En salud familiar según lo recabado en las entrevistas el paciente es mirado de una forma holística, es decir, con todo su entorno y no como un ser solo.

Además de las tres diferencias en la forma de intervenir más importantes identificadas por los profesionales anteriormente, se encuentran otras que también fueron mencionadas por las mismas personas entrevistadas y de igual forma marcan la diferencia al momento de intervenir con respecto al modelo biomédico:

En salud familiar existe un seguimiento a la familia durante la enfermedad y después de esta, los problemas en salud familiar se manejan en forma resolutiva, la atención es más personalizada; creándose un ambiente de confianza y familiaridad ente médico. Paciente a diferencia del otro modelo que el médico se dedica solo a la curación de la enfermedad, no involucrándose más de la cuenta con el paciente. Además lo identifican como un modelo que se dedica a educar a la familiar, es decir, trabajar más en la promoción y prevención que es de costo inferiores que trabajar en la parte curativa.

Por otro lado el trabajo se da en forma de equipos multidisciplinarios en cambio en el modelo biomédico cada profesional trabaja de forma individual.

### **2.3.1 Análisis FODA Programa de Salud Familiar**

Corresponde a una técnica del enfoque de Planificación Estratégica, y que es comúnmente usada en las organizaciones modernas, porque permite sistematizar información y visualizar directrices sobre situaciones futuras y a al vez optimizar recursos y prever eventos amenazantes y potenciar las oportunidades. Todo esto brinda una visión estratégica con una base sólida, procurando mayor efectividad.

En el presente FODA, se consideró como aspectos internos a: Equipo de salud familiar y los servicios entregados por este programa específico. A su vez, como aspectos externos se consideró a: Usuarios, Clínica Río Blanco, ISAPRE Río Blanco y CODELCO.

Al aplicar el instrumento entrevista semi estructurada a los profesionales de salud familiar de Clínica Río Blanco, se les consultó acerca las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades. Al recopilar la información se pudo rescatar lo siguiente:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Permite conocer a las familias y sus necesidades de manera más cercana e integral.</li> <li>-Equipo multidisciplinario</li> <li>-Trabajo en equipo con alto grado de motivación</li> <li>-Equipo de trabajo presenta disposición para adaptarse a cualquier cambio en pos del funcionamiento del modelo.</li> <li>- Jefatura con experiencia y profesionales con las competencias adecuadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coexistencia de dos Modelos de Salud</li> <li>- Insuficiente cantidad de Médicos de Familia y de personal capacitado en Salud Familiar.</li> <li>-Problemas de comunicación con el resto de la clínica.</li> <li>-Cambio de jefatura constante.</li> <li>-Insuficiente empoderamiento del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco.</li> <li>-Insuficiente implementación de recursos.</li> <li>-Insuficiente difusión y promoción del Programa de Salud Familiar.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población cautiva, homogénea y con un nivel socioeconómico adecuado.</li> <li>- Interés de la población beneficiaria en la implementación del Programa de Salud Familiar.</li> <li>-Interés de los Sindicatos de implementar el Programa de Salud Familiar.</li> <li>- Programa de Salud Familiar funciona como único centro de este tipo en la zona.</li> <li>-Políticas de salud orientadas al ámbito preventivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de financiamiento de ISAPRE Río Blanco que funciona por prestación.</li> <li>- Insuficiente compromiso de la gerencia de CODELCO.</li> <li>-Insuficiente compromiso de la gerencia de Clínica Río Blanco.</li> <li>-Libertad de elección del usuario</li> <li>-Presión por parte de los distintos sindicatos</li> <li>-Cultura paternalista de CODELCO.</li> </ul>

## FORTALEZAS

Las fortalezas, están referidas a aspectos positivos del programa y que se encuentran al interior de la unidad de análisis.

En su mayoría corresponden a dimensiones de los pilares básicos fundamentales del Programa de Salud Familiar y el primero está referido a que el programa “permite conocer a las familias y sus necesidades de manera más cercana e integral”, esto se refiere a que según la percepción de los profesionales entrevistados, el Programa cuenta con esta fortaleza de poder tener un mayor acercamiento al paciente entregando una atención más personalizada tanto a él como a su núcleo familiar. Esto permite conocer sus necesidades desde un punto de vista más cercano y concreto, pero también más amplio a la vez ya que el enfoque integral visualiza al individuo en su entorno familiar y a la vez en su dimensión biopsicosocial.

Un segundo pilar mencionado es que cuentan con un “equipo multidisciplinario”, es decir, cuenta con el personal adecuado de distintas profesiones donde cada integrante aporta su opinión desde su propio oficio, colaborando así a la conclusión de un diagnóstico más completo e integral del paciente y su familia, a la vez que se entrega una atención de mejor calidad.

Ligado al punto anterior, el programa también cuenta con “trabajo en equipo con alto grado de motivación”, ya que los distintos profesionales llegan a un acuerdo no tan solo para efectuar un diagnóstico más completo o para entregar una atención de calidad, sino también un acuerdo en la forma de trabajar, esto implica que existe comunicación clara, relaciones armoniosas, capacidad para relacionarse, amplitud de criterio para aceptar diversas opiniones. La motivación presente permite un clima adecuado para trabajo en equipo, y entregar una atención de calidad.

Otro factor positivo identificado por los profesionales es que el “equipo de trabajo presenta disposición para adaptarse a cualquier cambio en pos del funcionamiento del modelo.”, esta cualidad es importante para el programa, considerando que lleva cuatro años funcionando, que es el primero en expandirse al ámbito privado en la zona y que además coexiste con el modelo biomédico en la misma clínica. Entonces se hace necesario que el equipo de salud esté preparado para adaptarse a cualquier evento o cambio que sea pertinente en beneficio del funcionamiento del Programa de Salud Familiar. Esta cualidad positiva favorece la flexibilidad del programa permitiendo que sea sustentable en el tiempo, es decir,

que perdure sin importar las modificaciones o reformas necesarias a que este sujeto, sino que todas ellas irán es pos de su funcionamiento y permanencia.

La última fortaleza identificada es una “jefatura con experiencia y profesionales con las competencias adecuadas”, es decir, el programa cuenta con el personal y jefatura capacitado con las competencias necesarias calificadas para ejercer su profesión, además de tener una jefatura con experiencia de trabajo, lo que implica un mayor grado de confianza.

#### DEBILIDADES

Referidas a los aspectos negativos que se encuentran al interior de la unidad de análisis.

La primera debilidad es “coexistencia de dos modelos de salud”, esto se refiere que funciona paralelamente tanto el Programa de Salud Familiar así como el Centro de Especialidades. Este es el punto más complejo de todos, puesto que el funcionamiento de dos programas produce competitividad, disgregación, entre otras ambigüedades.

Otra corresponde a “insuficiente cantidad de Médicos de Familia y de personal capacitado en salud familiar”, esto es diferente a la común carencia de recursos humanos, ya que se refiere expresamente a la carencia específica de personal calificado con las competencias adecuadas en salud familiar, sobre todo de Médicos de Familia, ya que actualmente solo cuenta con uno solo para las 560 familias inscritas en el programa. A esto se le suma el “cambio de jefatura constante”, esta situación produce ambigüedad en los lineamientos y políticas para cumplir la meta, puesto que cada jefe posee diferentes estilos de liderazgo.

También identifican “problemas de comunicación con el resto de la clínica”, referido a la comunicación del Programa de Salud Familiar con el resto de los departamentos de la clínica, especialmente con el Centro de Especialices. Esto se debe principalmente a la ubicación física del servicio de salud familiar.

Además identifican “insuficiente implementación de recursos”, es decir; humanos, materiales, tecnológicos, de infraestructura y económicos, para apoyar e impulsar el funcionamiento del programa.

Otra debilidad identificada es la “insuficiente empoderamiento del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco”. Se debe a la coexistencia de ambos programas, puesto que la competencia entre ambos, le resta a cada uno la importancia e impide destacar sus beneficios y cualidades.

Por último se menciona la “insuficiente difusión y promoción del Programa

de Salud Familiar”, ya que sólo en el período de inicio del programa se realizó actividades de promoción y difusión.

#### OPORTUNIDADES

Referidas a aspectos externos que son favorables para la implementación del Programa de Salud Familiar.

La primera oportunidad se sitúa en las características de la población de beneficiarios del Programa de Salud Familiar, ya que corresponde a una “población cautiva, homogénea y con un nivel socioeconómico adecuado”, es decir, el equipo de salud cuenta con la facilidad de acceder a un mejor conocimiento de los beneficiarios y familias respectivas, ya que la población es estable, además es homogénea en características, educación, cultura y nivel socioeconómico. Éste último aspecto es favorable, ya que además de ser transversal en los usuarios, también es adecuado, es decir, tienen acceso económico para satisfacer sus necesidades de primer orden, por lo que el programa se ocupa de otro tipo de requerimientos.

Se identifica que los usuarios poseen una opinión generalizada, donde manifiestan que existe “interés de la población beneficiaria en la implementación del Programa de Salud Familiar”. Esto se expresa a través de los resultados del estudio, donde la opinión de los usuarios resultó satisfactoria reconociendo las falencias que se deben mejorar y existen altas expectativas sobre su funcionamiento y permanencia.

También se cree que hay “interés de los sindicatos de implementar el Programa de Salud Familiar”, los cuales han prestado su apoyo, especialmente para cambiar aspectos necesarios para el mejoramiento, pues representan la opinión generalizada de los trabajadores.

También identifican como oportunidad el poseer el prestigio de que el “programa de Salud Familiar funciona como único centro de este tipo en la zona”. Esto se debe a que este modelo proviene de las políticas gubernamentales aplicadas en los Centros de Atención Primaria. La meta del gobierno es que al año 2010 todos los Centros de Salud estatales se transformen en Centros de Salud Familiar (CESFAM) o al menos, estén en vías de hacerlo, es decir, existen “políticas de salud orientadas al ámbito preventivo”, ya que existe énfasis a nivel nacional en evitar la enfermedad o daño, evitando el gasto de grandes inversiones en la etapa curativa. Se busca educar a la población y entregar una atención integral. Clínica Río Blanco ha sido el primer centro de salud privado en aplicar esta política estatal en la zona de los Andes y además hasta la fecha, es el único

de este tipo.

#### AMENAZAS

Referidas a características externas que ponen en riesgo a la unidad de análisis.

De acuerdo a la opinión de los profesionales, existe una gran limitante, referido al “sistema de financiamiento de ISAPRE Río Blanco que funciona por prestación”, esto quiere decir, que los profesionales médicos de Clínica Río Blanco, reciben pago por atención médica, quedando fuera las actividades de promoción, visitas domiciliarias, entre otras actividades.

Otra amenaza es el “insuficiente compromiso tanto de la gerencia de CODELCO, así como de Clínica Río Blanco”, ya que no existen acciones concretas tales como una mayor presencia parte de CODELCO para colaborar con la implementación del Programa de Salud Familiar.

Otra amenaza es la “libertad de elección del usuario”, donde éste tiene el poder para elegir donde atenderse, si en el Centro de Especialidades o en el Programa de Salud Familiar, muchas veces sin tener el conocimiento de sus derechos y mucho menos de sus deberes.

Se identifica que existe “presión por parte de los distintos sindicatos”, ya que cada uno busca defender los derechos e intereses de su propio colectivo que representa, ejerciendo presión muchas veces para lograr su objetivo y apoyar a sus trabajadores.

Una última amenaza es la “cultura paternalista de CODELCO”, referido a que el modelo biomédico que sólo atiende la enfermedad, no contribuye a que los usuarios se responsabilicen de sus salud.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rápida Atención</li> <li>- Trabajo en equipo</li> <li>-Disponibilidad en horas de atención</li> <li>-Profesionales de calidad y con experiencia</li> <li>-Acceso a recursos materiales adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistencia de seguimiento a los pacientes</li> <li>-Atención orientada al individuo, sin considerar su entorno.</li> <li>-Problemas de comunicación al interior del equipo.</li> <li>-Déficit de tiempo para entregar atención personalizada.</li> <li>-Priorización de cantidad de atenciones por sobre calidad.</li> <li>-Insuficiente implementación tecnológica</li> <li>-Espacio físico reducido</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Población cautiva</li> <li>-Cercanía física entre Clínica Río Blanco e ISAPRE</li> <li>-Existe un alto número de demandas de los usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Problemas de distancia física con algunos usuarios.</li> <li>-Población demandante y exigente</li> <li>-Sistema de libre elección para atención.</li> <li>- Sistema financiero impide actividades de promoción.</li> <li>-Sistema paternalista y asistencial</li> <li>-Visión biomédica y no preventiva.</li> <li>- Coexistencia de dos modelos</li> </ul>

### 2.3.2. Análisis FODA Centro de Especialidades:

Para la aplicación de esta técnica se consideró como aspectos internos lo referido al equipo de salud del Centro de Especialidades y los servicios entregados por este programa. A su vez los aspectos externos son relativos al resto de la clínica, ISAPRE, CODELCO, y usuarios.

#### FORTALEZAS

Referidas a que el “sistema es de rápida atención”, es decir, cuenta con la capacidad de profesionales adecuados con respecto a la población cautiva. Esto se refleja en la “disponibilidad de horas de atención”, a esto colabora el gran “trabajo en equipo” que se efectúa y que se hace necesario para llevar a cabo esta tarea. Además, el personal que conforma el equipo, son “profesionales de calidad y con experiencia”. Otra fortaleza importantes el la referida al “acceso a recursos materiales adecuados”.

#### -DEBILIDADES

Una de las grandes desventajas que posee el Centro de Especialidades, de acuerdo a la opinión vertida en las entrevistas, es que “inexistencia de seguimiento a los pacientes”, debido a que hay un “déficit de tiempo para entregar atención personalizada”, y solo se centra en una “atención orientada al individuo, sin considerar su entorno”. En cuanto a este mismo punto, sobre la atención rápida, pero solo individualizada a la vez, esta ligado el dilema de “priorización de cantidad de atenciones por sobre calidad”, ya que los profesionales prefieren atender más consultas por un tema económico, dejando de lado la calidad en la atención.

En cuanto a “problemas de comunicación al interior del equipo”, es una debilidad mencionada también por profesionales del Programa de Salud Familiar, ya que existen problemas en los canales comunicativos por la ubicación de algunos servicios, además por la “insuficiente implementación tecnológica” que impide que se unifiquen los canales comunicativos. También hay carencia en los el “espacio físico reducido”, que sumando a la deficiente tecnología, causan dificultades en el trabajo y disconformidad al interior del equipo en los usuarios.

## OPORTUNIDADES

La “población cautiva” fue identificada como una oportunidad, ya que permite que el personal médico posea un mejor conocimiento de los beneficiarios y familias respectivas ya que ésta es estable. Esto se ve reflejado también, en la existencia de un “alto número de demandas de los usuarios”, con respecto al Centro de Especialidades.

Otra oportunidad mencionada es el “beneficio de tener cercanía física entre la clínica e ISAPRE”, ya que están ubicadas en el mismo lugar, esto permite entregar un mejor servicio a los beneficiarios y mejorar el nivel de comunicación e interrelación entre estas dos instituciones.

## AMENAZAS

A pesar de que existe el beneficio de contar con una población cautiva, existen “problemas de distancia física con algunos usuarios”, lo que afecta la cobertura de la clínica y sesga su nivel de atención y si se considera que la “población es demandante y exigente” y que más aún, cuenta con un “sistema de libre elección para atención”, la situación se torna compleja porque se crea la amenaza de disminuir el número de usuarios.

Otra situación amenazante nombrada por los profesionales es la existencia de un “sistema financiero que impide actividades de promoción”, por lo cual no fomenta a que las personas se hagan responsables, contribuyendo a la permanencia del “sistema paternalista y asistencial”, donde el paciente depende de la clínica o de CODELCO, acentuando con esto la “visión biomédica y no preventiva”, donde solo se visualiza en curar la enfermedad.

Por último, se considera como perjudicial la “coexistencia de dos modelos”, ya que se crea competencia al interior de la clínica, puesto que ambos, es decir, el Programa de Salud Familiar como el Centro de Especialidades, poseen ventajas y desventajas.

**2.3.3. Cuadro Comparativo**

SALUD FAMILIAR	CENTRO DE ESPECIALIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coexistencia del Programa de Salud Familiar y Centro de Especialidades.</li> <li>• Sistema de financiamiento de ISAPRE Río Blanco que funciona por prestación.</li> <li>• Cultura curativa y paternalista.</li> <li>• Población cautiva, pero que posee libertad de elegir.</li> <li>• Falta de recursos adecuados de todo tipo; humanos, materiales, financieros, tecnológicos.</li> <li>• Problemas de comunicación interna y externa.</li> <li>• El Programa de Salud Familiar, cumple sólo con algunos pilares esenciales que sustentan el modelo.</li> <li>• Insuficiente cantidad de profesionales competentes en el área de salud familiar.</li> <li>• Jefatura competente pero en constante cambio.</li> <li>• Interés de los sindicatos y presión a la vez.</li> <li>• Políticas de salud orientados a lo preventivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coexistencia del Programa de Salud Familiar y Centro de Especialidades.</li> <li>• Sistema de financiamiento de ISAPRE Río Blanco que funciona por prestación.</li> <li>• Sistema paternalista y asistencial</li> <li>• Libertad del usuario para escoger donde atenderse.</li> <li>• Posee recursos materiales.</li> <li>• Insuficientes recursos tecnológicos todo en tecnología.</li> <li>• Problemas de comunicación interna y externa.</li> <li>• Alto número de demandas por atención.</li> <li>• Priorización del número de atenciones por sobre la calidad.</li> <li>• Visión biomédica y no preventiva</li> </ul>

### 3. Evaluación del cumplimiento de objetivos

En base a los objetivos planteados al inicio de la investigación se puede destacar lo siguiente:

En relación al objetivo general *“Actualizar antecedentes familiares de beneficiarios del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco”*, se puede afirmar que se encuentra logrado exitosamente, tal como se planteó al inicio de la investigación. De esta forma se logra actualizar la base de datos de las familias inscritas en el Programa de Salud Familiar, además de actualizar direcciones. Esto es importante tomando en cuenta que el Programa de Salud Familiar no contaba con estos antecedentes ni los instrumentos necesarios para recolectar la información.

De esta manera, luego de la investigación científica realizada, los profesionales del Programa podrán estar mayormente informados respecto a las características de las familias beneficiarias del programa.

El Objetivo Específico n°1 *“Diseñar instrumento Ficha familiar, reformulado y validado en base al modelo biopsicosocial”*, se dio por logrado, ya que se construyó un instrumento, ficha familiar que fue aprobada con éxito por profesionales de Clínica Río Blanco y profesionales de CODELCO - División Andina.

Posterior a esto se dio paso al Objetivo Específico n°2, *“Aplicar Ficha familiar mediante Visitas domiciliarias a las familias de los beneficiarios del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco”*, siendo este objetivo logrado satisfactoriamente. Concretando la entrevista en 327 familias beneficiarias del programa, considerando esta cifra, como una muestra representativa.

En cuanto al objetivo específico n°3, *“Sistematizar información recabada de las familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar”*, se considera logrado, ya que la información obtenida se introdujo en el Programa Estadístico SPSS, el cual permitió establecer de una forma ordenada todo el conglomerado de antecedentes existentes, arrojando en forma detallada las características propias de las familias y las tendencias más comunes entre estas, además de otros aspectos de interés.

En cuanto al segundo objetivo general *Diagnosticar el estado actual del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco identificando los factores asociados*, se puede concluir lo siguiente:

Este segundo objetivo, expresa la necesidad de la empresa en cuanto a la no existencia de una información clara sobre la situación actual del Programa de

Salud Familiar, lo que impulsó a la creación del Diagnóstico para conocer el estado actual de su funcionamiento identificando los factores asociados y para obtener el logro de este objetivo se llevaron cabo distintos pasos con el fin de cumplir con los objetivos propuestos y en el plazo estimado según cronograma.

En cuanto al cumplimiento de los objetivos específicos se puede mencionar que el n° 1 *“Conocer la percepción de los beneficiarios, respecto del funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco”*, para lograrlo se llevó a cabo la elaboración y aplicación de un instrumento para conocer la percepción de los beneficiarios, respecto del funcionamiento del Modelo de Salud Familiar. A través de este las familias evaluaron el programa con una nota 5,8 lo que significa que es una evaluación positiva, pero que tiene mucho por mejorar, pues reconocen que el equipo de salud responde al alcance de los medios que cuenta pero que faltan más horas médicas, más acercamiento del programa a las familias, más información sobre el programa, que cumpla con las expectativas prometidas en un principio, más recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura, más talleres de prevención y promoción de salud, visitas domiciliarias, que son las más recurrentes. En base a lo anterior se puede afirmar que el objetivo se encuentra logrado.

El objetivo específico n° 2 *“Conocer la percepción del equipo de salud de Clínica Río Blanco, respecto al funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en dicha institución”*, para esto fue necesaria la aplicación de otro instrumento correspondiente a una Entrevista Semiestructurada, donde 17 profesionales de Clínica Río Blanco participaron, todo con el fin de conocer la percepción del equipo de salud de Clínica Río Blanco, respecto al funcionamiento del Modelo de Salud Familiar en dicha institución. Con esto se recogió una segunda percepción, buscando llegar a distintos puntos de vista y desde aquí se concluyó que efectivamente hay deficiente implementación de recursos de todo tipo, hay deficiencia en hora médicas y que hay fundamentos teóricos del programa que no se llevan a cabo como las actividades de promoción y prevención, visitas domiciliarias, distintos talleres de consejería.

Para el objetivo específico n° 3, *“Identificar los factores asociados en la implementación del Modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco”*, se tomó en cuenta la información arrojada por los tres instrumentos aplicados, se identificó a través de estos, los factores asociados a la implementación del modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco los cuales son; la coexistencia de dos Modelos de Salud en una misma institución, el sistema financiero que es por prestación esto implica que a los profesionales se les remunera por atención efectuada y no se

considera las visitas domiciliarias y tampoco las actividades de promoción y prevención de salud. Entre otros factores se encuentra; la tendencia biomedica de CODELCO, población cautiva pero con libertad de elegir, faltan de recursos adecuados de todo tipo, además de existir problemas de comunicación Interna y externa.

Por ultimo el objetivo especifico n° 4 "*Diseñar una propuesta de intervención para mejorar la implementación del Modelo de Salud Familiar*", para esto se tomo en cuenta la totalidad de la información recogida, y con esto realizar una propuesta de intervención futura.



## CONCLUSIONES

El proceso investigativo ha permitido precisar las características del Programa de Salud Familiar en su implementación y que además identificar los factores asociados que configuran la problemática planteada en el presente estudio.

Es importante señalar que el diagnóstico surge a petición de CODELCO-División Andina, debido a la urgente necesidad de contar con la información objetiva y esclarecedora sobre el estado actual del funcionamiento del Programa de Salud Familiar en Clínica Río Blanco, ya que hasta el momento no existía ningún tipo de antecedentes, o estudios anteriores. Además como la empresa se caracteriza por ser una organización moderna, busca innovar, investigando y mejorando sus servicios para otorgar un bienestar a sus trabajadores y familia. De esta manera su suma al proceso de globalización que experimentan los organismos a nivel mundial, mejorando su productividad, logrando estándares de calidad para competir con éxito.

En este contexto, y como resultado CODELCO logra consolidar una base científica a partir de la cual se generarán proyectos orientados al mejoramiento en la implementación del Programa de Salud Familiar.

En la investigación científica realizada, tras la aplicación de tres instrumentos; Encuesta de Satisfacción Usuaría, Ficha Familiar y la Entrevista Semi estructurada, se extrajo valiosa información permitiendo precisar las principales problemáticas:

- Sistema de financiamiento de ISAPRE Río Blanco, el cual funciona por prestaciones.
- Deficiente cumplimiento de los lineamientos básicos que sustentan el Modelo de Salud Familiar, tales como actividades de promoción y prevención, visitas domiciliarias y talleres de consejería familiar.
- Tendencia a la atención biomédica
- Insuficiente incorporación de las familias al Programa de Salud Familiar.
- Déficit de recursos materiales, humanos, financieros y tecnológicos.
- Déficit de personal médico específico y con las competencias adecuadas en salud familiar.

- Problemas de comunicación a nivel interno y externo de Clínica Río Blanco.

De las diversas problemáticas identificadas, se puede establecer que existen condicionantes de tipo político, económico y social, las cuales se relacionan mutuamente e influyen directamente en el desarrollo del Programa de Salud Familiar, impidiendo que se alcance un nivel de eficacia, eficiencia y óptimos resultados.

En cuanto a la dimensión política, se manifiesta el hecho de la insuficiente integración de los distintos actores que presiden, es decir, CODELCO-División Andina, Clínica Río Blanco y de los distintos sindicatos que representan a los trabajadores de la empresa, ha dificultado la idea de alcanzar un acuerdo de intereses entre las partes mencionadas y esta falta de consenso no ha permitido lograr que el Programa de Salud Familiar funcione eficiente y eficazmente entregando un servicio de calidad, repercutiendo en la percepción de los usuarios y del equipo de salud. Cabe destacar que esta variable tiene una real importancia, ya que es el núcleo de donde surgen las principales iniciativas y posteriores planes o proyectos.

En este tenor, es preciso señalar la relación con la variable económica, en la cual incide directamente el tipo de decisiones que se tomen respecto a la distribución de los recursos destinados para el Programa de Salud Familiar. En este contexto, el sistema financiero de la ISAPRE Río Blanco, el cual funciona por prestaciones, constituye una problemática de gran relevancia, pues condiciona las actividades y forma de ejercer que tiene el programa. A su vez, esta situación afecta negativamente diversos,

Respecto a la variable social, su importancia se da en lo relativo a la satisfacción que presentan los usuarios, ya que los déficit y carencias de distinto ámbito que tiene Clínica Río Blanco, repercute en el servicio que la institución entrega, el cual se ve afectado en sus niveles de calidad, hecho que impide a los usuarios sentirse conformes en su totalidad y que sus expectativas son alcanzadas.

Para finalizar es importante hacer mención al hecho de haber podido insertarse en una institución de la magnitud que implica CODELCO -División Andina, la cual como organización moderna con altos estándares de exigencia, motivó al equipo seminarista a desarrollar competencias profesionales y construir un estudio científico respaldado, el cual cuenta con características de originalidad

e innovación, esta última entendida como: Incorporación de nuevo conocimiento propio o ajeno, para mejorar los productos o procesos ya existentes, o bien para generar nuevos procesos o productos en el contexto de la racionalidad (Sabato y Bottana). Además cabe mencionar que el estudio constituye un aporte valioso desde una perspectiva estratégica para la organización, la cual es vista de una arista social.

Otro punto a destacar corresponde a la posibilidad que otorgó la experiencia para incorporar conocimientos teóricos y prácticos en el ámbito del Trabajo Social en Empresas, también ha desarrollar competencias en el ámbito de recursos humanos, trabajo con otros profesionales, aprender a relacionarse con trabajadores de las distintas áreas, lograr trabajar en equipo, tanto con la empresa, como entre las propias seminaristas, participando activamente y de forma igualitaria con el resto de los compañeros de trabajo. Debido a lo anterior es que se puede afirmar, que debido a la experiencia de seminario de título en esta organización, se ha podido adquirir cualidades necesarias para la profesión, como las habilidades sociales, empatía, entre otras. De esta manera logrando una actitud profesional, identificando las falencias y fortalezas, y mejorando o potenciándolas según corresponda. Por lo anterior es que se considera la inserción en la institución como una valiosa experiencia laboral.



**Capítulo VII**  
**PROPUESTA DE TRABAJO**

## **1. PROPUESTA DE TRABAJO**

### **1.1. Objetivo general:**

Mejorar el servicio del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, de acuerdo a las necesidades planteadas por los usuarios y el equipo de salud familiar.

### **1.2. Objetivos específicos:**

- Desarrollar de actividades esenciales del Modelo de Salud Familiar, dirigidas a los beneficiarios del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco.
- Lograr la incorporación de las familias al Programa de Salud Familiar, por medio de actividades expositivas y visitas domiciliarias.

### **1.3. Beneficiarios:**

Usuarios inscritos en el Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco, correspondiente a un total de 560 familias aproximadamente.

### **1.4. Fundamentación:**

La presente fundamentación, esta sustentada en las propias peticiones y sugerencias efectuadas tanto por la población beneficiaria como por el mismo equipo de salud familiar.

En este contexto surgen los hallazgos encontrados en el estudio, donde se detectaron diversas problemáticas que ponen en riesgo la salud psicoemocional tanto de los trabajadores como de sus familias y que son los que han motivado a exponer la siguiente propuesta.

Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran; depresión (28,1%), ausencia de apoyo social y redes (17,7%), duelo reciente (13,1%), conflicto crónicos de pareja (7,3%), enfermedades profesionales del trabajador (6,4%), y tabaquismo (6,4%).

Entre las enfermedades más frecuentes en la familia se encuentran: nuevamente la depresión (23%), enfermedades crónicas (más del 50%), y sobrepeso y obesidad (15,3%). Todos estos factores dan cuenta del escenario que hoy experimenta el trabajador y su familia, pues son las mismas familias las que han sugerido además un apoyo más cercano por parte del programa, mayor consejería y orientación familiar, mayor apoyo en situaciones de crisis, como duelo o enfermedades catastróficas y sobre todo conocer más del programa, pues desconocen sus derechos y beneficios que a los que pueden acceder y mucho más sus deberes como usuarios.

De esta manera, la propuesta que se anuncia a continuación presenta los lineamientos generales orientados a dar un a respuesta profesional a las necesidades formuladas.

PROBLEMÁTICA	ACTIVIDAD
Depresión y Problemas de Salud Mental.	Taller de Salud Mental para la familia.
Enfermedades crónicas, sobrepeso, tabaquismo.	Actividades de promoción y prevención para estilos de vida saludable.
Conflictos de pareja y distintos problemas de tipo familiar de tipo normativo y no normativo.	Taller de consejería familiar.
Mayor cercanía con el programa y detección de familias en riesgo.	Visitas domiciliarias.
Información sobre el Programa de Salud Familiar.	Charlas expositivas sobre el Programa de Salud Familiar.

.Al cumplir con estas sugerencias y necesidades efectuadas por la misma población y por los profesionales, no solo se estaría respondiendo a sus necesidades, sino que también se estaría entregando ayuda más focalizada, es decir, se prestaría apoyo adecuado y directamente a quienes realmente lo necesitan, mejoraría la calidad de su servicios y estaría cumpliendo con tres de los pilares básicos que le falta al Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco. Específicamente, la falta de actividades de promoción y prevención, consejería familiar y visitas domiciliarias, ya que cumple con todos los otros componentes, es decir, un servicio integral, atención continua y personalizada, cuenta además con un equipo de trabajo multidisciplinario y médicos de cabecera, para entregar una atención de mejor calidad al paciente tomando en cuenta su entorno familiar.

1.5. MATRIZ

NOMBRE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICAS	RECURSOS	PRODUCTO	TIEMPO
Taller de Salud Mental	Entregar consejería y orientación sobre la depresión y otras enfermedades psíquicas a beneficiarios del Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco.	Taller de consejería sobre Salud Mental, con apoyo de especialistas.	-Terapia de grupo -Charlas expositivas -Sesiones socioeducativas	-Profesionales expertos en el tema. -Sala -Recursos tecnológicos	Personas que adquieren el conocimiento necesario de su enfermedad, además de contar con una nueva red de apoyo y con un vínculo más estrecho familiarmente.	Una vez por semana, en sesiones de 60 minutos.
Promoción y prevención para estilos de vida saludable en la familia	Fortalecer actividades de promoción y prevención para estilos de vida saludables en Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco.	-Implementar un kiosco saludable  -Charlas educativas de nutrición y alimentación saludable  -Talleres de relajación y baile entretenido	- Organización -Coordinación -Creatividad  -Socioeducativa -Atención y Escucha -Respeto -Educación  -Sociorecreativa -Motivación -Coordinación - Organización	- Equipo multidisciplinario de Salud Familiar - Usuarios de Salud Familiar - Recursos tecnológico y materiales. -Salas	Familias que adquieren el conocimiento y preocupación necesarios sobre estilos de vida saludable.	Permanente  1 vez por mes  1 vez por semana

		-Feria de la salud en la comunidad	-Socioeducativa -Motivación -Creatividad -Coordinación			1 vez cada 6 meses
		- Talleres de cocina saludable	-Sociorecreativa -Motivación -Coordinación - Organización			2 veces al mes
		-Implementación de olimpiadas familiares	-Sociorecreativa -Motivación -Coordinación - Organización			1 vez cada 6 meses
		-Promoción de estilos de vida saludables a través de afiches expositivos.	Socioeducativa Educación -Apoyo -Guía -Discusión			Permanente
				-Profesionales expertos en el tema. -Sala -Recursos tecnológicos.	Familias orientadas en sus necesidades, con una mejor estabilidad y una	Una vez por semana, en sesiones de 60 minutos.

<p>Consejerías familiares</p>	<p>Entregar consejería y orientación sobre las distintas etapas del ciclo vital como de situaciones no normativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consejería para duelo y pérdida</li> <li>-Consejería de pre y post natal</li> <li>-Consejería para adolescentes</li> </ul>	<p>(técnicas transversales para todas las consejerías)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terapia de grupo</li> <li>-Charlas expositivas</li> <li>-Sesiones</li> </ul>		<p>estructura más sólida, además de contar con una nueva red de apoyo y con un vínculo más estrecho entre sus integrantes.</p>	
-------------------------------	--	--	---	--	--	--

		-Consejería en crisis	socioeducativas			
Visitas domiciliarias	Realizar visitas domiciliarias a familias beneficiarias del Programa de Salud Familiar, que estén en situación de riesgo o crisis.	-Realizar Visita domiciliaria por profesionales idóneos.	-Empatía -Observación	-Profesionales expertos en el tema. -Medio de transporte para movilización	Familias visitadas en su hogar, que cuentan con un apoyo y orientación para sus problemáticas.	Cada vez que surja algún caso que requiera de visita domiciliaria.
Información acerca del Programa de Salud Familiar	Difundir información acerca de Programa de Salud Familiar de Clínica Río Blanco	- Realizar charlas informativas a la totalidad de los funcionarios de Clínica Río Blanco	-Socioeducativa -Respeto -Atención y Escucha -Empatía -Educación	- Equipo multidisciplinario de Salud Familiar - Usuarios de Salud Familiar - Recursos tecnológico y materiales. -Salas	Familias que manejan la información necesaria acerca de su programa de salud.	1 vez cada 6 meses
		-Realizar charlas informativas a trabajadores de CODELCO División Andina	-Socioeducativa -Respeto -Atención y Escucha -Empatía -Educación	1 vez cada 6 meses		
		-Realizar charlas de difusión de	-Socioeducativa -Respeto -Atención y	1 vez cada 3 meses		

	beneficios de programa de Salud Familiar a usuarios	Escucha -Empatía -Educación		Permanente
	-Entregar trípticos a usuarios de programa	Socioeducativa Educación -Guía -Discusión		Permanente
	-Mantener una línea telefónica directa a Salud Familiar para realizar consultas	-Organización -Guía		Permanente
	Difundir información del programa de Salud Familiar a través de afiches expositivos.	Socioeducativa Educación -Guía -Discusión		

## BIBLIOGRAFÍA

- Angeles E. & Munich L. (1998) *Métodos y Técnicas de Investigación*. México: Trillas
- Carrasco E. & Hidalgo C. (2002) *Salud Familiar. Un Modelo de Atención Integral en la atención primaria*. (p.39) Chile; Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
- CASEN (2006) Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional
- Castañeda P. (2005) *Cátedra de Investigación Social*. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, Chile; Valparaíso.
- Cazorla K. (2007) *Cátedra de Salud Familiar*, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso. Chile; Valparaíso.
- Clínica Río Blanco, Programa de Salud Familiar. (2008). *Plan Estratégico 2007 - 2011*, Chile; Los Andes.
- Clínica Río Blanco, Programa de Salud Familiar. (2008). *Programa de Salud Familiar Clínica Río Blanco*. Chile; Los Andes
- Covarrubias P, Muñoz M, Osorio E. & Reyes C. *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Chile; Santiago: UNICEF.
- Cubillo B. (1999). *Significado de la práctica integrada de psicología de un grupo de estudiantes de la USTA*. Tesis de grado meritoria de la Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomas. Bogota, D.C., Colombia.
- Andino Informa, (2004). *Nuevo Modelo de Salud Familiar*. Revista Andino Informa 300, 24-25
- Andino Informa, (2005). *Clínica Río Blanco lanzó Modelo de Salud Familiar*. Revista Andino Informa 314, 21-22
- Andino Informa, (2006). *Regreso del médico de cabecera*. Revista Andino Informa 325, 18

Hernandez R, Fenández C. (2006). *Metodología de Investigación*. México: McGraw-Hill.

Louro I. (2005). *Modelo de salud del grupo familiar*. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. (31)Cuba; La Habana: Scielo

Mancilla C. (2005) *El médico de familia y la salud familiar*. Chile; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

Oliva C, & Hidalgo C. (2004) *Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria*. (13 pp. 173-186). Santiago; Chile: Psykhe

Pastén F. (1998). *Metodología de la Investigación Social*. (pp. 82, 153) Chile; Valparaíso. EDEVAL

Pérez G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. II Técnicas y análisis de datos. Madrid: La muralla

Rudyard, K (1986) *El Libro de las Tierras Vírgenes*. Chile: Gustavo Gili S.A.

Sabino C. (1998) *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. (pp. 149 - 150) Argentina; Buenos Aires: Lumen/Humanitas.

Tamayo M. (1999) *El Proceso de la Investigación*. (pp. 72-130) México. Limusa Noriega Editores

Sitios en Internet:

Aparicio, T. (2007) *La insatisfacción laboral*. Extraído el 15 de Septiembre, 2008 de:

[http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=103769](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=103769)

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Departamento de estudios, Extensión y Publicaciones. (2004), *Indicadores de la Salud en Chile y su Capacidad para Evaluar la Calidad de la Gestión Pública en Salud*, extraído el 2 de Octubre de

2008

de:

[http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios\\_pdf\\_estudios/nro303.pdf](http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro303.pdf)

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2007) *Plan Ges Ex Auge*, Extraído el 23 de julio, 2008, de [www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge](http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge)

CINTERFOR (2001) "*Jóvenes, Formación y Empleo*". Extraído el 16 de Septiembre de 2008 de [www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/rec\\_dif/leychil.htm](http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/rec_dif/leychil.htm)

Centro Oncológico M.D Anderson Internacional España. *Glosario*. Extraído el 24 de Septiembre, 2008, de: [http://www.mdanderson.es/web2007/html/es/02\\_MDyCancer/0213\\_glosario.asp?letra=e](http://www.mdanderson.es/web2007/html/es/02_MDyCancer/0213_glosario.asp?letra=e)

Clínica Río Blanco. (2008), *Los inicios 1969*, extraído el 29 de Septiembre de 2008 de <http://www.clinicarioblanco.cl/historia.html>

CODELCO (2006), *Filiales y coligados*, extraído el 29 de Septiembre de 2008 de [http://www.codelco.cl/la\\_corporacion/memorias/memoria2006/filial15.htm](http://www.codelco.cl/la_corporacion/memorias/memoria2006/filial15.htm)

CODELCO (2006), *Memoria 2006*. Extraído 1 de Octubre, 2008 de: <http://www.codelco.cl>

EIRENE Argentina. (2004) *Comunicación Conyugal*. Extraído el 9 de septiembre de 2008 de: [www.eireneargentina.com.ar/content/view/58/50/](http://www.eireneargentina.com.ar/content/view/58/50/)

El Mostrador. (2008) *Texto Completo del documento oficial sobre el Auge*, Extraído el 23 de julio, 2008, de [www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/detalle\\_noticia.asp](http://www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/detalle_noticia.asp)

Geocities. (2008) *Universo y Muestra*, Extraído el 12 de junio, 2008, de [www.geocities.com/mauricio\\_lavoz/universoymuestra.ppt](http://www.geocities.com/mauricio_lavoz/universoymuestra.ppt)

Gobierno de México. *Comunicación Familiar*. Extraído el 9 de septiembre de 2008 de [www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Servicios/Biblioteca/presentacionesppt/17.ppt](http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Servicios/Biblioteca/presentacionesppt/17.ppt)

Ley 19.947 (2004). *Nueva ley de Matrimonio Civil*. Extraído el 8 de Octubre de 2008 de [www.estudio-juridico.cl/matricivil.htm](http://www.estudio-juridico.cl/matricivil.htm)

MINEDUC (2002), "*Indicadores de la Educación en Chile 2002*", extraído el 16 de septiembre de 2008 de [www.mineduc.cl/biblio/documento/Indicadores\\_para\\_la\\_Educ.pdf](http://www.mineduc.cl/biblio/documento/Indicadores_para_la_Educ.pdf)

MINSAL (2006). *Cuarta medida en 100 días*. Extraído el 8 de Octubre, 2008 de: [www.minsal.cl/ici/destacados/presentacion-cuarta-medida.ppt](http://www.minsal.cl/ici/destacados/presentacion-cuarta-medida.ppt)

Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2008) Extraído el 15 de Septiembre, 2008 de: <http://www.trabajoinfantil.cl/definiciones.html>

Mis tareas. (2006) *Como se justifica la investigación*. Extraído el 23 de Julio. 2008. de <http://www.mistareas.com.ve/Justifica.htm>

Monografias.com (2007) *Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria*, Extraído el 9 de Septiembre, 2008, de [http://www.monografias.com/trabajos905/salud-familiar-primaria/salud-familiar-primaria.shtml#\\_Toc154315025](http://www.monografias.com/trabajos905/salud-familiar-primaria/salud-familiar-primaria.shtml#_Toc154315025)

Padres OK (2008) *El mejor estilo de crianza. Entre el amor y los límites*. Extraído el 19 de Mayo del 2008, de [http://www.padresok.cl/paginas/ver\\_notas.cfm?TipoVisor=detalle&ObjectId=8475B78E-F85B-4FFC-A2A10FA2E6ED4EF4](http://www.padresok.cl/paginas/ver_notas.cfm?TipoVisor=detalle&ObjectId=8475B78E-F85B-4FFC-A2A10FA2E6ED4EF4)

Pediatra.cl (2007) *¿Qué es el abuso sexual?* Extraído el 8 de Octubre del 2008, de [www.pediatria.cl/abuso-sexual.htm](http://www.pediatria.cl/abuso-sexual.htm)

Psicología sin fronteras (2007). *Negligencia: Discriminación y desprotección de la infancia*. Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología. Extraído el 8 de Octubre del 2008 de

[www.psicologossinfronteras.net/psfnet-revista-2-1y2-2007-perezmuga.htm](http://www.psicologossinfronteras.net/psfnet-revista-2-1y2-2007-perezmuga.htm)

Santibáñez S. (2008) *Salud Familiar; Medicina Familiar*. Extraído el 9 de Septiembre del 2008, de

<http://www.slideshare.net/guested4b08/medicina-familiar-dr-santibaez/>

Tu salud (2008) *Alcoholismo*. Extraído el 15 de Septiembre, 2008 de:

<http://www.tusalud.com.mx/121001.htm>

Universidad de Los Lagos (2008) *Etapas Y Surgimiento De La Política De Salud En Chile*. Extraído el 20 de Agosto, 2008 de:

[http://social.ulagos.cl/politicas%20sociales/politica\\_salud.doc](http://social.ulagos.cl/politicas%20sociales/politica_salud.doc)

Wikipedia (2008) *Asma*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/Asma>

Wikipedia (2008) *Depresión*. Extraído el 15 de Septiembre, 2008 de:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n>

Wikipedia (2008) *Diabetes*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/Diabetes>

Wikipedia (2008) *Dislipidemia*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/dislipidemia>

Wikipedia (2008) *Enfermedad*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/enfermedad>

Wikipedia (2008) *Hipertensión*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/hipertensi3n>

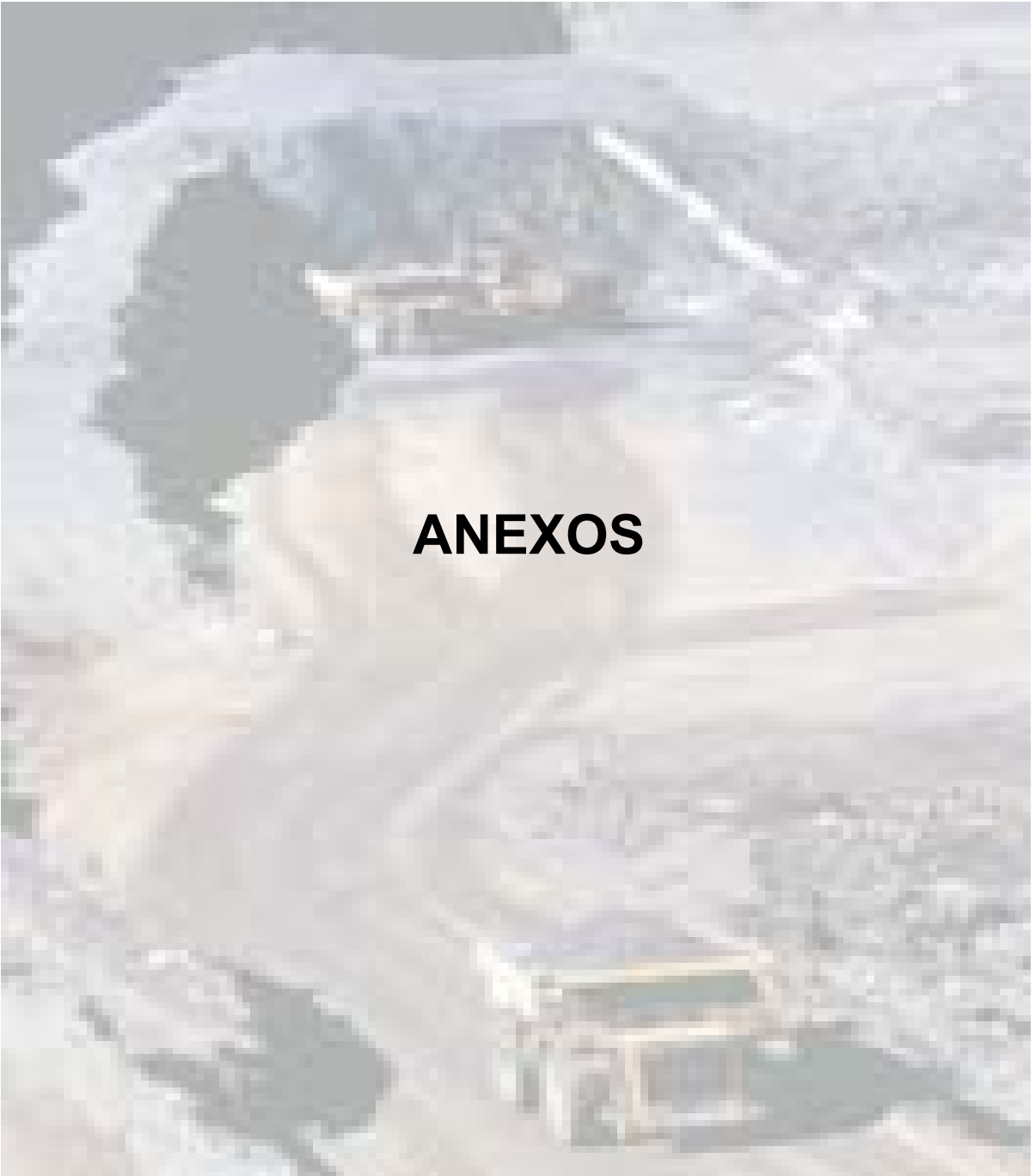
Wikipedia (2008) *Hipotiroidismo*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wiktionary.org/wiki/Hipotiroidismo>

Wikipedia (2008) *Retraso mental*. Extraído el 8 de Octubre, 2008 de:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Deficiencia-mental>

Wikipedia (2008) *Sobrepeso/Obesidad*. Extraído el 01 de Octubre, 2008 de:  
<http://es.wiktionary.org/wiki/Sobrepeso/Obesidad>



## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA

1. ¿Ud. y/o su familia conoce el Programa de Salud de la Clínica Río Blanco en el cual están inscritos?

Sí       No está seguro       No

2. ¿Cuánto tiempo llevan inscritos en el Programa de Salud Familiar?

Entre 0 y 1 año       Entre 2 y 3 años       Más de 3 años

3. ¿Cuánto fue la última vez que se atendió en el Programa de Salud Familiar?

Durante los últimos 6 meses       Durante los últimos 12 meses       Desde hace 1 año o más

4. Identifique al menos 3 componentes del Programa de Salud Familiar

---

---

---

5. ¿Qué actividades han realizado para informarse respecto al Programa de Salud Familiar?

Preguntar directamente en CRB       Preguntar a otros beneficiarios       No ha preguntado

6. Mencione 3 motivos por las cuales están inscritos en el Programa de Salud Familiar

---

---

---

7. Cuando necesita atenderse, ¿A dónde acude en primera instancia?

Programa de Salud Familiar       Centro de Especialidades  
 Urgencia       Otro (especifique)

---

8. En caso de no atenderse en Programa de Salud Familiar, Indique el motivo

---

9. ¿Cree que el Programa de Salud Familiar cubre las necesidades de los beneficiarios?

---

---

---

10. Mencione 3 necesidades que Ud. considera que debería cubrir el Programa de Salud Familiar?

---

---

---

**11. ¿Ud. ha observado que los distintos profesionales del Programa de Salud Familiar trabajan de manera conjunta?**

Sí  No está seguro  No

**12. ¿Conoce información que entrega el Programa de Salud Familiar respecto al cuidado y prevención de enfermedades?**

Sí  No está seguro  No

**13. ¿Se ha sentido apoyado por el equipo del Programa de Salud Familiar en la rehabilitación de alguna enfermedad y reinserción social cuando ha sido necesaria?**

Sí  No está seguro  No

**14. Si Ud. ha recibido apoyo por el equipo de Salud Familiar, califique de 1 a 7 esta ayuda.**

---

**15. Desde que se ha inscrito en el Programa de Salud Familiar, ¿Ha sido atendido por el mismo equipo de salud y de manera permanente?**

Sí  No está seguro  No

**16. ¿Han tenido alguna problemática con respecto al Programa de Salud Familiar?**

Sí  No está seguro  No

**¿Cuál/es?**

---

---

---

**17. ¿Han sido beneficiados de alguna manera respecto al Programa de Salud Familiar?**

Sí  No está seguro  No

**¿Cuál/es?**

---

---

---

**18. Indique el nombre de su médico de cabecera**

---

**19. ¿Su familia ha recibido alguna Visita domiciliaria por parte de algún integrante del Programa de Salud Familiar?**

Sí  No está seguro  No

**20. ¿Qué entiende por “Consejería familiar”?**

---

**21. ¿Ha participado de alguna Consejería familiar realizada por el Programa de Salud Familiar?**

Sí  No está seguro  No

**22. ¿Qué nota le asignaría al Programa de Salud Familiar ? (De 1.0 a 7.0)**

---

**23. ¿Recomendaría a otras personas la inscripción en el Programa de Salud Familiar?**

Sí  No está seguro  No

**24. Mencione 3 sugerencias para mejorar el Programa de Salud Familiar**

---

---

---

## FICHA FAMILIAR

Familia:  
Dirección:

Fono:

N° Ficha:  
Fecha:

Nombres	Apellidos	Parentesco	Sexo	Fecha de Nac.	E° Civil	Escolaridad	Prof./ Activ.	Previsión	Carga	E° de salud
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

Tipo de familia			
Unipersonal		Monoparental	
Biparental		Extensa	
Nuclear		Otra	

Ciclo de Vida Familiar	
Formación de la pareja (hasta nac. del primer hijo).	
Crianza inicial de los hijos (hasta los 2a.6m. del primer hijo).	
Fam. con niños preescolares (hasta 6a. del primer hijo).	
Fam. con niños escolares (hasta los 13 a. del primer hijo).	
Fam. con hijos adolescentes (hasta los 20 a. del primer hijo).	
Fam. plataforma de lanzamiento (hasta que último hijo deja la casa).	
Fam. de edad media(hasta término de trabajo en uno o ambos de la pareja)	
Fam. anciana (hasta la muerte de ambos miembros de la pareja).	

Genograma	Ecomapa
	<div style="text-align: center;"> <p>Salud</p> <p>Familiares</p> <p>Recreación</p> <p>Educación</p> <p>Amigos</p> <p>Cultural</p> <p>Otros</p> <p>Trabajo</p> <p>Iglesia</p> </div>

Dinámica Familiar			
Adaptabilidad		Cohesión	
Rígida		Aglutinada	
Estructurada		Unida	
Flexible		Independiente	
Caótica		Desligada	

Límites	
Rígidos	
Difusos	
Claros	

Jerarquización	
Autoritario	
Democrático	
Permisivo	

Poder	
Patriarcal	Matriarcal

Comunicación	Buena	Regular	Mala
Sist. Conyugal			
Sist. Parental			
Sist. fraternal			

Factores de Riesgo				
Menor				
Mediano				
Mayor				

Factores Protectores		
Amplias redes sociales		
Escolaridad adecuada (EBC)		
Vivienda en Condiciones adecuadas		
Estabilidad y satisfacción laboral		
Necesidades básicas y recreación cubiertas		
Expresiones de afecto		
Sentido de pertenencia		
Red de apoyo familiar		
Otros		

Diagnóstico	Plan de Intervención	Profesional	Fecha

## ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA EXCLUSIVA ÁREA SALUD FAMILIAR

1. ¿Desde que fecha trabaja en Clínica Río Blanco?
2. ¿Desde cuándo pertenece al Departamento de Salud Familiar?
3. ¿Cuántas veces al mes se reúnen como equipo?
4. ¿Considera suficientes los recursos humanos, económicos y materiales para responder a las necesidades de los usuarios?
5. Indique 3 características principales del Modelo de Salud Familiar que operan en la Clínica Río Blanco
6. ¿Cuáles son los instrumentos o técnicas que se utilizan para identificar problemáticas biopsicosociales en las familias?
7. Identifique al menos 3 fortalezas del proceso de implementación del Modelo de Salud Familiar
8. Según su criterio ¿Cuáles serían las 3 principales debilidades que presenta el Modelo de Salud Familiar en la Clínica?
9. Identifique al menos 3 oportunidades que surgen de la existencia del Modelo de Salud Familiar con el que Ud. trabaja.
10. Identifique 3 amenazas que surgen de la existencia del Modelo de Salud Familiar con el que Ud. opera.
11. ¿Qué propondría para mejorar el Modelo de Salud Familiar?
12. ¿Ud. ha podido observar algunas diferencias en la forma de intervenir a los pacientes desde que se utiliza el Modelo de Salud Familiar? ( indique tres al menos)
13. Los “indicadores de impacto” son los que permiten visualizar si se ha logrado disminuir el riesgo en las familias de acuerdo a los logros anuales, los que pueden ser de tipo biomédicos, sociales y psicológicos entre otros.

De acuerdo a lo anterior: ¿Clínica Río Blanco maneja estos indicadores para poder intervenir posteriormente?

14. ¿Qué opina sobre la coexistencia de dos modelos de salud (biomédico y de salud familiar) al interior de Clínica Río Blanco?

15. Según su criterio ¿Cuál modelo de salud tiene mejores resultados?

**ENTREVISTA A PROFESIONALES DE SALUD CRB (EXCEPTUANDO A PERSONAL DE SALUD FAMILIAR)**

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Clínica Río Blanco?
2. ¿Cuál es su área específica de trabajo?
3. ¿Cuáles son los instrumentos o técnicas que se utilizan para identificar problemáticas biopsicosociales en los pacientes?
4. ¿Considera suficientes los recursos humanos, económicos y materiales para responder a las necesidades de los usuarios?
5. ¿Cuáles serían las 3 principales debilidades que presenta el modelo con el cual opera?
6. Identifique al menos 3 fortalezas del modelo de salud en cual usted opera
7. Identifique al menos 3 oportunidades que surgen de la existencia del Modelo de Salud con el que Ud. trabaja.
8. Identifique 3 amenazas que surgen de la existencia del Modelo de Salud con el que Ud. opera.
9. Identifique al menos tres ideas para mejorar el modelo de salud en el que Ud. opera?
10. Los “indicadores de impacto” son los que permiten visualizar si se ha logrado disminuir el riesgo en las familias de acuerdo a los logros anuales, los que pueden ser de tipo biomédicos, sociales y psicológicos entre otros.  
De acuerdo a lo anterior:  
¿Clínica Río Blanco maneja estos indicadores para poder intervenir posteriormente?
11. Qué opina sobre la coexistencia de dos modelos de salud (biomédico y de salud familiar) al interior de la Clínica Río Blanco?
12. Según su criterio ¿Cuál modelo de salud tiene mejores resultados?
14. ¿Recibe derivaciones de pacientes desde salud familiar?

# Evalúan modelo de salud familiar de CRB



567 familias inscritas en el modelo de Salud Familiar serán encuestadas para la elaboración del diagnóstico.

18

**A** cuatro años de la puesta en marcha del modelo de Salud Familiar en Clínica Río Blanco (CRB), División Andina se encuentra realizando un diagnóstico situacional de éste, identificando la incidencia de factores sociales.

El estudio es efectuado como seminario de título por cuatro estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, bajo la supervisión

de la **asistente social** de División Andina, **Ana María Alvear**, y la **ingeniero especialista de la Gerencia de Desarrollo Humano**, **Lorena Montes de Oca**.

"Nos parece importante hacer una evaluación del modelo de salud familiar de CRB, para lo cual se encuestará a la totalidad de las familias que están inscritas en el modelo", comentó Lorena Montes de Oca.

El estudio se llevará a cabo mediante la elaboración y aplicación de **dos instrumentos sociales de carácter cualitativo y cuantitativo: ficha familiar reformulada y una encuesta de satisfacción usuaria**.

Ambos instrumentos serán **aplicados** a un total de **567 familias** inscritas en el modelo, lo que representa una **muestra representativa del 68% del total de beneficiarios de Isapre Río Blanco**. Las familias serán encuestadas por las **alumnas memoristas Susana Luna, Evelyn Maturana, Paula Silva y Stephanie Zanetta**.

El diagnóstico comprende la recolección de antecedentes familiares; conocer la percepción de los beneficiarios respecto del funcionamiento del modelo de salud familiar en CRB; identificar factores sociales que incidieron en la implementación del modelo de salud familiar en CRB mediante la entrevista a informantes claves, y, finalmente, diseñar una propuesta de intervención.

**Tanto los hallazgos como la información obtenida permitirá conocer y comprender de una manera objetiva y esclarecedora los factores sociales que la Clínica Río Blanco ha experimentado y que influyen en el proceso de optimización del modelo de salud y, de esta manera, proponer nuevas rutas posibles a seguir con el fin de aportar al avance de la implementación.** ■



Ana María Alvear, Lorena Montes de Oca y las alumnas memoristas Susana Luna, Evelyn Maturana, Paula Silva y Stephanie Zanetta.