



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Programa de Magíster en Psicología Comunitaria

TESIS DE MAGISTER:

MODELO COMUNITARIO VERSUS MODELO BIOMEDICO
UN ACERCAMIENTO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Por

SARA ELIZABETH TAPIA SAAVEDRA

Director de Tesis: Víctor Martínez.

Octubre 2013

Y aquellos que fueron
Vistos danzando
Fueron vistos como locos
Por aquellos que no podían oír la música

Nietzsche

Índice

| | |
|------------------------------|-----|
| 1. Introducción | 4 |
| 2. Antecedentes | 8 |
| a. Teóricos | 8 |
| b. Contextuales | 26 |
| c. Empíricos | 42 |
| 3. Pregunta de investigación | 45 |
| 4. Hipótesis | 49 |
| 5. Objetivos | 49 |
| 6. Metodología | 50 |
| 7. Análisis Resultados | 56 |
| 8. Discusión | 112 |
| 9. Conclusión | 121 |
| 10. Referencias | 126 |
| 11. Anexos | 135 |

1. Introducción

Para comenzar, debo comentar que el presente trabajo es fruto de un largo camino que ha ido tomando un rumbo inesperado en relación a lo que intuía al comienzo de éste. Mencionar que soy fonoaudióloga de profesión y esta tesis cierra, de alguna forma, un círculo de eventos vitales que guiaron este proceso. Por diferentes razones, mi experiencia profesional se ha desarrollado en contextos comunitarios, en los que me he visto enfrentada a múltiples desafíos desde el “hacer”, lo que ha enriquecido mi formación profesional y principalmente mi desarrollo personal. A lo largo de estos años llegué a un punto en el que necesitaba más herramientas conceptuales, que significaran un apoyo reflexivo a mi forma de trabajar.

Este camino profesional se inicia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, recibiendo una formación estructurada desde el modelo biomédico, donde la enseñanza estaba más centrada en la patología y en aprender cómo intervenirla. En esta estructura, las vivencias personales y contextos sociales usualmente perdían relevancia ante la enfermedad misma. No fue hasta que comencé a trabajar en CETRAM (Centro de Trastornos del Movimiento), una Organización No Gubernamental (ONG) con enfoque comunitario (parte de una comunidad de personas con enfermedades neurodegenerativas), que me detuve a analizar las herramientas con las que contaba para vincularme y trabajar en contexto real. Lo que encontré en esta búsqueda personal estaba más ligado a mi historia de vida que a la formación que había recibido en mis años de estudiante. Con lo anterior no pretendo desconocer el valor de dicha formación, sino más bien contextualizar mi reacción frente a esta comunidad desconocida, que era activa ante su salud, en la cual mis conocimientos (los que eran mis logros universitarios) no tenían mayor relevancia, si no era capaz de ponerlos al servicio de una colectividad que tensionaba el rol profesional, que se agrupaba y de la cual, como terapeuta era un participante más de la situación.

En este andar descubrí que no existe algo llamado “Fonoaudiología comunitaria”, y que lo más cercano a mis pretensiones era este magíster. Sin embargo, constituía todo un desafío enfrentar el post-grado desde una disciplina tan diferente a la comprendida en mi formación inicial, pero a la vez muy familiar a la experiencia laboral que he desarrollado. De esta manera, los temas tratados han tomado forma y sentido en mí día a día.

La posibilidad de estar inserta y trabajando en centros de salud con distintas perspectivas interventivas, me ofreció la oportunidad de conocer y experimentar diversos contextos terapéuticos, entre ellos, algunos muy propios del modelo biomédico y en otros más cercanos al modelo comunitario, estas experiencias sembraron la inquietud respecto a la forma en que se interviene la salud-enfermedad en Chile. Este proceso intuitivo durante mi formación profesional y mis primeros años de ejercicio como fonoaudióloga, son el origen de la presente propuesta investigativa.

Luego de una búsqueda y variadas experiencias laborales, me detuve a mirar las políticas públicas relacionadas a la salud y nuestra realidad socio sanitaria actual, pude observar que en este momento se encuentran en la práctica tanto el modelo biomédico como el comunitario, el primero como parte de los procesos interventivos históricos de nuestra salud y el segundo como parte de una propuesta política que busca implementar modelos de trabajo más cercanos a la comunidad, específicamente en la atención primaria de salud (APS), donde actualmente se está implementando un programa de atención integral, el cual incluye en su estructura a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), como la estrategia de abordaje en rehabilitación.

En el presente trabajo se contemplará esta estrategia promovida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la salud) como un ejemplo de la utilización del ejercicio comunitario en la salud primaria, ya que es esta la rehabilitación que se incluye en las guías de salud referente a los CCR (Centros Comunitarios de Rehabilitación), además de ser explicitado en la ley 20.422 donde en el art. 22 se estipula que “el Estado fomentará preferentemente la rehabilitación con base comunitaria (RBC) así como la creación de centros públicos o

privados de prevención y rehabilitación integral, como estrategia para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.

Por esto se ahondara en los objetivos y características de esta estrategia de rehabilitación, además de presentar antecedentes referentes a la propuesta en la política pública pertenecientes a la rehabilitación integral, también señalada en la ley 20.422. De esta forma la RBC se constituye en la estrategia que el estado compromete y promueve en nuestro sistema de salud, comprendiendo esta como:

(...) una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad (p.2).

La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros (OMS, 2004).

En este contexto surgen dudas respecto a ¿cómo se están implementando estas estrategias parte del modelo comunitario en la atención primaria? y ¿cómo se estará relacionando en la práctica con el modelo biomédico?. Ante estos cuestionamientos generales surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los conceptos y prácticas de la intervención en salud, presentes en profesionales y usuarios de rehabilitación, insertos en atención primaria de salud?, ¿Cuál es el nivel de integración del modelo comunitario en la práctica de estos profesionales que trabajan en APS?

Por esto, para sustentar y dar la relevancia necesaria a estos contenidos, se desarrollarán diversos antecedentes que contextualizarán el tema a investigar: En primer lugar se expondrán antecedentes contextuales, donde se presentará información respecto a nuestra historia como país, en relación a la evolución de las políticas públicas y desarrollo de las perspectivas de intervención en salud, revelando la aplicación de las experiencias comunitarias en la realidad nacional, hasta llegar a la definición y aplicación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad y Salud integral, que son el

sustento conceptual para la intervención en atención primaria desde el modelo comunitario.

En el apartado de antecedentes teóricos, se presentará información sobre las visiones históricas de salud – enfermedad y discapacidad, además de desarrollar conceptos teóricos como; Sistemas de actuación (habitus), estructuras y construcciones conceptuales a la base de los modelos comunitarios y biomédicos.

Finalmente se expondrán antecedentes empíricos, referidos a investigaciones que posicionan la utilización del modelo comunitario en nuestra realidad nacional, mostrándonos experiencias en la instalación de esta forma de abordar la salud desde la institucionalidad.

La metodología utilizada para la presente investigación es de carácter cualitativo, dónde se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales y usuarios de rehabilitación, quienes se encontraban insertos en la atención primaria (Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros comunitarios de Rehabilitación (CCR)). Con la selección de estos entrevistados se buscó de alguna forma representar ambos modelos, al biomédico (entrevistados de CESFAM) y al comunitario (entrevistados de CCR), siendo el propósito de estas entrevistas obtener material para caracterizarlos, observando su funcionamiento y relación en la práctica. Los datos fueron analizados mediante la metodología de análisis de contenido, exponiéndose los resultados, discusión y conclusión al final de este trabajo.

Se espera con este estudio ayudar a fundamentar la instalación del modelo comunitario en los CCR, aportando con información que sustente tanto las fortalezas como las debilidades en la implementación de este enfoque en contexto real, buscando se generen las adecuaciones necesarias para que este modelo pueda expresarse en plenitud, aportando de esta forma a la rehabilitación e inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

2. Antecedentes

2 a). Antecedentes teóricos

Visión histórica de salud-enfermedad y su relación con la Discapacidad:

Barnes (1998) realiza una descripción en relación a la postura de la cultura griega, utilizando el mito de Hefesto (hijo cojo de Zeus y Hera), dónde nos permite visualizar una relación entre los modelos de vinculación y percepción de las personas con discapacidad, sugiriendo un carácter represivo de la cultura griega. Relaciona estas características con el ideal de perfección corporal asociada con el culto al cuerpo fuerte y viril propia del carácter guerrero y luchador del pueblo griego. Hefesto ofrece una explicación del por qué se clasifica a los “defectuosos”, y con ello el papel y la influencia de la cultura griega en la búsqueda de la perfección, posicionando a lo físico en un lugar central.

Almeida, Angelino, Kipen & Lipschitz (2010), por su parte plantean una explicación desde la ideología de la normalidad, considerándola como potenciadora y legitimadora de determinado orden. En su revisión plantean que cuando se habla de los “discapacitados” esta asociación tendrá un “origen” matemático que es expresado como la falta de un miembro, alteración en el funcionamiento de algún órgano o bajo cociente intelectual, considerando que esta falta lo convierte en un ser incompleto con respecto a la completitud de la mismidad. Con este análisis se evidencia la clasificación de “los discapacitados” por la falta de algo, ya sea que nunca lo tuvo o que lo perdió, razonando en el fondo que la diferencia se establece desde esta ausencia de completitud, explicada dentro de la posibilidad de funcionar “en los límites de la normalidad”. Por otro lado, estos mismos autores señalan como significativas las consideraciones respecto a la

“otredad” y a la “mismidad”, explicando esta diferencia a través de la noción matemática de la resta, de aquello que le falta al “Otro” para ser como “Uno Mismo”, postulan que los “discapacitados” son parte de un Otro que, al alejarse de la normalidad, se aleja del Nosotros. Es esta identidad, desviada de la Mismidad, la que se considera diversa o especial (Almeida et al., 2010).

Por su parte Michel Foucault, en sus cursos de 1974/1975 en el Collège de France, presenta la categoría de “anormales”, tomando este término utilizado en el siglo XIX para explicar situaciones médico legales. Para Foucault, la utilización de la palabra “anormales” tiene relación con lo que él llama “poder de normalización”, donde ubica en una situación de control a este “tipo” de personas, generando instancia diferentes para ellos, guiando las acciones hacia la “normalización”.

Con los argumentos anteriores se puede evidenciar la presencia de estereotipos y/o estigmas asociados a las personas en situación de discapacidad, lo cual tendría una arraigada base culturalmente perpetuada hasta la actualidad.

Si nos detenemos a analizar los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos decir que se refleja una perspectiva que posiciona la diferencia como algo negativo, lo cual cobra mayor importancia al considerar que la OMS es una institución cuya autoridad es directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, siendo responsable de ejecutar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales (OMS, 2011). Una muestra de esta perspectiva es el lenguaje utilizado para la clasificación realizada en 1980, donde se establece una codificación bajo tres grandes categorías: Deficiencia, Discapacidad y Minus-valia (menos-válido), en estas palabras se evidencia lo anteriormente señalado en relación a la falta (ideología de la normalidad) o lo defectuoso (cultura griega), la situación de salud se expresa a través de carencias, centrando la clasificación en un carácter estrictamente individual (una condición de salud específica, de una persona particular), lo que claramente deja por fuera todo el contexto social de la persona, familia y comunidad parte de la situación de salud.

Pasado veinte años y a consecuencia de diversos cambios sociales, políticos y económicos a nivel mundial, se realiza una nueva clasificación en el año 2001 (la cual es llamada: “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, conocida con las siglas CIF), en la que se efectúa un cambio de lenguaje en sus planteamientos con el propósito de mediar en las formas de ver la salud. La categorización se establece esta vez en positivo (Estructura y Función (previa deficiencia), actividad (previa discapacidad) y participación (previa minusvalía)), sin embargo, se sigue realizando una clasificación en la que la elección de los conceptos se centra en la persona, en sus estructuras o funciones corporales, focalizando nuevamente el discurso en la ausencia, defecto o mal funcionamiento de (...), limitando los derechos y deberes al individuo “afectado”, sin realizar necesariamente el ejercicio de la construcción social de la “discapacidad” ni el abordaje parcial que se realiza de esta, no obstante, esta clasificación ofrece un lenguaje nuevo y una renovada forma de intervenir y de ver la salud, siendo esta clasificación la guía de las decisiones sanitarias de diversos países que ven en la OMS normas y reglas a las cuales ceñirse.

En nuestro contexto, podemos encontrar también definiciones que enmarcan nuestra forma de relacionarnos con la discapacidad y rehabilitación. En el artículo 5° de la ley 20.422, la cual establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social, se define a la persona con discapacidad como:

Aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (p.2).

Al analizar esta definición, se puede observar que no se limita sólo a los aspectos biológicos o propios del individuo, sino que incorpora a la sociedad y sus limitaciones

en el concepto, lo que es significativo a la hora de establecer planes, programas o estrategias que busquen incidir en la calidad de vida de las personas, más allá del individuo, ampliando las acciones al entorno, las redes, etc. Con esto, eventualmente se podría dar pie a no hablar necesariamente de una persona en situación de discapacidad, sino quizás plantearlo como una sociedad no adaptada.

En relación al concepto de Rehabilitación, y tomando lo planteado por la Guía RBC 2012, esta se entenderá esta como:

Un conjunto de medidas que les permiten a las personas con discapacidad lograr y mantener un funcionamiento óptimo en su ambiente. La rehabilitación es relevante tanto para los que adquieren discapacidades durante su vida, como para los que tienen discapacidades desde su nacimiento. Los servicios de rehabilitación van desde los servicios básicos hasta los especializados, y se brindan en muchos sitios diferentes, por ejemplo, hospitales, hogares y ambientes comunales (p. 8).

Esta definición se extrajo de la Guía realizada por la OMS referente a la rehabilitación basada en la comunidad, siendo ésta la rehabilitación que contempla la ley 20.422 y las estrategias referentes a la intervención integral en salud instalada en atención primaria (MINSAL, 2010).

La rehabilitación como tal (basada en la comunidad) contempla múltiples ejes, más allá del sistema de salud mismo, sino también áreas como educación, trabajo, vivienda, etc., por esto es una mirada más global de la situación, lo cual requiere de preparación a nivel profesional, de instancias legislativas e institucionales que enmarquen la ejecución y correcta implementación de este tipo de práctica en salud.

Así mismo el concepto de inclusión social se vuelve relevante de exponer, ya que se convierte en el fin último de la intervención. Según Silva (s.f) señala que inclusión social se refiere a:

La relación y construcción del sujeto con el entramado social. Contempla las implicancias de los significados que el sujeto individual y social construye en torno a la participación y su condición de ciudadanos. La ciudadanía relacionada con la posibilidad de ejercer los derechos civiles, políticos, económicos, sociales culturales y del medio ambiente. Es decir, ubicar al ser humano como sujeto de derecho, como el centro del desarrollo, además de hacer una exigencia de participación ciudadana y democrática en que no hay exclusiones de ninguna naturaleza.

Este concepto aparece en relación a los niveles de participación que logre una persona, señalando explícitamente como objetivo de rehabilitación en distintas guías gubernamentales (MINSAL 2007, MINSAL 2009, MINSAL 2010, MINSAL 2011). A este respecto se refiere:

El proceso de rehabilitación tiene como objetivo final la inclusión social (...). La conceptualización de inclusión está ligada a los derechos humanos, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (ONU, 1948 citado en MINSAL 2010), podemos inferir en primer término que la sociedad representada por el Estado y el gobierno debe hacer valer esta premisa a través de tener políticas públicas inclusivas como elemento estructural (MINSAL 2010).

El rol del equipo de rehabilitación es de asesor, facilitador, guía de la persona con discapacidad y su familia y de enlace con la red de salud e intersectorial para lograr la inclusión social y el logro de todos los derechos que le corresponden (MINSAL, 2009).

En los extractos anteriores se evidencia la intención por parte de la política de explicitar la inclusión social como un logro de la intervención, entendiendo con esto la relevancia de la participación y el alejamiento con ello de cualquier tipo de exclusión.

Sistemas de actuación en salud:

Teoría del Habitus:

Los sistemas de actuación propios de la atención de salud y generadores de la práctica de los profesionales y de los usuarios partícipes de este sistema en Chile, tienen base en el contexto histórico y cultural que ha influenciado las formas de comprender la salud, y con ello, los comportamientos, pensamientos y modelos a seguir en torno a diferentes situaciones. En este contexto, tanto el modelo biomédico como el comunitario tienen sistemas de actuación que los diferencian y definen.

Para realizar un análisis específico de ambos modelos se trabajará desde el concepto de Habitus, el cual es central en la teoría propuesta por Pierre Bourdieu, quien lo define como: “Sistemas de disposiciones durables, son estructuras estructuradas, es decir, en tanto que principio de generación y de estructuración de prácticas (...)” (Bourdieu, 1980).

Bourdieu postula que este concepto sería un principio generador de la práctica, en el que intervienen estructuras culturales, sociales, comunitarias, donde el habitus funcionaría como una matriz para percibir, actuar, sentir y emocionarse, posicionarse, tomar decisiones, para hablar, etc. (Martínez, 2006).

Por esto en la génesis del habitus, Bourdieu propone que intervienen dos procesos que llama “inculcación” e “incorporación”, donde el primero sería el aprendizaje mediado por una acción pedagógica específica, en un espacio institucional (como la escuela o el trabajo), con agentes preparados para tal función (donde se imponen reglas arbitrarias), mientras que el concepto de incorporación, tiene relación con las estructuras interiorizadas, es decir las que han sido aprendidas por experiencias, donde se incluye

todo el aprendizaje realizado con nuestras familias. En este contexto Bourdieu (1979) plantea que toda institución ejerce su poder de inculcación señalando que:

La acción pedagógica de la familia y de la escuela (...) se ejerce por lo menos en igual medida a través de condiciones económicas y sociales que son la condición de su ejercicio, que a través de los contenidos que inculca (p. 57).

En concreto, Bourdieu propone que se produciría una articulación dialéctica entre estos dos procesos (inculcación e incorporación), entre lo institucional y la experiencia del mundo social (Arredondo, 1992). Las estructuras generadas a partir de estos procesos pueden ser vistas como interiorizadas y por otras como implícitas, lo que se explica de la siguiente manera:

Estructuras interiorizadas: En este caso el habitus es entendido como un sistema aprendido, de estructuras exteriores - interiorizadas, lo que pudiera entenderse como subjetivo (sin ser por esto individual), donde se agrupan esquemas tanto de percepción, de concepción y de acción que son comunes a todos los miembros del mismo grupo. Desde esta mirada, lo subjetivo y lo objetivo se incluyen entre sí, vinculándose generativamente (uno está contenido en la otro), en este caso la objetividad está dentro de la subjetividad. Por su parte, la objetividad construye la subjetividad y esta última reconstruye las objetividades que la condicionan, aportando con esto a la presencia de lo objetivo en los significados, señalando que la presencia del componente objetivo favorece que nos entendamos y tengamos un sentido común, contribuyendo a la comprensibilidad de nuestras identidades (Martínez, 2006).

Estructuras implícitas: En este caso el habitus opera a un nivel automático, inconsciente, donde estas estructuras sociales interiorizadas están instaladas en el cuerpo de los sujetos y no en sus conciencias, en palabras de Bourdieu “es historia hecha naturaleza”. Con esto se explica que las prácticas sean vistas como evidentes por los actores dotados

del manejo práctico del sistema de esquemas de acción y de interpretación que constituyen el habitus.

Estos habitus condicionarían la concertación objetiva de las prácticas y la visión de mundo de las personas que viven expuestas a situaciones similares, la interacción entre los individuos gatillarían la activación sinérgica de sus sistemas de habitus, generando con esto las estructuras objetivas, exteriores. Con esto, la igualdad en ciertas condiciones o su similitud, tendería a producir sistemas de disposición parecidos, lo que se refleja en una homogeneidad relativa del habitus, encaminando las prácticas hacia una regularidad y armonización objetiva.

Además de lo anteriormente señalado, el habitus permite dar cuenta de la diversidad humana, ya que se trata de modos de generación distintos, donde los diferentes estilos de vida, los puntos de vista, las experiencias, condicionan las definiciones diversas de lo posible y lo imposible, que entregan formas de ver y experimentar realidades cercanas o lejanas. Con todo lo anterior el habitus define el campo de lo posible para la práctica, ya que las prácticas generadas desde aquí se definen en un campo de posibilidades objetivas inscritas en el presente, “cosas a hacer o no hacer, cosas a decir o no decir, cosas a pensar y no pensar” (Martínez, 2006).

En este contexto la práctica social relaciona estructuras objetivas, el habitus y los contextos situacionales, por lo que se vuelve necesario concebir las prácticas condicionadas por las estructuras y situaciones, dejando claro que la práctica no es una reacción mecánica ni a las estructuras objetivas ni a las situaciones, ya que no es reducible al funcionamiento mecánico de montajes preestablecidos de modelos, normas o roles y pertenece al producto de una relación dialéctica entre una situación y un habitus. Martínez (2006), resume esto de la siguiente forma: “(...) la práctica es un actuar permanentemente abierto e irreversible, encuadrada por las estructuras externas, guiada estratégicamente por el habitus y construida en los contextos situacionales (cotidianos, de trabajo, etc.)”.

Enfoque comunitario:

Martínez (2006) lo define como: “El enfoque comunitario es un modelo metodológico-en el cual subyace una cosmovisión o paradigma particular de lo psicosocial para orientar el trabajo de las instituciones con las comunidades humanas con las que se relaciona”.

De esta forma, este enfoque se encuentra a la base de las prácticas que se puedan realizar en una intervención, ya sea como parte de una política, programa o proyecto. Martínez (2006), postula una triple articulación en este enfoque:

1. **Articulación teórico-práctica:** la relación con la teoría que tendría el enfoque comunitario estaría dada por su orientación a la práctica, donde la utilización de modelos operativos constituiría una modalidad reflexiva de construcción teórica sustentada en y controlada desde la práctica. En relación a la construcción del presente marco teórico, este punto se vuelve de especial importancia, ya que este proyecto de investigación tiene como tema central las prácticas de intervención en salud realizadas bajo dos modelos (Biomédico-Comunitario), esperando como resultado de los análisis y reflexiones que se realizarán en el presente estudio, una propuesta de articulación entre ellos.

2. **Articulación institucional-comunitaria:** Al igual que la articulación referida en el punto anterior, se relaciona profundamente con el planteamiento que expone esta propuesta, contextualizando que la arquitectura de este enfoque está orientada a lograr una adecuada interpenetración entre el mundo institucional y el mundo comunitario. Este es uno de los puntos índices a desarrollar, específicamente situándolo en la emergencia de nuevas políticas públicas que implícita o explícitamente conllevan este enfoque en sus propuestas. En este caso, las reformas realizadas en el campo de la salud, explicitan su mayor orientación hacia la salud primaria, incluyendo temas como la salud

familiar o la rehabilitación de base comunitaria. Sin embargo, tal como señala este autor, no se puede obviar la institucionalidad tradicional, rígida y burocrática que prima y obstaculiza el poder desarrollar estrategias comunitarias, entendiendo con esto que las instituciones chilenas no están preparadas para trabajar con el enfoque comunitario.

Este autor realiza además una división entre instituciones frías y calientes, estableciendo que las primeras no realizarían un trabajo en contacto directo con la comunidad ni se encontrarían próximas a sus espacios de vida, y las segundas se refieren a aquellas que están cercanas a la comunidad en trato directo con ellas, en sus espacios de vida.

En esta articulación institucional-comunitaria, el diálogo (especialmente un nuevo diálogo) es importante de instalar, principalmente desde el profesional que se encuentra en un contexto institucional pero situado desde un enfoque comunitario (que es lo que se señala en el planteamiento del problema de la presente investigación), ya que si bien la legislación en el papel está estableciendo una nueva propuesta con un enfoque comunitario en su base, realizado desde la institucionalidad, resulta interesante poder analizar cómo los profesionales y la comunidad presentes en este contexto (Centros comunitarios de rehabilitación) vivencian y sienten dicha articulación.

3. Articulación entre encuadre positivo-encuadre negativo: entendiendo encuadre como la perspectiva desde la cual se practica “la lectura y escritura” de lo socio-comunitario. Desde esta perspectiva, se describe al encuadre positivo el que hace emerger las características, capacidades, habilidades, recursos y potencialidades de las personas, grupos y comunidades desde la vereda positiva; en cambio, el encuadre negativo por su parte hace emerger las deficiencias, incapacidades, dificultades, vulnerabilidades, etc., desde la vereda negativa. En Chile y como señala Martínez, la epistemología dominante en las políticas sociales, programas y proyectos dirigidos a la comunidad están dentro de un encuadre negativo, lo que es posible de palpar por ejemplo en el lenguaje utilizado en muchas de las propuestas realizadas desde la institucionalidad, en las que aún persisten términos como la “pensión de invalidez”, entendiendo lo que esta última

palabra significa y lo evidentemente estigmatizador que es dar dicha denominación a una persona. En este caso lo que se propone desde el enfoque comunitario es una articulación entre ambos encuadres, en las operaciones que impliquen lectura (Diagnósticos-evaluaciones-análisis, etc.) o escritura (intervenciones sobre lo socio-comunitario), abordando los problemas detectados en una comunidad (encuadre negativo), movilizandolos recursos comunitarios identificados (encuadre positivo).

Modelos operativos y modelos de acción:

Los modelos como tales permiten situar la práctica de los profesionales y acoplarla con la de los “intervenidos”, todo esto en el marco de una política social y en este caso del plan estratégico y programa de rehabilitación integral.

Con esto podríamos entender que el modelo operativo es parte de la perspectiva institucional que enmarca y orienta la intervención, entregando los modos de percibir y de proceder en la práctica, entregando también las metas y logros a cumplir en la intervención.

Por su parte los modelos de acción, hacen referencia a “los conocimientos y aprendizajes producidos en la práctica y que a su vez contribuyen a producirla”. Estas prácticas se generan al interior de una matriz institucional y operan como partes que interaccionan y dan coherencia a la práctica colectiva. Por lo tanto el modelo operativo con el modelo de acción interactúan bidireccionalmente, donde el primero otorga un encuadre y direccionalidad al segundo, mientras que el modelo de acción entrega espacios de intervención y construcción de las prácticas al modelo operativo (Martínez, 2006)

Modelos de atención en salud:

Se entenderá por modelo el concepto utilizado por las ciencias sociales contemporáneas, que tiene relación con la utilización de los modelos para lograr un acercamiento a la experiencia concreta y desde ahí valorar su beneficio, orientando su funcionalidad a una teoría de menor escala posible de situar en la acción (Martínez, 2006). Desde esta perspectiva Barriga (1991), desarrolla diferentes modelos que subyacen a la intervención psicológica, explicándolo desde dos modelos que él señala antagónicos y exclusivos. Para efectos de esta investigación se tomarán en parte los componentes que propone este autor para diferenciar ambos modelos, considerando los siguientes parámetros: interventor, contexto situacional y sistemas de actuación, intermediarios, receptor e investigación, describiendo sus características desde la intervención en rehabilitación, considerando los modelos biomédico y comunitario como orientadores de la práctica:

-El modelo Biomédico: También puede ser conocido como individualista, clínico, estático, pasivo.

Interventor: En este caso, el interventor es el que se encuentra en posición de poder como consecuencia de sus estudios y conocimientos. Esta situación lo posiciona jerárquicamente en superioridad a las personas a las cuales atiende (que en este caso llamaremos usuarios) Como señala Bourdieu, (1994):

(...) La capacidad de ejercer un poder y una influencia sobre otros. Con otras palabras: el hecho de disponer personalmente de bienes económicos y culturales es fuente de poder con respecto a los que los poseen en menor medida o simplemente carecen de ellos (p. 26).

Entendiendo entonces que el interventor se encontrará en una posición establecida culturalmente, se comportará en su práctica clínica acorde a esta situación de poder, imponiendo o entregando las respuestas de forma unidireccional, sin necesariamente establecer un vínculo interactivo con la persona o familia parte de la intervención.

Por otro lado, el interventor poseerá conocimientos del ámbito científico, biológico, tecnológico, etc., los cuales serán el sustrato de su acción, es decir el énfasis estará en llegar a un diagnóstico, utilizando medios tecnológicos para tal meta, se entregarán tratamientos bajo estos mismos parámetros, recetando medicamentos o realizando procedimientos que se encuentren dentro de la comprobación empírica y en lo posible con un alto nivel de evidencia. Todo esto supone un conocimiento objetivo donde el profesional deja por fuera su propia subjetividad y el bagaje cultural y social en el cual está inmerso al igual que su paciente (MINSAL, 2008).

La relación con sus pares se establecerá con el fin de adquirir conocimientos o desarrollar áreas investigativas, donde difícilmente se integrarán en un trabajo conjunto en relación al tratamiento de un paciente, siendo parte de un equipo multidisciplinario en el mejor de los casos.

Por último dentro de algunas características generales posibles de atribuir a los interventores, estos utilizarán un lenguaje técnico y usualmente vestirán de delantal blanco. Ambas características favorecerán la posición de poder en la que se ubica.

Contexto situacional y sistemas de actuación:

Estructura Física institucional: Respecto al ambiente concreto en que se realizará la intervención, este será por lo general en un centro de salud, el cual en la mayoría de los casos constará de una recepción (el usuario deberá realizar los trámites de ingreso), una sala de espera y una consulta, box u oficina, donde se realizará la atención individual. Este lugar tendrá una disposición específica del inmobiliario, con un escritorio, el cual forma una barrera física entre el profesional y el usuario.

Practica Situacional: La sesión de consulta médica por lo general tendrá una duración de entre 15 y 20 minutos, y la de profesionales de rehabilitación entre 20 y 30 minutos, el trato entre el interventor e intervenido será generalmente de “usted”, el consultante le dirá doctor, sin importar mayormente el profesional al que se refiera, y él interventor le dirá “paciente”, sin importar quién sea el consultante, todo esto forma parte del sistema de actuación que regula la práctica del interventor y del intervenido.

Intermediarios: En este caso la intervención será individual, dónde en la mayoría de los casos la interacción se realizará solamente entre el interventor y el consultante. En algunas ocasiones y dependiendo de las características del usuario, podría requerirse la presencia de algún acompañante y/o cuidador, el que suele ser un familiar o una persona cercana al usuario.

Receptor: En este modelo es llamado “paciente”, lo que conlleva una serie de acciones y atribuciones dirigidas desde y hacia este sujeto, como por ejemplo; ser pasivo, que espera, que no participa en la interacción, sin consultar o aportar en su evaluación o terapia, que acata lo que se le dice, que no posee conocimientos útiles a la intervención, que no es distintos a otros que se encuentren en una situación de salud similar, etc. Entendiendo lo anterior, este receptor se rige por un sistema de actuación determinado culturalmente, donde el poder de decisión es entregado al interventor.

Investigación: En este modelo la investigación es esencialmente empírica, cuantitativa, buscando que sea comprobable y objetiva, el foco está puesto en el nivel de evidencia, y en las publicaciones que se puedan realizar. Los tópicos principales de investigación son: biológicos, tecnológicos, patologistas, diagnósticos, etc..

-El modelo comunitario: Puede también conocerse como ecológico, dinámico, activo, psicosocial.

Interventor: En este caso no suele haber sólo un interventor, sino se trata más bien de un equipo interventor, el cual se encuentra en una relación horizontal con el usuario

(Simetría), el poder se encuentra distribuido, donde el interventor se considera un participante más de la problemática y las propuestas que se realicen en colectivo, acoplándose al proceso social ya existente.

Las decisiones serán tomadas en conjunto, buscando establecer un vínculo interactivo con la persona o familia parte de la intervención, por lo que deberán poseer habilidades para desenvolverse en diversos ambientes, adecuando su comportamiento y lenguaje a los entornos en los que deba interactuar.

En este modelo los conocimientos, experiencias y vivencias son respetadas y se consideran todas igualmente importantes, en este caso el interventor, si bien puede poseer los conocimientos técnicos específicos de algún tema, las personas de la comunidad poseerán otros conocimientos indistintamente significativos que aporten en la intervención, el énfasis estará puesto en las problemáticas, necesidades y/o intereses que han surgido en el proceso de evaluación (participativa).

El trabajo con otros profesionales se realizará de manera interdisciplinaria, idealmente transdisciplinaria, lo que implica un trabajo integrado de diferentes profesionales, que ponen al servicio de los usuarios y la comunidad sus saberes y experiencias, utilizando la mediación como estrategia en el trabajo con los sistemas (entendiendo estos como una cadena de mediadores) (Martínez, 2006).

Por último, dentro de algunas características generales posibles de atribuir a los interventores, estos utilizarán un lenguaje socialmente adecuado al contexto, preocupados de que sus aportes sean entendidos por todos los participantes.

Contexto situacional y sistemas de actuación:

Estructura Comunitaria: Este será un espacio descentrado, realizando un trabajo en los sistemas naturales, es decir, sistemas que no son partes de programas o proyectos de intervención, lo que implica mayor libertad para contribuir a una comunicación

fluida sin parámetros preestablecidos (Martínez, 2006), el lugar puede ser el hogar del usuario, alguna sede vecinal u otro espacio común parte la comunidad, por lo tanto el inmobiliario y su distribución no es definible previamente.

Práctica Situacional: En este modelo no existirá un tiempo determinado para la reunión entre el equipo interventor y los actores sociales. De hecho esta práctica se caracteriza por el alto nivel de incertidumbre, ya que muchas veces se desconocen las características del espacio en que se realizará la interacción, las personas que estarán presentes, la recepción que recibirá el equipo interventor, el tiempo que demorará, por lo que este equipo debe tener gran capacidad de flexibilidad, creatividad y discurso para poder realizar un acercamiento en un territorio desconocido.

Intermediarios: En este caso la intervención será a nivel de la comunidad, dónde la interacción se realizará entre el equipo interventor, el usuario, su entorno, y la comunidad de la que es parte.

Receptor: En este modelo la intervención no se planifica hacia un receptor único (nivel individual) sino a nivel comunitario, donde se espera la mayor participación posible de los participantes en la toma de decisiones. Cuando se nombre a alguno de los participantes se le dirá: “sujeto”, “actor”, “usuario”, enfatizando en un ser activo en la intervención.

Investigación: En este modelo la investigación puede ser tanto cuantitativa como cualitativa, siendo esta última la que ofrece mayores herramientas para este modelo, pudiendo realizar investigación etnográfica, investigación-acción, investigación-participativa. Los tópicos principales de investigación son las vivencias, experiencias, etc.

Modos:

Se pueden definir dos modos, uno que corresponderá más a modelo biomédico (modelo de espera), y otro que es más propio del modelo comunitario (modo de búsqueda):

Modo de espera: En este caso se entenderá por modo de espera al sistema de actuación profesional en el cual el interventor se encuentra en un lugar establecido para realizar su atención (servicio de salud), donde sucede el encuentro entre el interventor y el intervenido. A este lugar los usuarios se dirigen desde sus hogares, en un espacio y tiempo establecidos previamente. Esta intervención está focalizada en el usuario y su patología, donde se estructura un sistema de actuación específico, en el cual el usuario es un actor pasivo, receptor de indicaciones y tratamientos, siendo el interventor el actor con poder, sustentando su acción en los engramas culturales históricos otorgados a los profesionales de salud (especialmente a los médicos). El sistema de actuación de estos profesionales será parte del modelo biomédico.

La interacción se realizará exclusivamente en el centro de salud, el cual posee una estructura institucional y una práctica situacional específica, lo cual se ha desarrollado con mayor detalle en la contextualización del modelo biomédico anteriormente reseñada.

Modo de búsqueda: En este caso se entenderá por modo de búsqueda al sistema de actuación profesional bajo el cual el interventor sale del contexto institucional para situarse en el comunitario. Esta situación genera significativas diferencias en relación al modo anterior, ya que las reglas o normas tan claramente establecidas en el modo de espera se diversifican en el caso del presente modo, ya que la interacción entre el interventor (en este caso probablemente sea un equipo interventor), y el usuario se realizará en ambientes no establecidos ni conocidos en un principio por el profesional de la salud, por lo tanto el poder que en el modelo biomédico recae claramente en el interventor, en este caso, se distribuye y se horizontaliza, ya que las reglas de la interacción son puestas tanto por el usuario y su entorno como por el interventor. Sumado a esto, la intervención no se realiza exclusivamente con el usuario, sino que se realiza a nivel comunitario, contemplando la intervención con la familia, su entorno y sus redes socio-comunitarias. Es por esto que se complejiza y diversifica la práctica situacional, ya que no se puede necesariamente prever el contexto físico, emocional,

etc., con el que se va a encontrar al salir de un espacio institucional establecido, como por ejemplo en una visita domiciliaria. Por otro lado, el foco de la intervención no estará puesto exclusivamente en la patología, sino más bien en la funcionalidad, los roles y la calidad de vida del usuario, su familia y comunidad. Este modo se encuentra relacionado directamente con el modelo comunitario descrito con anterioridad.

2 b). Antecedentes contextuales

Historia de la Salud en Chile:

A lo largo de la historia de Chile han existido diferentes formas de concebir y de intervenir la salud, lo que puede entenderse como una representación más de los procesos sociales e históricos de nuestro Estado. Para efectos de esta tesis se realizará un recuento de sucesos significativos de nuestra historia sanitaria con especial atención de los procesos sucedidos en rehabilitación.

Para hablar sobre la historia de la salud en Chile, debemos hacer alusión a dos formas principales de mirar el concepto salud – enfermedad, las cuales han interactuado a lo largo del tiempo: la medicina tradicional y la occidental.

La medicina aborigen (o tradicional) está compuesta tanto de elementos mágico-religiosos como empíricos. Como ejemplo, mencionamos a la cultura mapuche, de la cual Kraster (2003) señala:

En este sistema de salud tanto pacientes como sanadores se encuentran íntimamente ligados. El cuidado tradicional de la salud se basa en gran medida en las creencias de la gente y los patrones de comportamiento frente a la enfermedad son adscritos a causas personales, mágicas, naturales o supernaturales. Los Mapuche dicen que el equilibrio y la armonía del mundo natural y espiritual son los conceptos más importantes en el cuidado de la salud tradicional (p.1).

En este contexto, la intervención ante la enfermedad es realizada por el o la Machi, quien en la cultura mapuche es el curandero de oficio, especialmente cuando es mujer. Esta figura interviene a través de prácticas mágico-religiosas (rito del machitún), la

administración de hierbas, y por supuesto con la fe y confianza de la comunidad (Kraster, 2003).

Por otro lado, se encuentra la medicina occidental, la cual tiene como protagonista al médico, quien adquiriere el “conocimiento” a través de estudios formales.

En nuestra historia sanitaria como país, esta segunda mirada de la salud – enfermedad, es la que se instala como punto de partida de nuestro sistema de salud formal. Por su parte la caridad es el motor principal de las acciones en salud, motivada principalmente por la ética cristiana bajo los conceptos como la ayuda al prójimo y el asistencialismo, dejando a la medicina tradicional o atención de salud tradicional como una atención complementaria o alternativa hasta la actualidad.

En 1845 John Snow establece que existe una relación entre ambiente y salud, esto a raíz de las epidemias de cólera en Londres, lo que genera un fuerte impulso a la salud pública, a este descubrimiento se deben agregar las evidencias de la relación entre pobreza y enfermedad, dónde se plantea que los más pobres tienen peor salud. }

Los conceptos de determinación social de la enfermedad, junto a los movimientos progresistas y revolucionarios del período, llevan a muchos gobiernos a proponer una creciente intervención del Estado en el área de la salud y de la atención médica. Alrededor de 1880, Robert Koch descubre dos gérmenes fundamentales en la epidemiología mundial de esa época, el bacilo tuberculoso y el vibriocholerae (responsable del cólera), este descubrimiento refuerza la concepción de mayor intervención del Estado y abren el camino a la Medicina científica. Este podría identificarse como un punto crítico en la historia del proceso salud-enfermedad, ya que por una parte lleva al mejor desarrollo del concepto sobre la relación ambiente y salud, con el consiguiente crecimiento de la salud pública, y por otra también a la progresiva medicalización de la sociedad impuesta por los médicos, cada vez más poderosos y prestigiados (El instituto de Higiene de Santiago, 1894 & Segura, 2012).

Por su parte los hospitales son principalmente lazaretos para morir, gestionados por la Iglesia a través de los Hermanos de San Juan de Dios, financiados a través del fisco, del

ingresos de los diezmos y el arriendo de propiedades, así como por las limosnas y los cultos de la iglesia (Jiménez, s.f. & Segura, 2012).

En 1886, motivada por la gran epidemia de cólera y de viruela que azota a nuestro país, se dicta la Ley de Policía Sanitaria, a través de la cual se disciplina a la ciudad mediante la higiene urbana y el planeamiento urbanístico. La Policía Sanitaria tiene la obligación de hacer cumplir las reglamentaciones higiénico-sanitarias, para tales efectos la policía podía sancionar, decomisar mercancías, cerrar establecimientos o declarar la cuarentena, es decir, la prisión o la limitación de movimientos de las personas sospechosas de estar infectadas (Policía Sanitaria y Beneficencia Pública, 1889).

Por otra parte, frente al miedo del diferente (al migrante, al pobre, al obrero, los cuales “tienen costumbres diferentes o licenciosas”) se crean los Servicios de Beneficencia, éstos atienden a los pobres en sus necesidades básicas sanitarias y hacen visitas domiciliarias para asegurarse del cumplimiento de los estándares higiénicos y morales de la vivienda y la familia (Policía Sanitaria y Beneficencia Pública, 1889).

En 1894 se crea en Chile el ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social junto a la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, encargada de la previsión social como política pública del país (Hidalgo, 2002).

Para 1925 la Constitución Política de la República de Chile indica: “El Estado asume la responsabilidad de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo”, comenzando de esta forma a plantearse tópicos como la rehabilitación, dentro de la visión de bienestar y salud de la población (Estrategia Nacional de Salud, 2011).

En esta secuencia de hechos, en 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) dónde el Estado asume un rol garante de la salud pública, agrupando diversas instituciones como la Caja del Seguro Obrero, la Dirección Nacional de la Protección de la Infancia y Adolescencia, el Servicio Médico de las municipalidades, la sección de accidentes del trabajo del Ministerio del Trabajo y el Instituto Bacteriológico (Hidalgo, 2002), alcanzado una importante cobertura del sector asistencial en el país, atendiendo

básicamente al sector obrero e indigente (Colegio Médico de Chile, 2011). Sin embargo, el modelo de economía neoliberal llevado a su extremo durante el período del Gobierno Militar (1973 – 1990) genera reformas a nivel del sistema global de salud, donde se produce un cambio en el rol preponderante del Estado como garante y responsable, promoviendo la acción del sector privado. Se establece una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, instalando diversas reformas a las garantías socio-sanitarias anteriormente logradas, estableciéndose una disminución de los beneficios sociales y privatizando en gran medida las atenciones de salud (Colegio Médico de Chile, 2011).

En este período, los centros de salud y de educación como hospitales y universidades, pasaron a ser controlados por autoridades designadas por el régimen, quienes ejercieron una censura respecto a cualquier tipo de trabajo social o comunitario. En este contexto, la psicología social comunitaria se presenta como una propuesta contestataria y alternativa (Olave y Zambrano, 1993), generándose organizaciones al margen de la institucionalidad oficial que buscaban solucionar problemas de supervivencia y reconstruir de alguna forma el tejido social, dichos objetivos buscaban ser cumplidos a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) generalmente con financiamiento extranjero o también a través de instituciones ligadas a la Iglesia Católica (Piper, 2008). Mariane Krause (1998) sostiene que: “... se constituyó una forma de mundo alternativo, paralelo a la institucionalidad oficial, con identidad propia, visiones de conjunto particulares y tendencias específicas”.

En 1980 se inicia la municipalización de los consultorios de atención primaria, en búsqueda de otorgarles una mayor autonomía. Esto repercute directamente en la inequidad de los servicios, dadas las diferencias socioeconómicas de cada comuna.

En 1981 se crean las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional, por aseguradoras privadas), estableciendo un sistema de salud paralelo al público. Todo lo anterior se corresponde con el modelo económico escogido en este periodo de gobierno, lo que implica una importante participación de instituciones privadas (Bitrán y Almarza, 1997). De esta forma, el Estado se retira de su rol histórico de garante del derecho a la

salud, dando paso al mercado y focalizando las políticas de salud pública en la población vulnerable que no puede comprar su salud (MINSAL, 2011).

En 1990, con el retorno a la democracia se inicia una nueva reforma a la salud, la cual se aboca a la recuperación de la infraestructura hospitalaria y a mejorar la regulación de las instituciones previsionales, creándose la superintendencia de ISAPRES destinada a fiscalizar el financiamiento y prestaciones privadas (Bitrán y Almarza, 1997).

Con el país en democracia, en el año 1994 es promulgada la ley 19.284 de Integración social de Personas con Discapacidad. Con esta ley se crea el FONADIS (Fondo Nacional de la Discapacidad), que funciona como la institución a nivel estatal que vigila los temas de rehabilitación e integración social de las personas con discapacidad (Ley 19.284, 1994).

En el año 2000 se formula el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMS), fijando sus fortalezas en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, organizaciones de Servicios, colaboraciones intersectoriales y financiamiento. De esta forma, surgen los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), los cuales se distinguen de los otros centros de atención ambulatoria por tener un menor recurso humano y un número intermedio de consultas por personas por año, sin embargo, presentan mayores intervenciones a nivel psicosocial y comunitario. De esta manera, se constituyen como un punto relevante en la reforma, en relación a la provisión de estos servicios comunitarios a una mayor participación de los usuarios, sus familias y los actores comunitarios en la intervención de personas con trastornos mentales (Informe WHO-AIMS, 2007).

En el año 2002, se comienza a gestar una nueva reforma para el sistema de salud chileno y como resultado se genera el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE) convirtiéndose en ley en el año 2004 (Bastías & Valdivia, 2007). Este mismo año se comienza a trabajar en una red de rehabilitación en salud, para lo cual el Ministerio de Salud (MINSAL) genera un programa de rehabilitación

integral, el cual se inicia con el diseño de ocho proyectos de construcción e implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) (MINSAL, 2007).

Experiencias en la salud desde el modelo comunitario:

En nuestro país probablemente el área de salud mental es una de las que más ha desarrollado el enfoque comunitario, teniendo su origen en los años sesenta donde el objetivo es aportar en un cambio respecto al modelo asistencial, a través de un rol más activo y comprometido de la ciudadanía. De esta forma, se encamina un trabajo que implica una nueva forma de entender e intervenir la salud/enfermedad, favoreciendo la creación de agrupaciones comunitarias, concibiéndolas como una práctica que promueve una respuesta a los problemas sociales (Saavedra, 2005 & Torres, 2001), dando paso a la incorporación de estos conceptos en la academia, como por ejemplo en programas de Postítulo en Psiquiatría y Salud Mental comunitaria impartidos entre 1968 y 1973 (Torres, 2001). Se generan programas de Salud Mental Poblacional, los cuales tenían como propósito desarrollar prácticas comunitarias en torno a la salud, donde las personas de la comunidad eran quienes propendieran a acciones de prevención y promoción (Piper, 2008). A partir de lo anteriormente señalado, Alfaro y Berroeta (2000) distinguen que:

Para la Psicología Comunitaria en Chile, las orientaciones de las políticas sociales establecen el marco sociopolítico y de relaciones sociales desde donde, de manera principal (pero no única) estas prácticas son configuradas y organizadas, constituyendo, por tanto, el marco de condiciones de posibilidad para el desarrollo de las prácticas de intervención comunitarias (p. 44).

Las distintas experiencias de gestión en Psiquiatría Comunitaria se ven interrumpidas durante el periodo militar (entre 1973 – 1989), limitando el desarrollo de los llamados modelos críticos. Muchas instituciones (hospitales, centros de salud y universidades) perdieron su autonomía comenzando a ser dirigidas por autoridades designadas por el

gobierno de facto, con ello se restringe todo ejercicio de acción social. En este período, la Iglesia Católica y la asistencia se convirtieron en una forma de acercarse a las comunidades, desapareciendo muchos de los grupos sociales constituidos previamente (Piper, 2008).

De esta forma, y en este nuevo marco que otorgaban las condiciones políticas, económicas y sociales, se vieron interrumpidas las acciones comunitaria en salud mental, produciéndose una discontinuidad en el desarrollo de la intervención comunitaria en nuestro país, la cual venía instalándose desde los cincuenta hasta principios de los setenta, lo cual involucro el surgimiento de intervenciones sociales fuera del estado, sustentadas principalmente por ONGs (organizaciones no gubernamentales), las cuales prestaban intervenciones muy diferentes a las impulsadas por el Estado. En este contexto, era posible distinguir dos formas de trabajo, desde la concepción de lo social y desde la realización de una intervención comunitaria, según procederán desde el Estado o fuera de él. De esta manera las políticas sociales siguieron una lógica asistencialista, obviando aspectos preventivos y promocionales de la intervención en salud (Alfaro et al. 2000).

Al finalizar el periodo militar, se rediseñan algunas políticas sociales y predomina una coordinación entre Estado, Municipios y Organizaciones No Gubernamentales (Saavedra, 2005). En 1982 por decreto se crean los COSAM, que buscan representar la institucionalidad municipal respecto a salud mental, interactuando directamente con la población, favoreciendo la formación de una red de acciones desde la comunidad y sus organizaciones para resolver problemas locales y comunes. En 1991 se crea la Red de Centros de Salud Mental Familiar, definida como proyectos psicosociales para el fomento y promoción de la salud y la prevención específica de la Salud Mental (Bascuñán, Correa & Fuentealba, 1991).

De esta manera, se puede observar el comienzo de un ejercicio gubernamental tendiente a aumentar la participación social. Ejemplo de esto, es el decreto firmado durante el gobierno de Ricardo Lagos Escobar (2000-2006) respecto a los proyectos municipales, explicitándose que deben ser participativos (Piper, 2008). En consideración a lo

anterior, es significativo que se generen instancias desde el gobierno que aumenten la participación de la comunidad. Weinstein (1997), señala que si bien la participación social se ha buscado dentro de márgenes formales con la creación de consejos de participación, entre otras acciones “en muchos casos sólo ha alcanzado un carácter informativo y de generación de actividades para apoyar a los establecimientos”.

Desviat (2007), en su análisis sobre la vigencia del modelo comunitario en salud mental, respecto al futuro de la psiquiatría, señala que lo que está en confrontación no es necesariamente la psiquiatría biológica, la biopsicosocial o comunitaria, sino el modelo de atención, la oferta de los servicios en función de las necesidades de la sociedad y los límites de una práctica, señalando además que el debate sobre lo comunitario debería remitirse a la real viabilidad y puesta en práctica del modelo como una apuesta social. Este punto será muy importante de poder evidenciar con los resultados de esta tesis.

Por su parte la disciplina de Terapia Ocupacional, también tiene un desarrollo dentro del enfoque comunitario. Esta carrera que comienza en el año 1963 en la Universidad de Chile y tras la reforma estudiantil de 1971, modifica su plan de estudios ampliando su curriculum, integrando ramos de formación clínica (Oyarzun, Zolezzi, Núñez, & Palacios, 2009). De esta forma comienzan a insertarse en áreas como salud mental, formando parte de los equipos donde se busca la recuperación psicosocial funcional (Rueda, 2003). La vinculación con lo comunitario se establece en un comienzo desde un ámbito informal, participando en algunas experiencias, desde grupos sociales o militancias políticas (Oyarzún et al., 2009).

Así mismo, como lo comentado anteriormente el período de la dictadura militar, también repercute en un cambio de las estructuras comunitarias generadas hasta ese momento, así como en la conformación de la carrera, que hasta el momento había comenzado a ampliar sus horizontes.

En el año 1994 vuelve a surgir el tema comunitario incorporando en la malla curricular de la carrera (Universidad de Chile) el ramo “Terapia Ocupacional Comunitaria”, de esta forma se comienza a expandir en la formación de estos profesionales el enfoque

comunitario, incorporándose luego la formación curricular de otras universidades que imparten la carrera (Oyarzún et al., 2009). Actualmente se han insertado con éxito en servicios de salud mental en el ámbito comunitario, así como en centros de atención primaria como COSAM y CCR.

Modelo actual de Rehabilitación Integral:

Según los resultados del Censo 2012, en Chile la población con una o más discapacidades es de 2.119.316 personas, lo que equivale al 12,7% del total de habitantes del país (INE, 2013). Estudios respecto al censo anterior (año 2002) mostraron que del total de personas en situación de discapacidad sólo el 6,5% habría tenido acceso a prestaciones de rehabilitación en el último año (INE, 2005). Es importante considerar además que históricamente los servicios de rehabilitación han estado concentrados en hospitales de mayor complejidad, por lo que el acceso a esta atención se limita a pequeños grupos, provocando una alta demanda insatisfecha. Esta información da cuenta de una evidente desigualdad en el acceso a rehabilitación y la falta de un soporte institucional que se haga cargo de esta brecha.

Entendiendo la distancia con las cifras referentes al acceso a rehabilitación, es posible detenerse y analizar la escasa cobertura que ofrece actualmente, además de la limitada diversidad en las prestaciones. Las intervenciones se centran en el diagnóstico y tratamiento de la patología, obviando en muchos casos aspectos contextuales socio-históricos, emocionales de las personas, etc., trabajando en forma individual sin necesariamente integrar al entorno en el proceso de rehabilitación.

Contemplando estos antecedentes, la rehabilitación toma gran importancia desde una perspectiva integral de la salud según refiere el MINSAL en Estrategia Nacional de Salud, 2011:

La discapacidad no sólo impacta al individuo, sino también a su núcleo familiar, afectando su dinámica y roles, más aun en los casos asociados a la condición de dependencia. La economía familiar y social se ve afectada tanto por el mayor gasto asociado a la situación de salud, como por la pérdida de ingresos de la persona en situación de discapacidad y de su cuidador (p.76).

Ante este panorama se han comenzado a implementar estrategias en los últimos diez años, que incorporan conceptos como el contexto familiar, las repercusiones sociales de la discapacidad, el rol de la comunidad como gestora de su propia salud, entre otros, específicamente en rehabilitación se ha incorporado la Rehabilitación Basada en la Comunidad, la cual pretende activar los recursos de la comunidad, con el fin de generar una red de atención y apoyo a las personas en situación de discapacidad, además de mejorar las prestaciones de rehabilitación, con énfasis no sólo en el tratamiento sino en la prevención de las causas de la discapacidad (MINSAL, 2007).

De esta forma, en el año 2002 se comienza a incorporar una estrategia de rehabilitación integral desde la política pública, buscando intencionar con la reforma de salud la articulación de redes con el fin de dar respuesta a las necesidades de los usuarios, siendo este un profundo cambio en la forma de gestionar la salud (MINSAL, 2007).

En este programa de rehabilitación integral se toman como base; los ejes conceptuales entregados por la reforma de salud, la epidemiología de la discapacidad y el modelo de salud familiar, con el propósito de establecer una rehabilitación más cercana a la comunidad (MINSAL, 2010). Es por esto que el modelo de rehabilitación integral en atención primaria contempla a los CCR más los hospitales comunitarios de salud familiar, buscando un acercamiento territorial, enmarcando la intervención en la rehabilitación basada en la comunidad.

En la Guía de Orientaciones Metodológicas de Rehabilitación (2010) se señala:

En un desarrollo progresivo, se comenzará en algunos establecimientos incorporando la estrategia completa y en otros partiendo por el abordaje de los síntomas osteomusculares para continuar en los próximos años completando el equipo y el conjunto de servicios clínicos y comunitarios (p.4).

La RBC busca la activación de recursos de la comunidad para que esta sea un participante activo de su atención, contemplando tanto el tratamiento como la prevención de las causas originarias de la discapacidad (MINSAL, 2011). Por lo anterior, el contemplar a la RBC como la estrategia a seguir desde un programa de salud pública, significa que el proceso de rehabilitación toma relevancia y se intenciona que su ejecución sea desde estrategias comunitarias, considerado de esta forma la necesidad de trabajo en red, ya que según la RBC se requiere de una permanente interacción entre redes sociales e intersectoriales, comprendiendo que la rehabilitación implica una mirada integral del sujeto y por ende la participación de muchas instituciones y/o actores involucrados. Por esto es importante concebir un trabajo colaborativo, por ejemplo; entre las escuelas, las OMIL (Oficinas municipales de información laboral), los grupos de apoyo, etc.

Así mismo, los equipos de trabajo que formen parte de esta estrategia comunitaria de atención en salud, cumplen un rol fundamental en relación a los vínculos y al nivel de interacción que se logre entre los distintos actores participantes, donde se espera que la familia, el entorno y las instituciones, trabajen en conjunto y cooperativamente para obtener los logros planteados en la intervención. A este respecto, en la guía de Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en atención primaria de salud 2010 -2014, se señala que al dar la partida a este programa, se debieron consensuar diversas visiones y formas de ver la intervención en salud, señalando que; “Ha significado el inicio de un cambio cultural”. Lo anterior se puede

visualizar en los cambios específicos que se produjeron al designar algunos conceptos, como por ejemplo: sujeto de derechos en vez de “paciente”, así también se utiliza el concepto de inclusión social, en vez de “logro de funcionalidad” al señalar los objetivos de la intervención, se utiliza el concepto de Persona en situación de Discapacidad en vez de “Minusválido” etc. Estos cambios que parecen muy concretos en relación al lenguaje utilizado, son sumamente significativos a la hora de la práctica y de poner en contexto las acciones, ya que simbolizan una transformación a nivel conceptual desde la política pública.

Dentro los planteamiento del programa de rehabilitación integral, también se levanta una transformación a nivel del significado de “Discapacidad”, entendiendo este ya no como un suceso estático y medido desde la ausencia o deficiencia, sino como un proceso dinámico, que puede variar en relación a factores personales, medio ambientales, etc., integrando de esta forma variables temporales y contextuales, lo que permite ampliar el significado permitiendo una mayor flexibilidad en las acciones y en los requerimientos de las distintas intervenciones.

Respecto a la práctica propiamente tal, se señala el cambio respecto a la perspectiva de la intervención: “Pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales”, esto implica una gran transformación en la perspectiva de trabajo para los profesionales, los usuarios y sus familias, donde el poseedor del conocimiento no es solamente el agente de salud, donde la realidad se construye participativamente, produciéndose una transformación fundamental en la relación de poder que se establecía entre el profesional de la salud y el “paciente” (MINSAL, 2010).

Las características fundamentales del modelo de salud integral, presentados en la Guía de Orientaciones Metodológicas Rehabilitación (2010), son:

Se ubica en la atención primaria, lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja

en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena (p.8).

De esta manera se inicia la implementación del programa de rehabilitación integral en la APS, donde los CCR esperan acercar la rehabilitación a las personas, situándola en un nivel de menor complejidad, favoreciendo de esta forma el acceso. Estas acciones implican una reorganización del sector y un cambio en la forma de realizar la gestión en salud, ya que esta reforma enfatiza la articulación de las redes para dar respuesta a las necesidades de los usuarios (MINSAL, 2007).

Se contempla que los beneficiarios de los CCR sean personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, incluyendo a sus familias y entorno social más cercano, quienes se espera sean partícipes activos en el proceso de rehabilitación. Los profesionales seleccionados serán principalmente Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos, quienes en conjunto con la comunidad deberán realizar un diagnóstico comunal de la realidad de las personas en situación de discapacidad y el entorno social en el cual se desenvuelven, para de esta forma definir y difundir las estrategias de intervención (Municipalidad de la Pintana, 2009).

Paralelamente al desarrollo de este programa, en el año 2010 se crea SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad), lo que transforma a esta institución de un fondo (FONADIS) a servicio, bajo la ley 20.422, la cual establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (Ley 20422, 2010). En esta ley se explicita el requerimiento de una Rehabilitación de tipo integral, entendiendo esta como:

El conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que cause la discapacidad (p.12).

Con esto se pone en evidencia una intención por parte del Estado de instalar esta propuesta de intervención integral de salud, potenciando el surgimiento e instalación creciente de los CCR y las salas de rehabilitación en atención primaria.

En la actualidad se encuentra en ejecución un trabajo intersectorial, que según señala la estrategia nacional de salud para el 2011- 2020, tiene como objetivo fortalecer los recursos de la gestión comunal en relación a la salud pública, integrando temas como; promoción de factores psicosociales, promoción de la cohesión social y asociatividad, recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludables, rehabilitación de personas en situación de discapacidad, y promoción de la salud en adultos mayores (MINSAL, 2011).

Ahora bien, el tipo de rehabilitación desde la que se enuncia este programa es la estrategia de RBC, a continuación se explicarán brevemente sus constructos y visiones.

Según la OMS, en la publicación de la última guía RBC 2012, señala que su rol es:

(...) trabajar cerca del sector salud para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias sean consideradas en las áreas de: promoción de la salud, prevención, atención médica, rehabilitación y dispositivos de asistencia personal. La RBC también necesita trabajar con los individuos y sus familias para facilitar su acceso a los servicios de salud, y trabajar con otros sectores para asegurar que sean considerados todos los aspectos de la salud (p.3).

La idea es que esta estrategia facilite el acceso a rehabilitación, acercando el servicio a atención primaria promoviendo de esta forma la cercanía con la comunidad, facilitando el necesario enlace entre las personas en situación de discapacidad, sus familias y entorno con el sistema de atención de la salud. En la Guía RBC 2012, se plantean como resultados claves los siguientes:

-Las personas con discapacidad y los miembros de sus familias han mejorado sus conocimientos acerca de su salud y participan activamente para alcanzar la buena salud.

-El sector de la salud está consciente de que las personas pueden lograr buena salud y no discrimina por discapacidad y otros factores como el género.

-Las personas con discapacidad y sus familias tienen acceso a la atención de la salud y servicios de rehabilitación, preferiblemente en o cerca de sus comunidades y a un costo que puedan cubrir.

-Las intervenciones de salud y rehabilitación permiten que las personas con discapacidad sean activos participantes en la vida familiar y comunitaria.

-Hay una mejor colaboración entre todos los sectores del desarrollo, incluyendo educación, subsistencia y el sector social, para alcanzar una buena salud para las personas con discapacidad (p.3).

La ejecución de esta estrategia en Chile se ha comenzado desde el año 2004 mediante la implementación de los CCR, de los cuales hasta el años 2007 existían 104 a lo largo de todo el país (MINSAL, 2007).

Considerando lo anterior, se ha comenzado un trabajo que busca introducir distintas maneras de abordar la salud, con esbozos formativos del enfoque comunitario en

carreras de la salud, guías y metodologías para la rehabilitación integral (Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS, 2010; Programa de rehabilitación integral en la red de salud, 2007; Desarrollo metodológico de la rehabilitación integral en APS y hospitales de menor complejidad, 2009), con instituciones apoyando el proceso como el MINSAL y SENADIS, este último promueve acciones de apoyo y cooperación ante iniciativas en relación al trabajo con personas en situación de discapacidad, propendiendo a un ejercicio comunitario para su intervención.

Por esto último, la posibilidad de observar y caracterizar los modelos de salud que actualmente se encuentran en ejercicio en nuestro sistema de salud primaria (Biomédico - Comunitario), contemplando las opiniones de los propios profesionales y usuarios de los centros, es una oportunidad real de conocer cómo se está implementando el modelo comunitario en la rehabilitación de nuestro país y como se concreta una posible articulación con el modelo Biomédico.

2 c). Antecedentes Empíricos:

En este caso la problemática está referida a los modelos utilizados para intervenir la salud en nuestro país. A este respecto, existen disciplinas que históricamente han asumido líneas de desarrollo que son propias del modelo biomédico y otras del modelo comunitario. El primero de ellos es el modelo en práctica y esencial de nuestro sistema de salud chileno, representado en la organización del sistema y en las prácticas establecidas históricamente. En cambio, el segundo ha tenido espacios de desarrollo variable y en relación a ciertas áreas y disciplinas, especialmente el área de la salud mental, siendo parte de las reformas sanitarias que se concretan el año 2000 con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) (Documento técnico, MINSAL 2000).

Este plan, es parte del Plan Nacional de Salud el cual explicita un enfoque biopsicosocial, refiriendo también la puesta en práctica del enfoque comunitario. Para su ejecución y desarrollo se dispusieron servicios comunitarios de salud mental, integrándose a los servicios de salud generales y creando vínculos intersectoriales (Minoletti y Zaccaria, 2005) Este se vuelve un momento significativo para el modelo comunitario, ya que es puesto en discusión y en práctica no sólo desde instancias propias de la comunidad, sino desde el gobierno.

Scharager y Molina (2007), realizaron una investigación respecto al trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. El objetivo fue caracterizar la función de estos profesionales en dichos centros y analizar el grado en que las actividades desempeñadas se ajustan a las especificaciones del PNSMP. Los resultados de este estudio mostraron que los profesionales psicólogos destinaban mucho más tiempo a consultas e intervenciones individuales que a actividades de prevención y promoción grupales y comunitarias. Esto tenía relación, por un lado, con el marco institucional referente a las metas mensuales de cada servicio como a la formación de los profesionales insertos en estos centros, señalando que se

consideraba una necesidad integrar contenidos y prácticas relevantes en los planes de estudios de los psicólogos respecto a las especificidades de la atención primaria, como por ejemplo tópicos relativos a la psicología comunitaria, políticas públicas, y gestión. Por esto se concluye que estos psicólogos del nivel de atención primaria dedicaban la mayor parte de su jornada laboral a: “(...) actividades asistenciales de atención directa y de carácter individual, en desmedro de actividades comunitarias dirigidas a fortalecer los factores protectores de la salud mental”, de esa forma, señalan la necesidad de construir un mecanismo de financiamiento que dé cobertura a las prioridades definidas en el PNSMP (Scharager et al., 2007).

Por otra parte una evaluación realizada por el Ministerio de Hacienda al PNSMP en 2002, concluyó que la mayoría de los consultorios de atención primaria y centros de salud familiar ya contaban con un programa de salud mental y el respectivo responsable en cada lugar, se señalaba también que existía una diferencia en la conformación del equipo de trabajo ya que los centros pertenecían a diferentes administraciones municipales, lo que variaba las decisiones respecto a los profesionales que eran contratados (Informe del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, 2002).

Por su parte Alfaro y Zambrano (2009), señalan que gracias a los espacios laborales y demandas técnicas producidas por los cambios ocurridos en las políticas sociales en Chile durante la primera mitad de la década de los noventa, se ha producido un proceso de inserción de los psicólogos y psicólogas en la implementación de programas que se relacionan principalmente con la prevención y promoción. También señalan que estos cambios incorporan nuevas dimensiones al análisis y abordaje de los problemas sociales, en relación a las contempladas anteriormente, apareciendo elementos como: Integración Social; Inversión en Capital Humano; Capital Social; Género; Dimensión Generacional, Étnica y Territorialidad, entre otros (Alfaro, 2000).

Se refiere que estas nociones “(...) han incorporado variables y dimensiones que valoran la subjetividad, las llamadas ‘dimensiones intangibles de los problemas sociales’”, abriendo de esta forma el camino a la incorporación de nuevos profesionales y nuevas perspectivas disciplinares en los programas y proyectos de las políticas

públicas sociales, que en su discurso dieron el espacio a la Psicología Comunitaria, junto a otras disciplinas y profesiones de las Ciencias Sociales. Estas medidas también repercuten en las formaciones de pre y post grado de psicólogos en relación al trabajo comunitario, creándose varios programas que contemplaban en su formación a la psicología comunitaria (Alfaro y Zambrano, 2009).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ya lleva en funcionamiento más de 10 años, en los cuales se ha integrado paulatinamente las formas de entender y de intervenir la salud de la población, siendo lenta su inserción en el sector público. Actualmente es parte de los objetivos sanitarios nacionales y de las metas de las reformas de la salud, aportando mejor acceso de los usuarios al servicio, “(...) ayudando a reducir significativamente los síntomas y a elevar el grado de satisfacción, la calidad de la vida y las habilidades sociales de los usuarios” (Minoletti et al., 2005).

Sin embargo, como se ha señalado anteriormente existen diversas dificultades en su implementación, como la formación de los profesionales respecto al modelo comunitario, lo que podría dificultar la plena puesta en práctica de este modelo, ya que la preparación ha debido adquirirse una vez en el campo, situado en la práctica (Informe WHO-AIMS, 2007). Por otra parte, el marco institucional en el que se desarrollan estos programas, se rige bajo estructuras que no son propias ni comprenden el enfoque comunitario como tal.

3. Pregunta de investigación

Planteamiento del problema:

El sistema público de salud en nuestro país históricamente ha funcionado bajo un modelo de atención biomédico. Arredondo (1992), lo define como un modelo unicausal, donde la relación entre salud y enfermedad sería una respuesta a un agente causal externo, explicando este fenómeno desde la dependencia entre un agente biológico causal y la respuesta del individuo, en donde se busca el agente patógeno o el factor causal de la enfermedad.

(...) modelo biomédico (positivista y, por tanto, reduccionista): la primacía de lo individual por sobre lo colectivo, de los fenómenos biológicos por sobre los sociales, de las acciones curativas por sobre las preventivas y promocionales, de la atención clínica por sobre la intervención comunitaria, y a partir de los años ochenta, la hegemonía de los modelos de gestión mercantil en salud por sobre los salubristas (p.1) (Madariaga, 2008).

En este escenario, con la implementación de proyectos de base comunitaria a nivel del servicio público de salud, se pretende aportar al cambio respecto a las concepciones de salud y enfermedad, lo que puede verse reflejado en la actual reforma de salud en la cual se refiere, por ejemplo:

En base a los objetivos planteados las estrategias principales impulsadas aquí por la reforma, pueden ser presentadas en torno a tres ejes principales, cambio en el modelo de gestión, cambios organizacionales y las garantías

explícitas, y lo central que es la articulación de las redes de atención. Respecto del cambio del modelo de atención, lo fundamental es la necesidad de mayor y mejor integración sanitaria, considerando la descentralización, la implementación de redes asistenciales funcionales, fortalecimiento de la atención primaria (APS) y su capacidad resolutive, junto con una mejor y más cercana relación con la comunidad, en consecuencia, durante estos cuatro años, se ha incrementado importantemente el presupuesto a la APS, se ha aumentado y mejorado la infraestructura, se ha impulsado el modelo de salud familiar con nuevos centros de salud familiar (p.3) (MINSAL, 2007).

En este marco existen distintas iniciativas asociadas a la actual reforma del sistema de salud, que plantean fortalecer la Atención Primaria, la que puntualmente se desarrolla en postas, consultorios, centros comunitarios de salud familiar (CECOF), centros de salud familiar, centros de atención rural, los centros comunitarios de rehabilitación, entre otras iniciativas.

Este cambio de foco hacia una atención más cercana a la comunidad, ha significado también la utilización de un nuevo lenguaje y por supuesto de conceptos relativos a la intervención, instalando el enfoque comunitario, la RBC, el trabajo inter y transdisciplinario, la participación social, la autodeterminación, entre otros. Esta intervención más cercana a la comunidad como parte de la política pública en salud, ha puesto hincapié en articular las redes de salud para dar una respuesta a las necesidades de los usuarios, y en la utilización de un modelo distinto para realizar las intervenciones, concibiendo la RBC como "...una forma de integrar a las personas en una red social en torno a la habilitación o la rehabilitación, la que resulta exitosa cuando se sustenta mediante la construcción deliberada, constante y progresiva de una red público-privada de atención (MINSAL, 2011).

En este contexto, los CCR adscriben al marco conceptual de la RBC brindado por la OMS (OMS, 2012):

La OMS-OPS en América Latina ha desarrollado la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria con variados modelos, algunos centrados en el trabajo exclusivo de monitores comunitarios, otros con la intervención de profesionales; otros mixtos, si bien existe una gran variedad de formas de implementación, todas ellas mantienen elementos comunes. Para Chile se ha definido un modelo que dé cuenta del desarrollo obtenido en salud, del trabajo local en el municipio - incorporando servicios clínicos-, trabajo comunitario e intersectorial, inserto en una red de servicios secundarios y terciarios (p.5).

Se señala en las orientaciones metodológicas de rehabilitación en APS (2010) que las características fundamentales de este enfoque se refieren a que:

(...) Se ubica en la atención primaria, lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena (p.8).

Por lo anteriormente señalado y considerando esta nueva visión de salud-enfermedad, y contemplando la actual convivencia de los modelos de intervención biomédico y comunitario, el problema de la presente investigación tiene relación con el nivel de

integración del enfoque comunitario en la práctica de los profesionales de rehabilitación insertos en distintos dispositivos de la atención primaria de salud. Por este motivo surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los conceptos y prácticas de la intervención en salud, presentes en profesionales y usuarios de rehabilitación, insertos en atención primaria de salud? ¿Cuál es el nivel de integración del enfoque comunitario en la práctica de estos profesionales que trabajan en APS?

4. Hipótesis Guía

En la actualidad coexisten en nuestro sistema de atención primaria de salud el modelo biomédico y el comunitario, los cuales se encuentran en proceso de articulación en los centros comunitarios de rehabilitación (CCR), sin embargo, se espera que predomine el modelo biomédico en la forma de concebir la práctica de los profesionales de rehabilitación y la forma de ver la atención en los usuarios de estos centros de salud.

5. Objetivos

5 a). Objetivo general

- Caracterizar los componentes del modelo biomédico y comunitario ,y su articulación, desde las opiniones de los profesionales de rehabilitación (Kinesiólogos) y los usuarios de este servicio, en el nivel de atención primaria de salud (CCR y CESFAM).

5 b). Objetivos Específicos

- Describir el modelo Biomédico desde las opiniones de Kinesiólogos y usuarios de atención primaria en salud.

- Describir el modelo Comunitario desde las opiniones de Kinesiólogos y usuarios de atención primaria en salud.

- Explicar el proceso de articulación de ambos modelos, desde las opiniones de profesionales y usuarios insertos en atención primaria.

6. Metodología:

6 a). Diseño:

Para la presente investigación se ha seleccionado una metodología de carácter cualitativa, lo que implica según Pérez Serrano (1994), “(...) asumir una realidad dinámica, holística y subjetiva, que fundamentalmente está orientada al proceso”.

En este caso la mirada de la realidad a analizar es esencialmente constructivista. Según Guba y Lincoln (2000):

(...) Considerando que las realidades son comprensibles en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica (aunque con frecuencia hay elementos compartidos entre muchos individuos e incluso entre distintas culturas) y su forma y contenido dependen de los individuos o grupos que sostienen esas construcciones (p.121).

Para responder a las preguntas de investigación *¿Cuáles son los conceptos y prácticas de la intervención en salud, presentes en profesionales y usuarios de rehabilitación, insertos en atención primaria de salud? y ¿Cuál es el nivel de integración del enfoque comunitario en la práctica de estos profesionales que trabajan en APS?*, la metodología cualitativa nos permite acercarnos a las percepciones, creencias, conocimientos, etc., de los individuos que actúan y participan en este nivel de atención de salud, accediendo de esta forma al fenómeno en estudio desde la perspectiva de los sujetos, considerando los aspectos subjetivos presentes en cada uno, tomando el relato de los entrevistados como una posibilidad para construir un escenario más allá de las verdades “objetivas”, en donde el lenguaje ya subjetivo, nos permita construir una caracterización para cada modelo (biomédico y comunitario). Citando a Flick (2004), esta metodología nos permite “(...) analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir

de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales”.

El estudio será abierto, de carácter hipotético, en busca entregar elementos para reflexionar sobre la situación de la práctica de los profesionales de rehabilitación insertos en atención primaria y los modelos bajo los cuales ellos funcionan, con la idea de generar en el futuro estudios más acotados referentes a la práctica comunitaria de rehabilitación en nuestro sistema de salud.

6 b). Participantes:

La población de informantes estará dada por su condición de profesionales de rehabilitación específicamente Kinesiólogos, y de usuarios que reciban la atención de rehabilitación, los cuales serán seleccionados a conveniencia, según las necesidades de la investigación, por lo que el muestreo en este caso será opinático, entendiendo por este que el investigador selecciona a los informantes siguiendo criterios estratégicos personales, principalmente por conocimiento de la situación y voluntariedad (Andréu, 2000).

Para tal efecto se consideraran los siguientes criterios muestrales de inclusión:

- 1 kinesiólogo inserto en un CESFAM (Centro de Salud Familiar) en atención primaria, realizando labores en el área de rehabilitación, quien debe estar en contacto directo con los usuarios, con al menos un año de trabajo en dicho lugar.
- 1 kinesiólogo inserto en un CCR (Centro Comunitario de Rehabilitación), que trabaje bajo la estrategia RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad), realizando labores en el área de rehabilitación, quien debe estar en contacto directo con los usuarios, con al menos un año de trabajo en dicho lugar.
- Grupo de usuarios (al menos 4) en tratamiento con algún profesional Kinesiólogo inserto en un CESFAM de atención primaria, con al menos 4 sesiones realizadas de Kinesiología en dicho servicio.

- Grupo de usuarios (al menos 4) en tratamiento con algún profesional Kinesiólogo parte de un CCR, con al menos 4 sesiones realizadas de Kinesiología en dicho servicio.

Se emplearon redes personales o canales sociales de la investigadora, para acercarse a las personas parte de la muestra, en busca de facilitar el contacto y la presentación entre el entrevistador y el entrevistado (Valle, 1997).

Las entrevistas fueron realizadas en lugares tranquilos, silenciosos, cómodos, con buena iluminación y ventilación, manteniendo la condición de privacidad para los entrevistados (Valle, 1997). La duración de las entrevista se planifica para cerca de dos horas aproximadamente. Se utilizará una grabación digital de las entrevistas (previa autorización de los entrevistados), la cual se transcribirá para su posterior análisis.

6 c). Técnicas de producción de datos:

Se utilizara como técnica cualitativa de investigación la entrevista en profundidad (Gorden, 1956; Bañaka, 1971, citado en Valle, 1997), entendiendo estas entrevistas como:

(...) un constructo comunicativo y no un simple registro de discursos que “hablan al sujeto”, con el fin de obtener una gran riqueza informativa desde los discursos y enfoques de los entrevistados, optando por la flexibilidad y accesibilidad a información difícil de observar, además de considerar ventajas como la posibilidad al investigador de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, además de considerar que esta técnica sirve para los primeros acercamientos e inmersiones, como un reconocimiento para la posterior utilización de otras técnicas (p.196).

La entrevista en profundidad nos otorga la posibilidad de establecer un diálogo, sin la necesidad de excluir elementos de manera arbitraria, a este respecto Fabris (2001) refiere:

(...) El lenguaje en cuanto expresión que media entre ámbitos distintos, o sea, en cuanto esfera en la que se instituyen las relaciones vitales y sale a la luz todo nuestro hacer y pensar, y la lengua en cuanto espejo de una realidad a él correspondiente, o sea, como un discurso estructurado que asume la función de instrumento comunicativo y que, por ende es susceptible de ser analizado y descompuesto en sus diversos elementos (p.8).

Estas entrevistas en profundidad serán comprendidas como: “(...) encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras”. (Briones, 1989).

Estas entrevistas serán de tipo semi-estructurado no estandarizadas, definiendo temáticas indispensables de ser consultadas, para lo cual se formulara previamente un guion¹, sin restricción de la información que surja durante las entrevistas que tanto las o los entrevistados o investigadora, pudieran considerar relevante para la investigación.

Se seleccionaran como temas bases en este guion:

Presentación del entrevistado: Nombre, edad, Profesión, años de experiencia, breve reseña de sus experiencias laborales anteriores, tiempo en su actual trabajo, etc.

A. Dimensiones y características del modelo comunitario/biomédico

¹ Entendiendo guion como: “una selección de temas y subtemas, de acuerdo a los objetivos informativos de la investigación, considerando que estos no tienen una estructura predeterminada, ni un orden de preguntas especificada” (Valle, 1997; pp. 204).

B. El rol de los usuarios del sistema salud en el modelo comunitario/biomédico

C. El rol profesional de quien trabaja en el modelo comunitario/biomédico

D. Integración de los modelos comunitario y biomédico

6 d). Análisis:

Los procedimientos analíticos utilizados en esta investigación son parte del análisis de contenido, técnica de investigación que combina la observación, producción de datos, junto con el análisis e interpretación de ellos (Andréu, 2000). En este caso este procedimiento será utilizado para analizar los datos obtenidos de entrevistas en profundidad, tanto individuales como grupales, organizando la información en categorías que han sido seleccionadas previamente, por lo que el trabajo a realizar será del orden deductivo.

El trabajo se realizará siguiendo los siguientes pasos:

1. Unidades de Muestreo: entendidas estas como las porciones del universo observado que será analizado (Andréu, 2000).
2. Unidades de Registro: Parte de la unidad de muestreo. Segmento específico de contenido que se caracteriza al situarlo en una categoría dada (Andréu, 2000).
3. Unidades de Contexto: Porción de la unidad de muestreo, examinada para caracterizar una unidad de registro (Andréu, 2000).

6 e). Aspectos Éticos

En la presente investigación se resguardará el bienestar de los participantes, entendiendo que cada uno de ellos será informado completamente de todos los procedimientos a realizar, respondiendo a cualquier pregunta relativa a su participación.

Además a cada uno de ellos se le entregará un consentimiento informado por escrito, el cual deberán firmar previa explicación oral de éste. Dicho consentimiento contará con información relativa a la investigadora, datos propios de la investigación, tales como tópicos principales, derechos y deberes tanto del investigador como de los participantes, explicitando en todo momento la confidencialidad de su colaboración y de los datos rescatados, así como la libertad de retirarse del estudio si lo estimara conveniente.

Asimismo, se le informará que el presente estudio es inicialmente de alcances académicos, sin embargo, igualmente se indicará que existe la posibilidad de que la investigación sea publicada (Anexo n°2, consentimiento informado).

7. Análisis de los Resultados:

Dado que la investigación se desarrolla con dos grupos de participantes (profesionales y usuarios), se mencionarán en primer lugar las respuestas de los profesionales, y en segundo lugar la de los usuarios con el fin de contrastar ambas opiniones (Ver transcripción de entrevistas -Unidades de Muestreo- en Anexo 1).

Así mismo se dividirán internamente las subcategorías para hacer más fácil la lectura del presente texto, entendiendo que muchos tópicos se entrecruzan y correlacionan, la división en este caso es sólo didáctica comprendiendo la relación profunda de los temas.

A continuación se presentan las categorías y sus subcategorías (las unidades de registro se intercalarán a lo largo del análisis):

| Categorías | Sub categorías (Unidad de Contexto) | Descripción |
|-----------------------|--|--|
| Contexto situacional | Practica Situacional | Referido a los componentes contextuales de la atención como : -Tiempo de la sesión, tipo de trato entre los interlocutores (lenguaje utilizado), tipo de intercambios comunicativos, etc. |
| | Estructura Física | Ambiente concreto en que se realizará la intervención. |
| Sistemas de actuación | Interventor | Referido a la representación del profesional en el sistema de actuación y su relación con los otros. Evaluando componentes como: tipo de relación, forma de plantear la información, la situación culturalmente propuesta, comportamiento, etc. |
| | Receptor | Referido la representación del receptor (usuario-paciente) en el sistema de actuación, evaluando componentes como: tipo de relación, forma de plantear la información, la situación culturalmente propuesta, comportamiento, etc. |

7 a). Contexto situacional

Práctica situacional Modelo Biomédico:

Entrevistas realizadas a profesionales:

Un profesional inserto en un CCR comenta lo siguiente respecto al modelo biomédico:

“Mi visión del modelo biomédico es que es muy cuadrado, que tiene ciertos márgenes y que de ahí no sale, además de eso es un poco distante, un poco frío y como que no le gusta mucho a la gente (...)” (E4).

“Es más frío, es más distante (...)” (E4).

En estos enunciados se pueden observar apreciaciones que evalúan el modelo biomédico desde un ámbito emocional y calificativo, donde el tipo de reflexiones que se establecen son repetitivas y con argumentos más bien superficiales, delimitados a la calificación desde una perspectiva muy personal:

“(...) el biomédico, que lo encuentro más fome, que es más estructurado, poco cercano” (E4).

La reflexión se realiza a través de un argumento establecido desde la valoración, observándose una visión negativa hacia este modelo otorgándole características como: “Frío, distante, fome, poco cercano”, con ello se puede observar, que más que un análisis desde las bases teóricas que sustentan este modelo, las apreciaciones se realizan en un ámbito de la actividad misma, que claramente tiene su referente en las construcciones sociales del modelo biomédico de salud.

Por su parte otro de los entrevistados que forma parte de un CESFAM, responde respecto a los constructos del modelo biomédico:

“(…) Biomédico, simple, el paciente va al médico, lo atienden, le da una pastilla y se va para la casa” (E2).

“(…) o sea es una atención aislada donde no se preocupa, ni por el entorno quizás psicológico del paciente, ni familiar, ni si tiene un vecino que a lo mejor lo pueda traer o si alguien lo puede cuidar, si alguien lo puede asistir, es más general, es más específico el biomédico” (E2).

En estas palabras se explicita la forma de ver el modelo biomédico de este profesional, señalando que lo “Bio” es el centro de atención, donde se deja por fuera los otros componentes psicológicos y sociales de la persona. Posteriormente señala lo siguiente:

“(…) Obviamente aquí en el CESFAM con el modelo... uno trata de irse hacia el lado biopsicosocial, pero obviamente te absorbe el tema asistencial, y a los médicos... y yo creo que a las matronas también, las absorbe demasiado (...)” (E2).

“(…) Sí, yo entiendo perfectamente a las matronas y a los médicos, que yo veo que tienen más demanda, porque a veces uno pasa por donde la matrona y hay 3 niñas afuera esperando, una que quiere iniciar método, otra que se quiere pinchar, otra que necesita hacerse el PAP, entonces están todas ahí, en cosas netamente biomédicas, no necesitan nada más, no necesitan como que le pregunten como está la abuelita” (E2).

En estos comentarios emerge la posición respecto al contexto situacional del modelo biomédico, donde temas como el tiempo y la sobrecarga en las agendas influyen en la atención que se presta a los usuarios, sin embargo, también se puede entrever como este Kinesiólogo, limita las situaciones de salud a un espectro puramente biomédico, explicitando que en ciertas ocasiones no es necesario una atención más amplia, que comprenda otros componente de la vida de los sujetos, ejemplificando que no es necesaria una indagación en los aspectos psicosociales, por ejemplo; al preguntarle por un pariente cercano, con esto surge nuevamente la idea de que un sujeto puede ser

dividido y tratado por partes, donde en este caso una atención como “iniciar el método”, no requiere necesariamente una intervención más allá del contexto “Bio”.

A continuación algunos profesionales explican el tipo de estructura en la atención de salud del modelo biomédico:

“(...) el biomédico se centra más en la enfermedad, te duele el pie y es el pie”
(E4).

“(...) el sistema biomédico, desde mi punto de vista, trata solamente la patología, y en algunos casos sólo los síntomas de la patología y se define en eso, en tratar una enfermedad sin importar dónde un paciente se desenvuelve (...)” (E4).

“(...) si yo estoy, no sé, con una fractura en la muñeca necesito una licencia y ahí, yo creo que indagar más allá, no amerita” (E2).

““(...) yo creo que el biomédico, eh... se demora menos en atender a un paciente, escucha menos a un paciente, eh... examina menos a un paciente, no ve, el entorno familiar el entorno, de redes de apoyo que pueda tener cercanos, eh... quizás no ve la dificultad que tiene este paciente, para poder llegar al consultorio(...)” (E2).

En estas observaciones, las opiniones claramente están ligadas a la idea de un modelo centrado en lo biológico, donde las otras esferas de la vida de las personas son ajenas a la intervención de salud, explicitando igual que en comentarios anteriores que hay ciertas situaciones de salud que basta con atenderlas desde lo biomédico y que no ameritan otro tipo de abordaje. Así también, se deja entrever el contexto propio de la intervención, emergiendo ideas como, la escasez de tiempo y lo limitado de la evaluación, los cuales serían componentes de la atención biomédica.

También aparecen reflexiones relacionadas con el tipo de trato entre el interventor y el receptor en el modelo biomédico:

“(…) El biomédico es más de “tienes una gastritis, tomate este remedio” y nunca te dijeron por qué ni nada de eso. Como que asume que tú sabes ciertas cosas y si no las sabes tomate el remedio y se te quita” (E4).

“(…) Muchos no hacen caso, muchos y me toca a diario porque les doy una indicación y luego a la semana que viene están haciendo cualquier cosa, o sea no hacen mucho caso de lo que uno les dice, excepto cuando uno los va viendo, a mí me pasa cuando el paciente lo veo una vez, lo veo muchas veces, con el ver, ver, ver, ver...,repetir, repetir, repetir, educar, educar, educar, el paciente termina haciendo lo correcto” (E2).

En estos comentarios se explicita una comunicación principalmente unidireccional (desde el interventor hacia el receptor), evidenciando creencias respecto a la práctica del profesional de la salud en el modelo biomédico, quien según este supuesto (y como se refiere también anteriormente), tiene el saber y lo entrega al receptor que debe escuchar y obedecer, ya que el conocimiento está instalado en el interventor.

Por otro lado, también es posible extraer el rol del receptor en estas conductas, ya que en los relatos se logra ver la forma en que se les sitúa desde la pasividad frente a las circunstancias, debiendo cumplir las instrucciones del tratante donde “(…) termina haciendo lo correcto”, cuando de alguna forma obedece lo entregado por el interventor, entendiendo así, que es este último quien tiene la razón y el poder del conocimiento.

El siguiente es un extracto obtenido de una entrevista a un kinesiólogo de CESFAM, su opinión tiene relación con la forma en que se estructura la atención en el sistema de salud, donde este profesional define el contexto situacional del modelo biomédico como parte de un engrama más del sistema, presentando un entendimiento y justificación de la existencia y necesidad de este modelo en ciertos niveles de la atención de salud:

“(…) Yo creo que está bien que existan distintas formas de intervención, y eso depende del nivel de atención que se está realizando, está bien que nosotros tengamos una mirada más asistencial y resolutiva, y que los CCR tengan una

mirada comunitaria, ya que la diversidad de pacientes también hace que no todos requieran la misma atención(...)” (E1).

“(...) La parte más comunitaria, claro a nivel de atención de CCR, está mucho más cercano a la comunidad en definitiva. Yo veo que acá en la atención es más asistencial, más clínica. Entonces creo que esa es la idea un poco de formar estos niveles de atención diferenciados y no hacer todos lo mismo. Yo creo que los CCR están más cerca de la comunidad, más cerca de los lugares donde vive la gente, se ve una salud más orientada hacia la prevención, en cambio nosotros tenemos una visión más desde lo asistencial y de llegar a temas que ya están establecidos” (E1).

Estas dos reflexiones ofrecen una mirada sobre los distintos roles que pueden cumplir los servicios de rehabilitación en el sistema de salud, explicando la participación que cada uno de ellos tendría en el engranaje del sistema. La forma de optimizar los recursos y ofrecer atenciones en relación a las necesidades específicas de cada usuario, pone en perspectiva la posibilidad de que los modelos comunitarios y biomédicos coexistan estableciendo una relación fluida y clara entre ellos.

Por lo anterior, es oportuno tomar estas palabras para la futura discusión referida a la necesidad de establecer lineamientos claros respecto a los roles específicos que tienen los distintos servicios en el sistema de salud pública, en busca de una optimización en la fluidez del sistema y por lo tanto, en la atención ofrecida a los usuarios.

Los siguientes enunciados entregan más argumentos para la reflexión anterior:

“El sistema biomédico como tal lo veo positivo en varias cosas agudas que tienen poca duración, como un resfrío, aunque este también impacta en la comunidad ya que un niño se resfría y contagia a todo un curso, sin embargo puede ser tratado desde un punto de vista biomédico puro...”(E3).

“(...) Nosotros acá por ejemplo no tenemos el tiempo ni los espacios para realizar un mayor número de acciones, así que realizamos una rehabilitación

generalmente con un número de sesiones establecidas según patología, y en lo posible derivamos para que la rehabilitación pueda seguir en estos CCR(...)” (E1).

“(...) yo entiendo un poco a los médicos en el sistema público tienen rendimiento muy alto tienen que ver en algunos CESFAM, aquí no, hasta 5 por hora...5 por hora, significa que tienes 10 minutos, un abuelito en que se sentó y se fue, ya no lo revisó completo(...)”(E2).

En el primer párrafo se expone la idea de cómo una patología, como el “resfriado”, puede volverse comunitaria dependiendo del punto de vista del que se mire, sin embargo, la reflexión que emerge en este punto, es cuando sucede este cambio en el punto de vista, ¿Cuándo el resfrío adquiere una dimensión comunitaria?, ¿De qué depende que una situación de salud se mire de una u otra forma?, ya que tal como lo describe otro entrevistado, en su opinión hay situaciones de salud que no ameritan una intervención más allá de la esfera biológica.

El segundo y tercer párrafo, exponen con claridad el contexto temporal y espacial de las intervenciones en el CESFAM, con ello es posible entender algunos conceptos y aprensiones de los profesionales en cuanto a la resolutivez de su acción y el tipo de atención que realizan. Se entiende también el contexto específico a nivel país y del sistema de salud pública, su estrecha relación con los recursos, las obligaciones y metas a cumplir por los distintos servicios.

Así mismo, con los siguientes comentarios realizados por profesionales de CESFAM, se circunscriben las atenciones que se realizan en el sistema en el que ellos trabajan:

“... como profesional de la salud tienes claro que la atención es sólo un par de veces a la semana, y que la terapia requiere que la persona se comprometa y sea parte de la rehabilitación, especialmente en su casa” (E1).

“(...) están las visitas domiciliarias, que son para pacientes que son casos sociales, ya ... y esos entran en la meta al consultorio...Ya, entonces todas esas

visitas que son por distintas partes, otras, unas porque son necesidad, otras son porque son metas” (E2).

“(...) no está siguiendo su tratamiento correctamente, no lo están ayudando en la casa, si es paciente bio... yo veo la posibilidad de ir a verlo a la casa, y si no, lo derivo según lo que necesite” (E2).

El primer comentario refuerza la idea de lo importante de establecer las atenciones según el nivel y servicio de salud que corresponda, ya que este profesional establece un argumento comprensible dentro del marco institucional al que él pertenece, en donde puede realizar como máximo dos atenciones a la semana, lo que en muchos casos es insuficiente, por esto la rehabilitación como tal comprende la participación del usuario y su entorno para que pueda continuar en el hogar la terapia que este requiere.

El segundo comentario se produce hablando de las visitas domiciliarias, el entrevistado responde que esto puede suceder ante distintas instancias, una de ellas es si son “casos sociales”, diferenciándolos de los casos “bio” según señala en el tercer enunciado, con esto se podría pensar que se establece una diferencia entre los usuarios, donde dependiendo la situación de la persona, sería abordada en una u otra esfera de su vida, diferenciado el contexto biológico de los aspectos sociales, sin realizar una integración de estos componentes. Esto puede ejemplificar el pensamiento de un profesional inserto en un contexto más biomédico, donde la persona es vista en parcelas, sin realizar una integración de todos los contextos que pueden influir positiva y negativamente en la salud de una persona y su entorno.

Por otra parte, uno de los entrevistados inserto en un CESFAM, expone la siguiente idea:

“...tenemos que derivarlos al CCR, como que eso es una cosa a nivel municipal, la municipalidad nos pide que los mandemos para allá, porque ellos tienen unas metas, porque si no nosotros los absorberíamos, acá hay el suficiente recurso a nivel de Kinesiólogos como para absorber esos pacientes, pero como que casi que nos obligan a enviarlos para allá, porque tienen unas metas...” (E2).

En este comentario el Kinesiólogo responde respecto al tipo de usuarios que recibe, y comenta que esta “obligado” a derivar a los CCRs a los usuarios que poseen algún trastorno de base neurológica. Esta situación parece no ser bien recibida, ya que refiere que ellos como CESFAM cuentan con la capacidad suficiente para dar cobertura a esas situaciones de salud. En este caso, se puede ver que el profesional no establece una diferencia entre su función y la que podría realizar un Kinesiólogo en un CCR, dejando entrever que no visualiza en su intervención carencias que puedan ser suplidas por un abordaje más comunitario, sino que deriva a las personas sólo por petición del municipio, para lo que el señala es el cumplimiento de metas de los CCR.

Por otro lado, las siguientes opiniones reflejan la necesidad de contemplar otras variables en la intervención, pero al mismo tiempo la realidad a la que se ve enfrentado en su labor diaria:

“...exacto, no es lo mismo que un paciente tenga que bajar en camilla en un block desde un cuarto piso a un paciente que vive al lado y que se traslada solo. O qué apoyo familiar tiene un paciente, qué red tiene, si lo pueden cuidar o no... o sea hemos tenido pacientes en que el marido se va a trabajar y la señora se queda en cama todo el día. Le cambia los pañales antes de irse y al volver, y la señora tiene que estar con un plato de comida o una vecina le va a dar un plato de comida. Entonces uno tiene que saber en qué realidad vive el paciente. Pero ahí siento que uno queda más con la voluntad de hacer algo que lo que uno en realidad puede hacer. En las reuniones de pacientes neurológicos no ahondamos en ese tipo de cosas, en cuál es su relación familiar y cuál es el apoyo que tienen, siempre quedamos cojos sobre qué hacer al respecto” (E1).

“...ha nacido la pregunta, pero queda más en la intención. Es que queda fuera de lo que podemos hacer porque como estamos estructurados en forma asistencial clínica no tenemos horas para poder hacer visitas domiciliarias por ejemplo. No existe esa instancia administrativa. Toma más tiempo, son recursos, es desplazamiento. Lo cual lo podemos obviar y decir que no lo hacemos porque no

podemos hacerlo, pero en una de esas sí debiéramos, pero no se ha hecho la instancia para revisarlo” (E1).

La anterior definitivamente es una reflexión muy interesante, ya que si bien el modelo biomédico no contempla un trabajo directo en la comunidad por diversos factores (estructura asistencial clínica, sin horas para visitas domiciliarias, no existe esa instancia administrativa para tales acciones), igualmente se establece la duda respecto a la necesidad de realizar un abordaje más amplio, más allá de las instancias administrativas, pensando en las necesidades de las personas. Este Kinesiólogo reconoce que muchas cosas quedan en la intención, planteando de alguna manera lo limitado de su acción en la estructura organizacional a la cual pertenece.

Entrevistas realizadas a grupos de usuarios:

La visión de los usuarios sobre la práctica situacional en el modelo biomédico se estructura desde la experiencia, donde al igual que los profesionales se exponen juicios de valor, estableciendo diferencias desde las dimensiones positivas y negativas, utilizando enunciados como “profesional bueno y malo”. En este caso los usuarios plantearon sus opiniones explicando sus experiencias en la salud pública, donde por ejemplo señalan:

“Aquí en el CESFAM hay médicos buenos y médicos malos, yo he tenido suerte me han visto de los dos, no voy a decir nombre (risa), el bueno es de esas personas que a ti te recibe, te saluda con un beso. ¿Cómo ta’?, te pregunta cómo te has sentido, ¿Qué le han hecho los remedios que se ha tomado?, que te manden a hacer exámenes de nuevo (...)” (EG2).

De la opinión que se extrajo de la entrevista grupal realizada a usuarios de los CCR, es importante señalar que en general no se establecieron diferencias entre los terapeutas de rehabilitación y los médicos, para referirse a cualquiera de ellos utilizaban la palabra médico. Este punto por sí sólo es relevante, ya que por el hecho de trabajar en un centro

de salud, los usuarios denominan a los profesionales como “médicos o doctores”, lo que podría ser significativo a la hora de evaluar todos los estigmas por constructos sociales y culturales que se encuentran en la base de esta profesión y sus influencias en las percepciones de los usuarios y en la relación que ellos establecen con los profesionales no médicos de estos servicios. Lo anterior, podría repercutir en el comportamiento del usuario y en las expectativas que maneja respecto al trato, de ahí probablemente los calificativos de “bueno” y “malo”, pensando en lo acostumbradas que están las personas a un trato distante, por lo que se sorprenden o califican positivamente cualquier cambio en la relación referido a la atención prestada desde el profesional hacia ellos. Esto pone en contexto la relevancia del vínculo para los usuarios, donde habría que diferenciar entre vínculo e interacción, donde en este caso el vínculo es entendido como una atención más personalizada lo cual es valorado positivamente por los usuarios.

Así mismo, esta opinión nos ofrece nuevamente una división establecida desde la valoración positiva o negativa, expresando en este caso que un buen profesional sería aquel más cercano, con conductas mínimas de preocupación hacia el consultante, lo que incluso se aleja de la necesidad de “cura” de la situación de salud propiamente tal (idea base del modelo biomédico), sino más bien, la forma en que sean tratados, lo cual en este caso tiene más relación con conductas de cortesía y respeto, que con la imagen de un profesional muy preparado en contenidos o especializado en alguna temática médica específica.

A continuación se presenta una opinión que justifica lo complejo de la práctica, en consideración al tiempo disponible para la atención:

“(…) el factor tiempo es importante depende de la complejidad y en general tienen sólo 15 minutos por persona, es complejo que en ese tiempo alcancen a hacer muchas cosas” (EG2).

Este es un punto relevante dentro del modelo biomédico, ya que se estructura en base a una organización establecida (marco institucional), que rige los tiempos de las atenciones, todo esto mediado por una gran demanda de horas y la necesidad de cumplir

con estadísticas y metas, lo que claramente influye en el tipo de atención que estos profesionales pueden realizar y por ende la que los usuarios puedan recibir. Esto también podría ser entendido como parte de la lógica de racionalidad eficiente, de optimización del recurso, muy propia de un modelo neoliberal, donde se elimina del sistema de actuación todos los elementos “excedentes”, lo que en este caso se aplicaría a las atenciones en salud.

El siguiente comentario expresa una acción por parte de un usuario que refleja lo estructurado del sistema, y la respuesta del usuario ante este marco:

“(...) yo les doy la mano cuando entro a la consulta, y se sorprenden, es que no están preparados...o miran como medio “pajarraco”, es poca la gente que lo hace (...)” (EG1).

En esta descripción se podría entender la reacción del interventor (sorpresa) provocada ante la acción del usuario (darle la mano), por la habituación del profesional a establecer una interacción débil con los consultantes, ya sea esta por los tiempos limitados de atención que restringen el intercambio comunicativo entre ambos, como por la estructura establecida culturalmente de la relación entre “médico y paciente”, donde el primero es distante y preocupado de la patología y el segundo es pasivo y receptor de las indicaciones. En este caso, el usuario rompe este formato iniciando la interacción con un saludo de cortesía, lo que probablemente desestructura al profesional. Estos argumentos sustentan lo descrito anteriormente respecto a las prácticas establecidas entre los interventores y los receptores, y los roles que ambos cumplen en la interacción.

En resumen, estas opiniones hacen referencia a la práctica situacional del modelo biomédico, estableciendo una relación jerárquica entre interventor y receptor, con una comunicación principalmente unidireccional (desde el profesional al usuario), donde los roles de esta interacción se encuentran instalados tanto en los usuarios como en los profesionales, recordando con esto lo presentado en el marco teórico respecto al sistema de “habitus”, donde este es entendido como: “Sistemas de disposiciones durables, son estructuras estructuradas, es decir, en tanto que principio de generación y de

estructuración de prácticas” (Bourdieu, 1980), lo que en este caso se condice con lo expuesto en relación a los roles de los participantes de esta interacción en salud.

Es importante señalar que muchas de estas opiniones se establecen mediante juicios de valor, expresadas en lo positivo y lo negativo del modelo biomédico. En el extremo positivo se encuentran, opiniones respecto a lo necesario de este modelo en ciertos niveles del sistema de salud, en relación a los tipos de requerimientos y a la cobertura que rápidamente que este ofrece. En el extremo negativo se encuentra, lo circunscrito de este modelo a la esfera biológica (patologista), además de la lógica eficientista y reduccionista, basada en la optimización de la práctica profesional y la disminución de sus costos de producción, dejando fuera otros aspectos significativos de la persona y su entorno, dando mayor importancia a los recursos económicos y eficiencia del sistema (cantidad de atenciones), que a la calidad de esta.

Práctica situacional Modelo comunitario:

Entrevista realizada a profesionales:

“Un kinesiólogo desde lo comunitario, debe realizar otro tipo de intervención, más cercano a la comunidad, pensando en la integración de los pacientes (...)”

(E1).

Esta es la opinión de un profesional inserto en un CESFAM de atención primaria, en la cual se puede ver cómo establece una distinción para el profesional inserto en el sistema comunitario, explicando luego:

“(...) en mi caso la preparación y mi carrera la he ejercido más bien desde lo asistencial y mi desarrollo profesional ha sido más hacia el perfeccionamiento terapéutico, entonces personalmente me siento más capacitado en un ambiente asistencial” (E1).

Con esto es posible ver la diferencia que se establece en la práctica situacional de los kinesiólogos en ambos modelos. Por un lado, espera que el profesional inserto en lo comunitario sea “más cercano”, propendiendo a la “integración” de los usuarios, y por otro sitúa su “capacitación y perfeccionamiento” en la esfera de lo asistencial, lo cual en el fondo lo distancia de la intervención comunitaria. Esto permite observar una diferencia en cuanto a los planteamientos de la práctica situacional de los profesionales en el modelo biomédico respecto a la calificación de las acciones (expuesto anteriormente).

Por otro lado, él utiliza la palabra “paciente”, punto que también de alguna forma caracteriza el lenguaje utilizado en el modelo biomédico. Si nos detenemos en esta palabra, el utilizarla tiene diversas implicancias, principalmente al analizar la percepción desde el interventor hacia el usuario, ya que es posicionado inmediatamente

desde su rol histórico donde espera, no participa y es un mero receptor de los conocimientos del interventor.

Otro Kinesiólogo de CESFAM señala:

“(...) pero un paciente, que está en un riesgo más social, el sistema biopsicosocial, o comunitario o de salud familiar, se metería también en ver el tipo de personas que están rodeando este paciente, las redes de apoyo que tiene este paciente (...)” (E2).

De este enunciado se extrae el aporte de mirar una situación desde los modelos Biopsicosocial y/o comunitario (en que aparece la idea de “lo social”, como algo separado de lo biológico), dónde en el caso de existir un riesgo en la esfera social, la intervención debería ser más amplia acercándose a las redes, personas del entorno, etc. Diferenciándolo de esta forma de la práctica del modelo biomédico.

El siguiente es un comentario de un profesional inserto en un CCR:

“...el comunitario es algo mucho más cercano donde uno puede trabajar cosas que no se trabajarían en el otro modelo, como por ejemplo, tú ves a una persona que tiene un problema que no es de tu área, tú igual tratas de encontrarle la solución...”(E4).

Este párrafo se refiere al modelo comunitario desde una opinión personal, sin embargo, en el texto se puede observar poca claridad respecto a puntos del trabajo comunitario. Por ejemplo, habla de “áreas” que delimitarían las acciones a realizar según disciplinas, lo que escapa a los conceptos base del modelo comunitario, ya que la idea central es no desmembrar a las personas según las distintas profesiones, sino que todas se integren y trabajen cooperativamente. Por otro lado, plantea “tú igual tratas de encontrarle la solución”, punto que también merece análisis, ya que si bien el trabajo con la comunidad implica un levantamiento de problemas y la búsqueda de soluciones, estas se realizan en conjunto y con un trabajo participativo, lo que implica que no es el profesional el encargado de “solucionar los problemas” sino es una búsqueda

colaborativa y colectiva de todos los actores implicados (incluyendo el usuario), dentro de los cuales el profesional es uno más.

Luego este mismo entrevistado agrega:

“(…) El comunitario tiene esto de salir a la comunidad, de trabajar en grupo, de hacer cosas distintas. Lo encuentro mucho más entretenido y mucho más interesante (…)” (E4).

Este enunciado se refiere a una característica del modelo comunitario, que es el modo de búsqueda, es decir, el hecho de salir a la comunidad (fuera del centro de salud), en donde el profesional comparte en el entorno propio del usuario y trabaja en conjunto con los actores significativos de la comunidad.

Así mismo, se puede ver una opinión relacionada con las dimensiones que tiene para el entrevistado este modelo de trabajo, señalando que es: “más entretenido y mucho más interesante”, aportando de esta forma (y nuevamente) calificativos a la práctica que realiza.

La siguiente opinión justifica la necesidad del modelo biomédico como tal, haciendo referencia a un “orden” (al igual que el entrevistado presentado en la práctica situacional del modelo biomédico) y establece un parangón entre ambos modelos desde los requerimientos de salud.

“(…) Yo creo que se fueron creando según cómo iba evolucionando todo este cuento. A lo mejor el biomédico fue necesario en algún momento, como para establecer el cuento de tratante y paciente, qué hace cada uno, ordenar un poco el cuento. Pero con el tiempo se fueron dando cuenta que la gente necesitaba y quería otras cosas. La gente reclama harto en cómo es la forma de atención, las cosas que le dicen etc. Entonces a raíz de eso creo que ha ido naciendo este modelo comunitario, mucho más cercano, mucho más explicativo, mucho más dinámico y más llamativo. Yo creo que nace de las necesidades de las personas, de los reclamos de las personas (…)” (E4).

Hasta aquí el modelo comunitario emerge como una práctica de mayor proximidad personal y vinculación con los usuarios, no obstante, el modelo comunitario es mucho más que eso, tanto en la práctica como en lo teórico. Tomando el párrafo anterior, este profesional explica que el modelo comunitario surge de los requerimientos de las personas en cuanto al tipo de atención, lo que según él habría provocado el cuestionamiento al modelo imperante (biomédico), sin embargo, este comentario denota una escasa formación en el modelo comunitario, ya que desconoce el contexto socio histórico y cultural en el que se pone en práctica este modelo. Al parecer su posición se circunscribe a su experiencia personal sin necesariamente haber realizado un estudio más acabado de las bases conceptuales del modelo comunitario.

A continuación, el mismo Kinesiólogo (parte de un CCR) plantea su postura frente al tipo de relación que se establece entre el usuario y el terapeuta:

“(…) Mientras que en el comunitario como que tratas de solucionarle la vida. Entonces en ese sentido hay mayor interacción, hay más lazos, hay más confianza y de pronto solucionando otras cosas puedes solucionar el problema principal que tiene la persona” (E4).

Según lo anterior, en el modelo comunitario se establece una mayor interacción entre usuarios y profesionales en comparación al modelo biomédico, desde los lazos y confianzas establecidos. Se podría entender que la relación implica un vínculo relacionado con un mayor tiempo de interacción, comunicación interactiva, etc., sin embargo, plantea nuevamente que una tarea del profesional de este modelo sería solucionarle los problemas a la persona. Este punto, quizás sin tenerlo consciente, explicita una jerarquía distinta con el otro, en la que “yo-profesional de la salud” estoy en posición de solucionar tus problemas, obviando en estas palabras la participación de los usuarios, sus familias y su entorno en la intervención, lo cual se podría considerar un punto esencial del modelo comunitario. Más aún, se hace cargo de una responsabilidad que difícilmente pueda hacerse cargo sólo.

El siguiente comentario de un Kinesiólogo inserto en un CCR expresa una postura respecto a la práctica situacional actual del modelo comunitario:

“...en lugares que son comunitarios y que son otra onda, son lugares abiertos donde la gente se atiende como en grupo, tienen otra forma, otra distribución, otra forma de hacer las atenciones. Pero yo creo que hay gente que lleva este modelo que es comunitario a espacios que son biomédicos” (E4).

Este será un punto muy relevante de abordar en la discusión, ya que si bien el entrevistado pertenece a lo que en política pública se describe como parte del “modelo comunitario”, en la realidad se expresa de diferentes maneras. En este caso particular, es posible observar a lo largo de los comentarios de este profesional que muchas de las posturas respecto a este modelo tienen relación con apreciaciones personales o juicios de valor, incluso en este último párrafo donde se da a entender que la implementación de este modelo en nuestro sistema de salud se relaciona con las personas y de alguna forma con el trato que estas ofrezcan a los usuarios, más que con un constructo compartido por las partes implicadas y en relación a la participación de los distintos actores, o la forma de entender la salud y la comunidad. Postulando en el fondo que la expresión del modelo comunitario está en relación a las personas que lo implementen, y con esto es posible de generar prácticas comunitarias en lugares biomédicos.

El siguiente comentario entrega una visión respecto al contexto situacional, en relación a la estructura propia de ambos modelos:

“Yo creo que el biomédico es más ordenado, más estructurado, a lo mejor no es más eficaz, pero tiene cierta estructura. El comunitario, mi impresión, es más al lote pero es eficaz, funciona, a la gente le gusta y ven resultados. Yo creo que se ve más desordenado porque uno dispara para todos lados” (E4).

Esta visión de desorden que este Kinesiólogo propone para el modelo comunitario se relaciona (como se ha explicitado anteriormente) con diferencias que se establecen desde un punto superficial, sobre las “apariencias” de cada modelo, donde en este caso el comunitario sería más “desordenado”, probablemente por la estructura física de la

atención (en la comunidad, sin un lugar claro), los tiempos de las atenciones (no se encuentran establecidos, ya que es situacional), las acciones frente a los contextos de salud (más allá del aspecto biológico, acciones en otras esferas), tipo de comunicación y relación entre los actores (intercambio establecido desde el vínculo), etc. Es decir, no todos los parámetros o variables se encuentran determinados previamente, sino más bien se van generando en forma participativa y dependiendo de las necesidades y posibilidades que emerjan durante la interacción.

Otro entrevistado que forma parte de un CCR, describe de la siguiente forma la práctica situacional de un profesional en el modelo comunitario:

“El sistema comunitario trata al paciente dentro de su entorno y mide la discapacidad de ese paciente a medida que se va desarrollando en su medio a diferencia del biomédico que ve la patología como tal...es entonces que este modelo comunitario toma a este paciente y a su entorno, esa familia, a sus redes sociales y al ambiente, orientado en el tema de la CIF y los involucra en relación a la patología para ver cuál es el estado funcional que tiene esa persona (...)”
(E3).

Este comentario propone en primera instancia una visión más global de la intervención al contemplar el entorno del usuario, sus redes sociales y el ambiente. Sin embargo, el discurso de este profesional merece otro análisis: por un lado utiliza la palabra “paciente”, que como ya se ha referido contiene una carga importante en su significado, además propone “medir la discapacidad”, punto que también implica cuestionamientos desde la mirada del modelo comunitario, ya que si bien la discapacidad como tal es un término aceptado y cuantificado permanentemente en el sistema de salud, no forma parte ni es esencial en el modelo comunitario, ya que lo significativo es trabajar junto con la persona, la familia y el entorno en relación a una situación de salud específica, pero desde una perspectiva cualitativa, que va más allá de establecer una cuantificación de una situación dado que las variables son demasiadas. No obstante, esto se podría explicar al analizar los requisitos y metas permanentes que se les pide cumplir a los profesionales que trabajan en los CCR, donde por ejemplo: deben realizar un registro

estadístico mensual en el cual se les solicita señalar el tipo y severidad de la “discapacidad” de las personas con las que estén trabajando, lo anterior forma parte del marco institucional al que debe ceñirse la práctica de los profesionales de rehabilitación en estos centros de salud, por lo tanto los conceptos propios de una real rehabilitación basada en la comunidad, podrían verse afectados por la institucionalidad propia de los servicios de salud.

Finalmente dentro de sus argumentos menciona a la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), que si bien es de gran relevancia al ser un primer acercamiento por parte de la OMS a mirar la salud multifactorialmente y no sólo desde el encuadre biológico, no representa necesariamente al modelo comunitario, ya que si bien señala y contempla los aspectos nombrados, la perspectiva desde la que plantea la intervención sigue siendo desde el sujeto, circunscribiendo cualquier intervención hacia él, reduciendo todo tipo de intervención al individuo, dejando por fuera a la sociedad.

Siguiendo con esta idea señala:

“...como te decía hace un rato atrás, mientras más informado esté un paciente sobre la consecuencia de sus hábitos o de sus actos, uno puede prevenir de mejor forma más que nada en APS. También uno logra empoderar al paciente sobre su situación de salud actual y rehabilitarlo” (E3).

Es este comentario se plantea el concepto de “empoderamiento” como camino, que si bien tiene una gran lógica desde una mirada racional y por qué no capitalista, perpetúa la mirada individualista de la salud, ya que entrega la responsabilidad de “recuperarse” al sujeto afectado, sustentando así, la idea que le corresponde al usuario “salir adelante”, obviando de alguna forma la responsabilidad de la sociedad o las políticas sociales en su recuperación, además es importante notar como el profesional señala “también uno logra empoderar al paciente”, en este enunciado se explicita nuevamente una situación jerárquicamente diferente, ya que significa que yo como profesional tengo la capacidad de empoderar a los otros (entregarle poder), dejando al receptor como un ser pasivo

(paciente), sin requerir de su participación o conocimientos, y señalando en el profesional la presencia del poder.

En el siguiente comentario el profesional realiza una descripción del tipo de abordaje que pueden realizar en el CCR, como parte del modelo comunitario:

“(…) manejos grupales insertos dentro de la comunidad, dentro del CCR, independiente de que los CCR tengan o no la capacidad, los recursos humanos o monetarios, la idea es sacar estos recursos de rehabilitación a la comunidad y hacer estos trabajos grupales de integración social, de educación dentro de ésta” (E3).

En este caso se ejemplifica que el tipo de intervención, no sólo se limita a un formato individual, sino que es factible y común realizar actividades grupales. También refiere su utilidad específica en algunos casos:

“...El enfoque comunitario, sobre todo en las patologías más crónicas, tiene un abordaje más sistémico, más complementario y que a la larga entrega mayor satisfacción usuaria y al rehabilitador como tal” (E3).

En este caso, se hace referencia a que este tipo de práctica favorece la satisfacción del usuario, en relación al tipo de abordaje realizado, estableciendo en la terapia grupal un aporte del modelo comunitario.

Los siguientes comentarios tienen relevancia en la práctica situacional, ya que entregan el contexto respecto al marco institucional en el funcionamiento actual de los CCR:

“(…) el famoso REM-28, que te pide un rol comunitario desde un punto de vista ministerial y que tiene que ver con algoritmos, básicamente números e ingeniería, pero en un trabajo que no necesariamente responde a estos paradigmas” (E3).

“(…) es el concentrado estadístico mensual de rehabilitación, donde hay cierto porcentaje de pacientes cumplidos, pero esos pacientes dependen de la población,

de la realidad en que está inserto el CCR y muchas veces es un freno para el desarrollo de éstos” (E3).

En este caso es posible ver una discordancia entre la propuesta del modelo comunitario (en discurso) y los requisitos con los que profesionales deben cumplir cada mes, como se explicita en los comentarios anteriores, este tema es de gran relevancia para la instalación del modelo comunitario en Chile, por ende será abordado con mayor profundidad en la discusión de esta tesis.

Entrevistas realizadas a los usuarios:

Respecto a la percepción de los usuarios de las prácticas situacionales en el modelo comunitario, ellos realizan permanentemente una comparación entre el sistema público y privado y entre “buenos y malos” médicos (como también se refirió anteriormente). A continuación se rescatan relatos que ejemplifican la práctica situacional desde el modelo comunitario:

“...Por ejemplo acá en Kinesiología a veces no hacemos ni ejercicios, pero el hecho de encontrarme con él, el hecho de conversar y contarle los problemas...no tiene por qué escucharme porque es kinesiólogo, pero lo hace” (EG2).

En este párrafo se puede observar la posición en la que el usuario ubica al profesional de rehabilitación. Considera que el hecho de que el Kinesiólogo lo escuche no es algo que le corresponda, podríamos decir que es una tarea “extra”, ya que al parecer lo que le corresponde son los ejercicios, dejando por fuera cualquier otra actividad que se relacione con aspectos psico-sociales del usuario. Lo anterior ejemplifica la forma de ver la atención de salud por parte de los usuarios, donde reciben atenciones de forma parcelada (Kinesiólogo, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo, etc.), y son relativas a la especialidad de cada disciplina, sin que se establezca necesariamente un dialogo entre ellas. En el fondo, una atención que aborde algún otro ámbito de la vida del usuario, podría percibirse como un acto de “buena voluntad” del profesional. De lo anterior se

puede extraer que aunque el profesional y el usuario se encuentran inmersos en un ambiente comunitario, existen ciertas concepciones socioculturales, que están a la base de la actual práctica en salud.

El siguiente es el comentario de una usuaria, que refiere tener aprensiones respecto de las visitas a domicilio (tema de gran importancia en el modelo comunitario), dada su experiencia en el programa de postrados:

“(...) también tengo mis aprensiones, porque... mi mami está en un programa de postrados, por ejemplo acá, me la vinieron a ver y después del primer control, ellos me dijeron que tenía control en 3 meses... pero yo tengo que llamar y avisarle al médico para que la vaya a ver...el control más cercano es de 3 meses y el otro a los 6 meses...y no ha sido muy bueno (...)” (EG1).

Para contextualizar el párrafo anterior, éste hace referencia al programa de postrados perteneciente a los CESFAM, el cual se implementa para realizar una atención domiciliaria (principalmente médica) a los usuarios que se encuentren en situación de postración.

En este contexto, cuando se planteaba el tema del modelo comunitario y el trabajo en terreno, en sus propios espacios, muchos de los usuarios evocaron como primera referencia a este programa (probablemente como la única asociación que podían establecer con un abordaje en la comunidad), lamentablemente la experiencia con él no era muy buena, las atenciones se realizan sin la regularidad requerida y con profesionales que replican el modelo biomédico en el domicilio de la persona. Lo anterior influenciaba la opinión respecto de este tipo de intervención, donde muchos usuarios hacían referencia a que preferían reservar la atención a domicilio, sólo para personas con problemas para moverse:

“Pero si puede andar no.....sino puede caminar...Ahí sí...usted el día que no pueda moverse, va a pedir que lo vayan a ver a la casa” (EG1).

“(...) Para una persona postrada correcto...Nosotros tenemos que venir, y así se ocupa ese tiempo en una persona que está más grave que yo, que lo necesite más, así no se ocupa el tiempo de una persona que esté más grave (...)” (EG1).

En resumen, en las opiniones respecto a la práctica situacional del modelo comunitario, se puede ver que esta es percibida como más cercana, capaz de abordar aspectos diversos de la persona, con una estructura de atención que puede implicar un trabajo en terreno, donde se amplía la visión respecto al usuario y sus necesidades.

Es importante destacar que en las distintas entrevistas a los profesionales de los CCR, se observaron confusiones respecto a lo que el modelo comunitario realiza en práctica, así también en relación a sus bases teóricas, la mayoría de las opiniones se basaban en la experiencia y en apreciaciones personales.

Estructura física ambos modelos:

Respecto a esta segunda parte del contexto situacional, se realizará un análisis de ambos modelos en paralelo, ya que los datos aportados generalmente son a partir de una comparación entre uno y otro, y se espera que de esta forma sea más fácil su comprensión.

Entrevistas realizadas a profesionales:

Los siguientes son comentarios realizados en referencia a los espacios físicos en que se realizan las atenciones en cada modelo:

“(...) bueno el modelo comunitario se establece en centros cercanos a la comunidad y con algunas atenciones a domicilio, en nuestro caso las atenciones son en consultas y con pacientes hospitalizados” (E1).

“(...) se espera que la atención comunitaria, como la palabra lo dice sea más cercana a la comunidad, mientras lo biomédico generalmente está establecido en el hospital o en el CESFAM sin mucha movilidad” (E1).

“(...) lugar netamente asistencial, eh... efectivamente, es un box una camilla, si es que lavamanos, que tiene que haber, o sea en cuanto a estructura es menor” (E2). (Respecto al modelo biomédico).

Lo anterior sustenta lo referido en los antecedentes de esta tesis respecto a la estructura física donde se desarrollan ambos modelos. Por un lado, el biomédico se realizará en hospitales, CESFAM, etc., específicamente en el caso de los kinesiólogos generalmente en los gimnasios de estos servicios, limitando de esta forma la intervención a estos espacios. Mientras, en el trabajo comunitario se espera que las acciones se realicen en la

comunidad misma, cerca de las personas, incluso en sus propias casas o entornos cercanos.

El siguiente es un comentario de un profesional de un CCR:

“...el comunitario tiene esto de salir a la comunidad, de trabajar en grupo, de hacer cosas distintas...” (E4).

“...he visto que muchos de los pacientes confían más en las salas de rehabilitación porque los profesionales son más cercanos, los entienden, los escuchan que en el mismo sistema biomédico” (E3).

En este caso, ambos comentarios se refieren al modelo comunitario. El primero plantea lo referido al trabajo más directo con la comunidad, sin embargo, el segundo está dirigido al trabajo en salas de rehabilitación, donde en muchos casos se realizarán las acciones en los CCR. Esto se debe principalmente a la necesidad de cumplir con estadísticas, lo que en el fondo obliga a realizar un número de atenciones mensuales por profesional, que difícilmente se pueden cumplir si se realizan sólo visitas a domicilio, por lo que muchas atenciones se llevan a cabo en las mismas dependencias de los centros comunitarios de rehabilitación. A pesar de ello, según lo que comenta este profesional, los usuarios sienten más cercana este tipo de atención, aun cuando esta se realiza bajo el modo de espera (es decir, el usuario ha asistido al centro).

El siguiente es otro comentario de un Kinesiólogo de un CCR respecto a las visitas a domicilio, que apoya el análisis realizado anteriormente:

“...cuesta hacerlas, por dos motivos. Uno, la demanda es muy alta, la lista de usuarios para atención es muy alta, entonces el tiempo no te da. Lo otro es que no cuentas con movilización para ir. Entonces qué hacíamos nosotros, tratábamos que fueran las terapeutas, porque nosotros tenemos mucha más demanda que las terapeutas. Nosotros teníamos listas de espera de 100 personas y la terapeuta puede ver a alguien 3 veces y nosotros 10. Entonces iban ellas y nosotros nos quedábamos atendiendo. No es lo mejor, porque así tampoco se respeta el

modelo, pero era la forma de poder hacerlo. Ahora si no estaba la terapeuta nosotros igual íbamos y hacíamos las cosas. Ahora que yo veo a los postrados, no son visitas domiciliarias propiamente tal, pero trato de hacer algo así. Meter el modelo igual, después llego al CESFAM y le digo al doctor que vaya a ver a tal persona o voy con la asistente social” (E4).

Este profesional plantea (como se había postulado en el comentario anterior), las dificultades que se presentan en la práctica misma, más allá del discurso del modelo comunitario respecto a lo importante del trabajo en terreno, estas acciones se complejizan al enfrentarse al marco institucional que encuadra las intervenciones a realizar, de ahí probablemente muchos de los conceptos base del modelo comunitario deben reestructurarse a la realidad diaria, y con ello el sistema de actuaciones de los participantes.

La siguiente es una opinión de un Kinesiólogo inserto en un CCR:

“...es que si lo vemos desde el punto de vista de kine, hay espacios que son muy biomédicos que son gigantes, increíbles, y hay otros espacios que son más reducidos. En el comunitario se supone que uno debería tener espacios amplios para poder reunir gente. Pero actualmente el comunitario es en donde caíste. Te tocó en esa sala y en esa sala tienes que hacerlo todo. Yo creo que no está tan estructurado como el biomédico. En este último si armas un cuento es altiro bueno, o más o menos, pero en el comunitario lo meten en cualquier parte” (E4).

El comentario anterior hace referencia a la estructura física esperables para cada modelo. Por un lado, este entrevistado señala que los ambientes en sí mismos ya son de un modelo o de otro, en referencia a la actividad del Kinesiólogo, donde el gimnasio sería el lugar principal del modelo biomédico para que este profesional realice su trabajo, mientras que para el comunitario, este espacio parece no estar tan definido, ya que depende como el entrevistado lo refiere “donde caíste”, estableciendo una relación del lugar donde se haya instalado el CCR.

Para contextualizar la opinión anterior, es importante señalar que los CCR se han instalado paulatinamente en diversos lugares, algunos en salas de rehabilitación, otros en gimnasios más implementados, incluso un entrevistado refiere que al comienzo de su trabajo como no estaba implementado un lugar específico, debieron comenzar en unas salas prestadas de un colegio, por lo tanto, las experiencias de cada profesional y de la comunidad cercana, podrían variar respecto a la estructura física en la que se hayan implementado estos centros de salud.

Entrevistas realizadas a usuarios:

A continuación algunos argumentos de la estructura física relacionados con la escasez de espacios:

“No es problema de personas, de personal, de espacio. Los médicos hicieron lo que tenían que hacer...las salitas los espacios están llenos, entonces yo lo encontré malísimo (...)” (EG2).

“Los recursos de espacio son pocos, los box son chicos, ahí queda la escoba, todo lleno... por los pocos recursos (...)” (EG2).

Todo lo anterior hace referencia a los espacios y estructura física en que son atendidos los usuarios, poniendo énfasis en que es un recurso escaso.

Cabe señalar que muchos de estos comentarios se hicieron en referencia a espacios físicos de hospitales o CESFAM, hecho significativo, ya que se relaciona de manera importante con la calidad de las atenciones de salud que los usuarios reciben y con la estructura con la que los profesionales deben relacionarse.

7 b). Sistemas de actuación:

Interventor:

En este punto se analizarán las formas en que se representa al profesional de la salud en el sistema de actuación, tomado en consideración los siguientes contenidos: tipo de relación que establece con los otros, posición desde la que se establece en la relación con el usuario, forma de plantear la información, situación culturalmente propuesta, tipo de lenguaje utilizado, etc..

Entrevistas realizadas a profesionales:

El siguiente es un comentario que surge a partir del tema del trabajo en equipo, respecto a las instancias en las que los profesionales comparten y discuten:

“...Tenemos una única instancia en donde hacemos discusión de casos, en donde se intenta dar parámetros y lineamientos de cómo va la evolución de los pacientes, y conocemos cuáles son los pacientes de los demás, conocemos sus problemas y las inquietudes que tenemos” (E1).

Primero que todo hay que señalar que se trata de un comentario formulado por un profesional de un CESFAM, en el que se puede ver que el trabajo en equipo es limitado, ya que tienen una “única instancia” para conocer y discutir las acciones que se están realizando con los “pacientes”. Este comentario viene a apoyar lo expuesto en los antecedentes, respecto a la estructura de trabajo propia del modelo biomédico, donde el quehacer está dentro de la esfera de la disciplina, con una baja o escasa relación entre los profesionales, donde preferentemente se hablará de “paciente” o “caso”, para referirse a la persona con la que se encuentren trabajando.

El siguiente es un comentario realizado por un profesional inserto en un CCR:

“...por lo general en el modelo biomédico no hay transversalidad, sino que es el médico derivando hacia el nutricionista, kinesiólogo, psicólogo, para que éstos hagan su trabajo aislado y tengan comunicaciones esporádicas. A diferencia del comunitario en donde están los profesionales trabajando uno al lado del otro, en donde se comparten resultados, el objetivo es común y es bastante más horizontal” (E3).

Este comentario también refleja una percepción del modelo biomédico en el cual el trabajo realizado es en “parcelas”, donde no se produce necesariamente una integración entre los profesionales que trabajan con una misma persona, donde el usuario es visto “por partes” según la disciplina de cada profesional. Por otro lado, en el modelo comunitario se espera que exista un objetivo común, lo cual requiere una comunicación fluida entre los profesionales y el usuario que formen un equipo de trabajo, donde existan instancias para conversar y discutir los lineamientos a seguir.

Al plantear el tema sobre cómo debería ser un profesional de la salud en ambos modelos, el comentario es el siguiente:

“...un kinesiólogo desde lo comunitario, debe realizar otro tipo de intervención, más cercano a la comunidad, pensando en la integración de los pacientes, en mi caso la preparación y mi carrera la he ejercido más bien desde lo asistencial y mi desarrollo profesional ha sido más hacia el perfeccionamiento terapéutico, entonces personalmente me siento más capacitado en un ambiente asistencial” (E1).

Con la anterior, se puede ver que este profesional visualiza dos perfiles distintos dependiendo del modelo en el que se vea inserto: por un lado, el perfil del profesional en el modelo comunitario es más “cercano” y debe propender a la integración de los “pacientes”, y por otro lado el profesional biomédico, se centra en su “perfeccionamiento” o especialización profesional, lo cual para este profesional es un

tema importante ya que hace que se sienta más preparado para trabajar en el ámbito asistencial.

Luego agrega respecto al trabajo más directo con la comunidad:

“...me parece que es importante, ya que están en un contacto más directo con las personas partes de la comunidad, sin embargo, como ya lo comenté antes, para nosotros es imposible movernos en otro nivel que el asistencial” (E1).

Con esto el entrevistado se apoya en la estructura del sistema de salud, para explicar las acciones que le corresponde realizar y las limita al ámbito asistencial. Lo anterior es algo que ayuda a interpretar la forma en que el marco institucional delimita las acciones de los distintos servicios y organiza éstas según el nivel de atención, lo que a su vez estructura la práctica de los profesionales pertenecientes a los distintos servicios.

Para contrastar, a continuación se presenta la opinión de un Kinesiólogo inserto en un CCR:

“...en el CCR llegué a un cargo que no existía, que no tiene parámetros ni nada, entonces yo he tenido que inventar el cargo, he tenido que inventar esta “sala de rehabilitación”, para establecer qué cosas se ven, qué cosas no se ven, cuáles derivo, y el trabajo con los médicos y con la gente del CCR. Entonces he tenido que armar todo eso. Y como decía, antes no había nada, así que con algunas cosas que tenía yo y otras que ha traído la gente he tratado de armar este cuento. Así esto se convirtió en un CCR” (E4).

El comentario da para diversos análisis. Por un lado, el entrevistado pareciera haber estructurado su cargo desde la nada, es decir, no menciona algún marco u organización a la que debió adecuarse, de hecho señala que ha tenido que “inventar esta sala de rehabilitación”, pareciera haber estado sólo en la formación de esta sala, donde los usuarios cooperan, pero la responsabilidad finalmente recae en “él como profesional”, siendo él quien toma las decisiones y marca el rumbo del lugar.

Al detenerse en estos enunciados es posible ver como su opinión se aleja de la propuesta comunitaria (aun siendo un profesional que es parte de un CCR y debiera de alguna forma representar el modelo comunitario), ya que la idea de este modelo es siempre buscar la participación de todos los actores en las atenciones de salud, estableciendo un diálogo participativo, donde las decisiones que se tomen sean colectivas, donde el profesional es uno más de los actores colaboradores.

Ahora bien, en otra arista a comentar, todos los centros comunitarios se encuentran bajo un marco institucional. En este caso, podríamos interpretar que se deja espacio para una mayor flexibilidad de las acciones que se realizan en los CCR, y parte de su organización depende del lugar en el que se haya insertado y el personal que lo componga.

Este mismo profesional comenta respecto a su percepción del modelo comunitario versus el modelo biomédico:

“...está en cómo te acercas a la gente y cómo la gente te percibe también y en cómo te puedes desarrollar, tienes muchas más posibilidades de aprender cosas. Tienes la libertad de hacer muchas cosas, en el biomédico estás como encasillado” (E4).

En este caso se puede ver la flexibilidad que este profesional percibe en el modelo comunitario, refleja en este las posibilidades de realizar distintas acciones, diferenciándolo del modelo biomédico donde las funciones del profesional se encuentran mucho más delimitadas y circunscritas.

Una manera de interpretar esta visión de “flexibilidad”, puede tener relación con las acciones que se realizan en otros ámbitos de la vida de la persona, pensando en una intervención de índole más psicosocial, donde se incluye por ejemplo un trabajo en red y con el entorno, realizando promoción y prevención.

Ahora este Kinesiólogo de un CCR realiza un comentario referente a su visión del profesional biomédico estableciendo un parangón con el comunitario:

“...el biomédico es un profesional que es como el “diostor”, que está bien arreglado, distante, que te dice un par de cosas y nada más. Y el comunitario es como el que te toca, el que te dice cosas, si tú te pones a llorar te acompaña y te consuela. Esa es la diferencia” (E4).

La perspectiva de este profesional por un lado, posiciona al profesional biomédico como un “diostor”, palabra que en ocasiones se utiliza coloquialmente para señalar la posición desde la que se percibe al médico (Dios- Doctor), caracterizándolo en una posición distante, con una jerarquía superior y en una situación de poder desde el interventor al receptor. Por otro lado, identifica al profesional comunitario (dentro de los cuales él es parte) en base a ejemplos desde una perspectiva bastante emocional, donde lo describe como una persona más cercana y preocupada, otorgándole la posibilidad de realizar acciones que van más allá de un trato profesional-usuario, estableciendo una relación muy próxima, incluso al nivel de “si tú te pones a llorar te acompaña y te consuela”, interpretando esto, se podría pensar que hay mucho de estereotipo “bueno-malo” en esta descripción, donde posiciona a un profesional en un extremo y al otro en uno totalmente opuesto, sin dar espacio para términos medios o mezclas. Este se puede explicar debido al imaginario colectivo de lo “comunitario”, donde en muchas ocasiones se le otorga una connotación positiva, siendo el profesional “cálido”, “cercano”, “afectivo”, “horizontal”, “comprensivo” etc., en este caso se podría pensar que este marco referencial desde el cual los entrevistados están entendiendo lo comunitario. Otra forma de analizarlo es pensando que estos argumentos se limitan a percepciones superficiales, donde no ha habido un análisis profundo de las acciones de cada uno de los actores, más allá de las apariencias y las categorizaciones pertenecientes probablemente al imaginario social de cómo son los profesionales de la salud.

El siguiente comentario tiene relación con la perspectiva desde la que se posiciona el modelo biomédico:

“...el biomédico viene de una corriente histórica y no hay mucho más que decir de eso, de los médicos y de los que trabajan en salud bajo ese modelo, son los que

manejan el conocimiento acerca de las patologías puntuales y tratan de sanar al paciente en cuanto a esa patología puntual o a las patologías asociadas” (E3).

En este caso los temas relevantes para el modelo biomédico, son las “patologías”, la posibilidad de “sanar”, centrando la mirada en lo biológico y en la cura. Todo lo anterior sustenta en parte lo planteado en los antecedentes y marco teórico respecto a la posición que ocupa el interventor en el modelo biomédico, ésta es de superioridad y poder mediado por el conocimiento, y con ello también el tipo de relación que se estructura con los “pacientes”, donde el foco de la intervención estará puesto en la enfermedad.

A continuación se presenta la opinión de otro entrevistado, que pertenece a un CCR:

“...En el biomédico está el médico por sobre Dios, es todopoderoso, capaz de decidir el destino del paciente, pero yo soy más del modelo de Patch Adams, que el que trabaja en salud es un amigo informado, en donde la única diferencia que hay con el paciente es que él sabe de las patologías y el paciente no, por lo que su labor es informar al paciente para que también sepa y trabajar en base a eso. La autoridad del profesional en el sistema comunitario es una autoridad pasiva, no es una autoridad que impone sus normas y sus reglas sino que es una autoridad que es capaz de moldearse a la situación, porque al fin y al cabo estamos acá para ayudar al paciente, no para imponer como en un sistema paternalista, sino que en un sistema más horizontal informativo” (E3).

Como se puede ver, tiene similitud con la opinión anteriormente analizada ya que ambos realizan una analogía entre el “médico” y “Dios”, explicando de esta forma la posición de superioridad en la que se ubica al profesional de la salud.

Luego hace referencia a su modo de actuar frente a los “pacientes”, señalando que la autoridad del profesional en el modelo comunitario es una autoridad de tipo “pasiva”, donde no es una autoridad que impone reglas sino una que debe moldearse a la situación. Si bien se logra ver en este enunciado una intención por demostrar una consideración hacia las opiniones de los usuarios, su planteamiento deja entrever una

lógica biomédica, ya que como se ha señalado anteriormente el modelo comunitario busca evitar las jerarquías y la verticalidad en la relación, intencionando una interacción en la que todos los actores tienen opinión, donde los conocimientos son validados (tanto de profesionales como de los usuarios) más allá de la tecnicidad propia de cada disciplina, con esto, el saber que todas las personas pueden aportar en la intervención es valorado y enriquece las acciones que se puedan realizar.

Así mismo, utiliza la palabra “autoridad”, suavizando esta expresión con la palabra “pasiva”, sin embargo, instala la diferencia, y con ello la distancia con el usuario, situando en contexto que él es la autoridad frente al “paciente”. Además, señala que la única diferencia que hay con el paciente es que él sabe de las patologías y el paciente no, por lo que su labor es informarlo para que también sepa. Con este planteamiento posiciona al usuario desde una ignorancia absoluta, como una hoja en blanco que hay que llenar, otorgando al “paciente” un rol pasivo, como receptor de la información que el profesional le entregue. Este último punto se relaciona más con el modelo biomédico que con el comunitario (en cuanto a la posición del receptor).

A continuación se presentan otros comentarios de profesionales del modelo comunitario, en relación a las características de los profesionales pertenecientes a cada modelo:

“...Creo que los del biomédico pueden ser personas más serias... es que no sé, yo creo que es relativo, porque hay gente que cuando está atendiendo es de una forma y fuera es de otra. Pero lo que yo he visto es que la gente de lo biomédico son más serios, más distantes, más fríos. En cambio los del comunitario son más entradores, como que les gusta conversar, siempre les preguntan muchas cosas a la gente y se meten por el lado... cosas que los del biomédico no las hacen” (E4).

“...Yo creo que depende, con el tiempo uno se va adaptando. Por ejemplo, yo tengo una personalidad que es un poco más piola, más callado, pero al momento de atender a la gente trato de ser distinto y trato de escuchar, de conversar, de buscar. Yo creo que uno puede ir adaptándose y metiéndose en este modelo.

Puede que haya gente que es demasiado estructurada o seria que no les va a gustar” (E4).

En este caso las reflexiones tienen relación con las características personales de cada profesional, donde se podría entender que para trabajar en el modelo comunitario se requiere cierta capacidad para adaptarse a situaciones diversas, mientras que el modelo biomédico demandaría una mayor estructura y rigidez en el actuar. Este profesional ejemplifica que para el modelo comunitario se requiere habilidad para abordar diversos temas (relacionados con aspectos psico-sociales, diferenciando el foco biológico del biomédico), además de habilidades comunicativas que debe utilizar al relacionarse con el usuario.

Por otro lado, se rescata el siguiente planteamiento, al introducir el tema de la situación de poder:

“(…) En el biomédico se nota. En el comunitario la idea es que estén los dos iguales” (E4).

“(…) yo creo que se iguala un poco, no sé si quedan a la misma altura, para mí siempre va a estar un poquito más arriba el profesional, más que nada porque hay un conocimiento detrás, desde la parte fisiopatológica (...) o sea no sé, si tienes asma, tienes que usar un inhalador, si no usas el inhalador, por más que te hagamos todas las terapias del mundo y hagamos todas las otras pastillas del mundo eso no se te va a controlar” (E2).

En el primer enunciado se pone en evidencia la diferencia que este profesional percibe en ambos modelos respecto a la estructura del poder, postulando que en el caso del modelo biomédico esta “situación” es evidente, mientras que en el comunitario “la idea” es que estén los dos igual, sin embargo, por los comentarios y reflexiones realizadas por este mismo profesional, da la impresión que se queda sólo en la “idea”, ya que en muchas de las respuestas se posicionó desde una situación de autoridad. Lo anterior probablemente refleje lo que sucede en la actualidad en nuestro sistema de salud, donde muchas “ideas” del modelo comunitario se encuentran sólo en discurso, sin embargo, a

la hora de concretarse en el trabajo con la comunidad, se siguen estableciendo relaciones con una diferencia jerárquicamente establecida. El segundo comentario expresa explícitamente esta diferencia jerárquica, siendo el entrevistado parte de un CESFAM, señala que si bien cree que en el modelo comunitario la idea es igualar un poco la relación, no cree que estén a la misma altura, afirmando que la diferencia estaría dada por el “conocimiento”, posicionando de esta forma el poder en el interventor, donde finaliza el comentario exponiendo la relevancia del tratamiento biomédico, siendo esta forma de abordar la salud la que ofrecería la solución.

El siguiente es un comentario de un Kinesiólogo de CCR ante el tema de la importancia del conocimiento de los usuarios:

“...tiene un aporte brutal en ambos modelos. Un paciente al que se le informa sobre su patología se empodera y busca las mejores opciones de tratamiento, sabe qué esperar y qué pedir y cómo aportar al tratamiento y si empodera a su familia aún más. O sea, mientras más educado sobre su estado de salud esté el paciente se puede prevenir de mejor forma o rehabilitar de mejor forma. Entonces el apoyo en ambos sistemas es brutal” (E3).

Esta reflexión en una primera instancia aporta respecto a la importancia de la participación del usuario en la intervención, en especial con el conocimiento que este tenga respecto a lo que le está sucediendo, sin embargo, al dar una segunda mirada es posible ver que aunque este profesional pertenece a lo que se esperaría fuera parte del modelo comunitario por trabajar en un CCR, se pueden observar en su discurso conceptos y formas de ver la salud que pertenecen mayormente al modelo biomédico, lo anterior se puede ejemplificar en la siguiente frase “Un paciente al que se le informa sobre su patología se empodera”, en la que utiliza la palabra “paciente”, acto que como ya se ha mencionado antes, posee una carga de significado en sí misma, para luego señalar que al paciente “se le informa”, manifestando así que la percepción del usuario es como receptor del conocimiento que el profesional le entrega, concluye hablando del empoderamiento (tema que también se abordó anteriormente), donde plantea la posibilidad de empoderar al otro, es decir, de “entregarle poder”, por lo tanto, el

profesional es el que tiene el poder y de alguna forma se lo entrega al usuario, sin establecer en ello una interacción. Luego habla de lo educado que esté el usuario, nuevamente posicionándose él como educador, sin dejar espacios al conocimiento propio de los usuarios, su cultura o formas de ver la vida.

Aquí se presentan otros comentarios que apoyan estas últimas ideas:

“(...) Por ejemplo, no sé, una señora me dijo que con flores de Bach ella iba a andar mejor su asma, y quería dejar los inhaladores, entonces por ese lado yo, la orienté a que el tratamiento correcto es este (...)” (E2).

“(...) o sea no es que le digo que no lo haga, o que le digo que por este lado, se ha visto y esto puede pasar con esto, en cambio con esto usted está más segura, usted si quiere siga tomándolo, pero yo le digo que no (...)” (E2).

En estos comentarios se puede ver desde la posición en la que se sitúa el entrevistado (Kinesiólogo CESFAM), en este caso él está fundamentando su actitud frente a las terapias “alternativas”, a partir del tema de los conocimientos de los usuarios y su participación, y como respuesta ante estos temas señala que de alguna forma induce a los usuarios a seguir el tratamiento 'correcto', que sería el que él le está recomendando, demostrando de esta forma que en su posición es él el quien tiene la razón frente a las creencias del usuario.

La siguiente opinión es respecto a las características de personalidad de los profesionales de salud:

“...Dentro del sistema hay profesionales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que tienen una visión de la medicina y de todos los campos del área de la salud en donde primero está la opinión del clínico, segundo está la opinión del clínico, tercero está la opinión del clínico y el paciente está por allá abajo...y hay otros profesionales que son más empáticos” (E3).

“...Deberían ser profesionales empáticos, preocupados por los pacientes, con un nivel de tecnicidad compatible con el cargo, que le permitan desenvolverse en cualquier ambiente en donde le toque trabajar” (E3).

Estos comentarios permiten ver cómo este Kinesiólogo caracteriza a los profesionales de salud, señala en el primer párrafo que algunos se mueven desde una situación jerárquica y otros que poseen cierto grado de empatía. En el segundo enunciado explicita las características que debiera tener un buen profesional, señalando la empatía en primer lugar, sin obviar el grado de preparación técnica que deberían tener, al parecer las opiniones anteriores se expresan una visión general del profesional de la salud, más que una subdivisión por modelos.

En el siguiente comentario el entrevistado plantea que es lo que se necesita para lograr una transición desde el modelo biomédico al comunitario, en relación a la situación actual en nuestro sistema de salud:

“...Voluntad. Porque los profesionales muchas veces se quedan pegados en la forma de trabajo que tienen y de ahí no salen. Entonces les cuesta pasar a algo tan distinto como es el enfoque comunitario, les cuesta. Y hay personas que se dedican a esto... investigación basada en la evidencia, que son súper biomédico, ultra cuadrados y que de ahí no los sacas” (E4).

Probablemente sea necesario señalar que aparte de la voluntad que señala este entrevistado, se necesita un modelo operativo mucho más elaborado, preciso, pertinente y factible de implementar, junto con un marco institucional que acompañe a la política pública, además de una mejor preparación de los profesionales respecto al trabajo comunitario, entre otras variables que como se ha visto influyen en la real puesta en práctica de este modelo.

A continuación se presentan algunos argumentos desde la mirada de los interventores, referidos a la formación de los profesionales de rehabilitación:

“(...) Generalmente el enfoque que se le da al currículum es un enfoque más asistencial, por lo menos en la Universidad de Chile, creo que hay otras universidades que tienen un enfoque más basado en la comunidad y le dan un entorno más bien comunitario. Pero en general, en la Universidad de Chile, al menos cuando yo estudié, el currículum estaba más orientado hacia lo asistencial (...)” (E1).

“(...) Yo creo que en las universidades lo que te enseñan es el modelo biomédico, la gente tiene incorporado eso. El comunitario es el que no está, el que va naciendo según las cosas que van viendo en los lugares que les toca trabajar o hacer práctica. Creo que lo que hace falta es mostrarlo más y vivirlo, tratar que las prácticas sean en lugares más comunitarios para que puedan experimentar lo que es eso” (E4).

“(...) en el momento de la malla en la cual yo estuve a nivel de pregrado, era principalmente más biomédico, más de atender a un paciente, saber su patología su enfermedad, plantear su objetivo y tratarlo” (E2).

Estas opiniones reflejan la misma idea respecto al contexto en que se realiza la formación profesional, en este caso de los Kinesiólogos, haciendo referencia al currículo formativo, señalando que su perfil se desarrolla de acuerdo al modelo biomédico, dejando por fuera muchos contenidos y experiencias necesarias para la inserción de estos profesionales en lugares que realicen un trabajo comunitario. Este punto se entiende como una de las causas de la falta de preparación y herramientas de los profesionales en los CCR.

Entrevistas realizadas a usuarios:

“(...) Yo creo que el médico es el que sabe, él es el que estudio, yo le puedo dar mis síntomas pero él debe diagnosticar que tengo (...)” (EG1).

En este enunciado se puede ver cómo el usuario entrega la responsabilidad de las decisiones al profesional de la salud (en este caso el médico), estableciendo en este “experto” el conocimiento para la realización del diagnóstico, posicionándose en forma pasiva ante la opinión médica, lo que pone en evidencia la perspectiva desde la que el usuario se sitúa en esta relación.

El siguiente es un comentario que surge a partir de la posibilidad de que un familiar pueda realizar las actividades de un terapeuta en la casa:

“(...) sí, pero siempre bajo la supervisión del profesional, pero nunca se trabajará con la misma objetividad que se trabajó con el profesional... si no me lo quiere hacer no me lo va a hacer (en referencia a que su mamá realice los ejercicios físicos con ella en la casa)...es diferente, pero es mejor en ese tipo de cosa, que sea una persona totalmente neutra, porque aunque estemos enfermos somos manipuladores (...)” (EG1).

En este caso en la entrevista grupal participó una mujer que era cuidadora de su madre (quien sufrió un accidente cerebro vascular y que al momento de la entrevista se encontraba en rehabilitación), la entrevistada se mostraba renuente al trabajo en la casa, ya que sentía que su madre le hacía más caso al profesional que a ella, expresando que la terapia por un profesional era más “objetiva”. Este punto de vista, permite detenerse en ciertas consideraciones importantes a la hora de analizar la relación entre interventor y receptor, específicamente las creencias, aspectos socio-culturales, etc., que no dependen sólo de las prácticas de los interventores, sino de las concepciones de los receptores, entendiendo que muchas de las prácticas en salud se encuentran instaladas y son perpetuadas por todos los actores del sistema de salud, incluyendo profesionales, administrativos, usuarios, medios de comunicación, etc., por esto es posible analizar que el modelo biomédico no solo se sustenta en la práctica de los profesionales, sino también en la de los usuarios, donde este modelo se encuentra más legitimado en la comunidad, y está instalado en un sistema de habitus y actuación, siendo éste el más “naturalizado” por la población.

Los siguientes comentarios hacen referencia a los tipos de profesionales que identifican como buenos, describiendo las circunstancias a las que se han enfrentado según el tipo de profesional:

“(…) Yo diría que es amable, cordial, que le entreguen la información al paciente, seguro de lo que sabe, que lo escuche un poquitito también, que sea claro, con verdad, que el paciente se sienta comunicado con el médico, que sea claro, que no te digan las cosas de forma pesada, que el paciente se sienta comunicado con el médico, porque aunque la noticia sea mala, pero a uno se la entreguen con confianza, igual va a salir con más ánimo” (EG2).

“(…) hay otros que si tú te quejas de tu dolencia te toma atención, pero si tú te vas a quejar de otra dolencia, dice que tiene que ser aparte de esa, que lo dejemos para otro día, muchas veces no puedes venir 2,3 veces a la semana a quejarte por un dolor” (EG2).

“(…) te quejas de una sola dolencia a la vez, si te quejas de otra lo dejaran para otro día, uno por visita” (EG2).

“(…) si, a mí también me ha pasado, eso tiene que verlo otro día” (EG2).

“(…) lo ideal de un buen profesional, es que te escuche todas tus dolencias y que te de una interconsulta a tal parte, por último que derive y te mande a donde corresponde, te dé la información como corresponde, te derive a otro profesional” (EG2).

Todas estos comentarios apoyan lo expuesto con anterioridad, si bien, no se puede afirmar que estén hablando del modelo biomédico o comunitario ya que se refieren sólo a profesionales, es posible inferir que son experiencias ocurridas dentro del sistema de salud pública y por ello probablemente en el modelo biomédico, con esto es posible que la referencia para los usuarios no sea el “modelo comunitario”, sino la calidad del trato que reciben en el sistema de salud.

En estos comentarios nuevamente se plantea “lo bueno” que se esperaría en un profesional, entregando características que van más allá de la experiencia disciplinar o la cantidad de estudios que este posea, sino que tienen relación con el trato recibido, con la forma de actuar del profesional, en la relación que establece con el usuario. También es relevante rescatar en estos diálogos el cómo los usuarios se sienten tratados “por partes”, donde un médico ve una cosa a la vez, solamente lo que él cree que le compete, dejando por fuera una mirada integral en la que se consideren todos los aspectos de la vida del sujeto.

Las siguientes opiniones se relacionan con la percepción de los usuarios en relación a las visitas en su domicilio (experiencias en relación al programa de postrados):

“(…) si claro, a mí me habían dicho que el doctor que iba a ir era medio pesote, pero él nos explicó largo, estuvo conversando con nosotros, yo no sé si es el hecho de salir de aquí, pero se comportó distinto, más relajado, también ayuda la calidad de persona, si es amable o no....” (EG2).

“(…) lo importante es que cada paciente es distinto a otro, en el domicilio se ven las diferencias” (EG2).

En estas opiniones es posible ver algunos prismas del modelo comunitario, donde señalan las diferencias ante el trabajo en domicilio, el cual parece ser un cambio significativo tanto para los usuarios como para los profesionales.

Receptor:

Entrevistas realizadas a Profesionales:

El siguiente es un comentario realizado por un Kinesiólogo inserto en un CCR:

“...Hay distintos tipos de usuarios. Hay usuarios que les gusta el tema de lo biomédico porque lo encuentran más serio y estructurado. Pero hay otro tipo de pacientes a los que no les gusta porque lo encuentran frío, que el médico no les dice nada, que no se sienten acogidos. Entonces cuando se topan con profesionales que tienen un enfoque más comunitario tienden a quedarse ahí. Les gusta, se sienten mejor, se sienten acogidos, le explican, le dicen y es distinto”
(E4).

Según la explicación de este profesional hay distintos tipos de usuarios y depende de sus características personales el modelo que encontrará más atractivo, sin embargo, la mirada de cada modelo que presenta este profesional tiene mucho de estereotipo, hecho que puede analizarse al igual que sucedió con los interventores desde los sistemas de hábitos y construcciones sociales históricas de las relaciones establecidas entre profesionales y “pacientes”.

El siguiente es un comentario a partir del tema de las expectativas de los usuarios:

“(...) Yo creo que en el biomédico la expectativa es que te sanen. Y en el comunitario... como que el comunitario te abre muchas puertas por lo que ya no es sólo que te sanen, sino que te ayuden en las cosas que te están pasando” (E4).

Este comentario explica la función del modelo biomédico y como este se centra en la patología, en la cura, en cambio el modelo comunitario puede tener muchas maneras de abordar una situación de salud, considerando todas las variables de la persona y su entorno, así como las acciones a realizar que van más allá de la situación de salud.

El siguiente comentario es de un profesional de CCR, donde refiere como percibe a los usuarios según modelo:

“(…) el usuario del biomédico es un usuario que si le dicen que se tome la aspirina, él se va con la aspirina y se la toma. El otro es (refiriéndose al usuario comunitario), por decirlo de alguna forma, el que te va a buscar todo el rato, que tengo un problema, que tengo que hacer un trámite, etc. Es una actitud diferente”
(E4).

Al parecer la diferencia entre los usuarios según este entrevistado, estaría en la forma de enfrentar al profesional y de realizar los requerimientos respecto a su atención de salud, en el biomédico es descrito como “pasivo” (mero receptor), y en el comunitario como “activo”, sin embargo, no lo describe como un activo que transforma o participa, sino que exige y solicita a un otro la solución de sus problemas.

Luego argumenta más extensamente donde estaría la diferencia entre estos usuarios:

“(…) es que te tienen mucha más confianza y te sienten más cercano, entonces te tienen casi como si fueras un familiar de ellos. Que tú los estás ayudando y que ellos confían en ti. Por ejemplo había una señora que me decía que yo era como su hijo. En el otro modelo es mucho más frío, me tomo la pastilla hasta el próximo control que puede ser hasta en seis meses más” (E4).

En este comentario se establece una diferencia en el tipo de relación que se construye entre usuario y profesional, dando un mayor grado de cercanía a la que se genera en el modelo comunitario, utiliza las palabras “confianza”, probablemente en relación al vínculo establecido, mientras en el biomédico no existiría este nivel de vínculo.

En este caso los ejemplos realizados por el profesional se podrían considerar extremos en cuanto al nivel de vinculación, ya que por un lado ejemplifica como parte del comunitario el vincularse y conocerse estableciendo un lazo de confianza, lo cual no necesariamente significa ser quien le solucione los problemas o incluso ser considerado parte de la familia, que si bien en algunos casos se pudiera dar, no es un objetivo en sí

mismo. Lo mismo sucede con el ejemplo propuesto para el modelo biomédico, donde según la visión del entrevistado no establecería ningún tipo de vínculo, limitando la interacción a la entrega de medicamentos.

En este caso también se podría interpretar esta percepción por causa de la influencia de estereotipos pertenecientes a los “médicos”, ya que si bien la relación pudiera considerarse lejana, en muchos casos si se logra establecer cierto grado de vinculación usuario-tratante, en el fondo podrían existir términos medios en el grado de cercanía en ambos modelos.

Los siguientes comentarios corresponden a un Kinesiólogo inserto en un CESFAM:

“(...) yo voy porque quiero que me traten el resfriado no quiero que se pongan a preguntarme, como está mi mamá” (E2).

En estas palabras se expone la idea que podría tener un usuario (expresada desde la visión del profesional), respecto a la atención que espera recibir al asistir a un servicio de salud, circunscribiendo la atención sólo “al resfriado” (esfera biológica), donde no espera que se aborde ningún otro tipo de información (psico-social), de esta forma se representan las expectativas con las cuales se mueven los usuarios, esperando que la atención sea directa a la situación de salud puntual que afecte a la persona.

“(...) los usuarios siempre te tienen un respeto, o sea siempre, ehh... prima tu palabra, a menos que sean muy porfiado, porque algunos son muy porfiados, pero en general prima lo que tú les digas” (E2).

En el comentario anterior se evidencia la postura de este interventor respecto al usuario, pero también posiciona al usuario en una función receptora del mensaje entregado, viendo positivamente el hecho que prime su palabra, de lo contrario son calificados en este caso de “porfiados”, refiriendo a que no obedecen las instrucciones del tratante, por lo tanto su papel debe ser pasivo realizando sólo las acciones prescritas por el interventor.

Entrevistas realizadas a usuarios:

Las siguientes opiniones son de usuarios atendidos en un CCR:

“(…) Lo que se pide es que te saluden, que sean amables...que no sean bruscos”
(EG2).

“(…) Es más humano, es más persona, se pone en el lugar de uno, de la paciente, es humano, a mí me derivó, incluso me dieron las muestras médicas...Acá te dan todo el apoyo posible, son más persona, me trata de arreglar la situación...Yo sería mala si me quejara” (EG2).

En estas expresiones los usuarios comentan como sería una buena intervención y como ellos perciben la atención que reciben en el CCR, en ellas se puede ver que la imagen de buen profesional se relaciona más con las características personales de los tratantes, principalmente en las formas que tienen para tratar a los usuarios, realizándose referencias a como es: “es más persona”, “es humano”, enfatizando con ésto en la relación que se establece entre interventor y usuario, mostrando sorpresa cuando reciben por parte del interventor las atenciones, como una derivación o muestras médicas. Lo anterior se puede explicar, si se analizan los contextos de atención a los que han estado expuestos estos usuarios en los servicios de públicos de salud.

Por otro lado, señalan que algunos profesionales tratan de “arreglar la situación”, posicionándose de esta forma como un ente pasivo que espera que un “otro” le arregle el problema, entregando a él el poder de la situación.

En la última frase del segundo párrafo hay algo que llama la atención “Yo sería mala si me quejara”, en este caso se puede ver con mayor claridad la postura en la que se ubica esta usuaria, ya que después de haber recibido “atenciones” como las que anteriormente se señalaron (derivaciones, muestras médicas, etc.), ella no podría quejarse, incluso sugiriendo que se sentiría “mala” si expresara alguna queja. Lo anterior podría

explicarse a la luz de los años que lleva funcionando un sistema de salud distante y centrado en la cura, sumado a los constructos y representaciones sociales respecto a la figura del profesional de la salud, donde al parecer el hecho que realice un trabajo pensando en las necesidades de los usuarios, es poco común y merece el asombro y agradecimiento por parte de estos últimos.

A continuación otros argumentos que dan cuenta de lo anterior:

“Sí...mire... yo me atiendo con una psicóloga aquí, pero llegué atrasada, y ese es problema mío, y yo espero hasta la última, con ella he tenido buena atención me ha dado mucha confianza, me ha mejorado harto” (EG2).

“(...) En cambio aquí la ven a uno como persona, aunque uno es bien prudente: a uno le dicen tiene que esperar y uno espera” (EG2).

“(...) Por ejemplo, yo me rompí la nariz, me dieron una interconsulta al Barros Luco y en menos de 15 días me llamaron, por el tabique desviado, me entregaron audífonos...y en menos de dos meses, ya me habían entregado audífonos y todo, por eso yo digo yo no me podría quejar de la salud” (EG2).

Estos comentarios son realizados por usuarios de un CCR. Ellos justifican el funcionamiento y la relación que se establece entre profesional y usuario, donde los “pacientes” asumen una posición desde la cual miran las diversas situaciones en las que participan, justificando de alguna forma el orden social que se produce y ciñéndose a él, sin cuestionarse tiempo, plazos o los flujos en la atención, como por ejemplo el caso de la usuaria que comenta que se había fracturado la nariz “y en menos de 15 días me llamaron”, encontrando razonable plazos tan amplios como 15 días incluso en situaciones complejas como la que se refiere.

Las siguientes son comentarios de usuarios de un CESFAM. En este caso se tomaron enunciados relacionados con la responsabilidad, que siente el usuario respecto de la atención:

“(…) Hay que ayudar porque si uno no ayuda, el médico no puede hacer todo sólo, esa es mi opinión personal, si no coopero con lo que ella me dice que tengo que hacer, ella pone el 50% de su conocimiento y yo el otro 50% de mi capacidad, esa es la forma de mejorarse, y todos los que estamos aquí yo creo que hacemos lo mismo, esa es la forma de mejorarse, no hay que decir doctora no voy a venir, porque eso es malo para mi...50% lo pone uno y 50% el profesional” (EG1).

En este caso el comentario parte con “...hay que ayudar...”, con esto ya se explicita que la responsabilidad ante su salud no es del usuario sino que esta recae en el profesional de la salud, el usuario también asevera que tiene que cooperar con lo que le digan que tiene que hacer, es decir, es una participante que “obedece”, en pro de mejorarse, señalando que el médico pone el 50% de su conocimiento y el usuario el 50% de su capacidad, esta sería la forma en que este usuario visualiza la relación con el profesional de salud.

Los comentarios que se presentan a continuación representan emociones de los usuarios respecto al tipo de atención que reciben, y desde donde ellos se posicionan:

“(…) Lo tratan como persona, en el hospital público es una especie de número, la miran como un objeto, un palo, no se dirigen a uno como persona, creen que uno es estúpido” (EG1).

“(…) La sensación de no sentirse considerada, y si le digo que me duelen los oídos como los corrobora si no los examina?” (EG1).

En ambos casos las opiniones se relacionan con el tipo de trato que han recibido en el sistema público, llegando a referir incluso que se han sentido como un “objeto, un palo”, se podría decir que lo que describe la segunda usuaria resume ambas impresiones, respecto al hecho de “no sentirse considerada”, reflejando en este enunciado las sensaciones que les produce el no ser partícipes del cuidado de su salud, de estar en una posición de receptores en una comunicación unidireccional en la relación con el profesional.

Síntesis de los resultados

¿Cuáles son los conceptos y prácticas de la intervención en salud, presentes en profesionales y usuarios de rehabilitación, insertos en atención primaria de salud?

Conceptos de la intervención y práctica:

| | |
|---|--|
| Contexto Situacional | |
| Práctica Situacional | |
| Las opiniones de profesionales Kinesiólogos pertenecientes a CESFAM y CCR se diferenciaron escasamente en sus contenidos. Salvo en algunos puntos más específicos del modelo comunitario, donde surgían impresiones desde un ideal o conceptos puramente teóricos desde una realidad específica de sus prácticas. | |
| Modelo Biomédico | Modelo Comunitario |
| Presenta Límites claros | Limites difusos |
| Estructura organizacional distante | Estructura cercana a la comunidad, mayor proximidad y vinculación |
| Organización clara y con una estructura conocida | Organización Variable y flexible |
| Atención en lo Biológico de la persona | Se contemplan otros aspectos de la persona (aspectos psicológicos, sociales, etc.) |

| | |
|--|---|
| <p>Causas de este tipo de funcionamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tiempo limitado -Requerimientos del sistema -Nivel de demanda | <p>En este caso muchas de las referencias tenían relación a la influencia de los profesionales que estaban a cargo de la implementación, dónde dependía en gran medida de ellos la forma en que este modelo era implementado.</p> |
| <p><u>Aparecen tópicos para ambos modelos:</u></p> <p>Como la noción de pertinencia, en cuanto a la conveniencia de expresión de cada modelo, donde los profesionales referían que era dependiente de la situación de salud el tipo de abordaje que se debía realizar.</p> <p>También aparece en ambos modelos la noción de poder, provocada por el conocimiento presente en profesionales, el cual los distanciaba de los usuarios. Dónde además se describe que ambos tienen la posibilidad de solucionar los problemas, uno por la esfera biológica y el otro desde la solución de problemas más sociales o psicológicos, pero en el fondo ambos están parados desde una situación de superioridad.</p> | |
| <p>Practica Situacional</p> | |
| <p>Por su parte los usuarios no establecieron una división por modelos, sino más bien se expresan en dimensiones positivas o negativas (Ejemplo: Profesional bueno y malo).</p> | |
| <p><u>Aparecen tópicos para ambos modelos:</u></p> <p>Los usuarios no realizan diferencias en sus discursos al hablar de profesionales de la salud médicos o no médicos, nombrando y catalogados a todos como “Doctores”.</p> <p>Se establecen desde una relación jerárquica, donde deben seguir las instrucciones dadas por el profesional, dejando la responsabilidad fuera de ellos, entregándola</p> | |

completamente al interventor.

Atribuyen a problemas de tiempo y espacios del sistema de salud, las atenciones que ellos clasifican como “malas”.

Y las buenas atenciones se relacionan con las características más personales del interventor, específicamente la forma de relación o trato con el que se vincula con el usuario, clasificando de buen trato y por lo tanto una buena atención conductas de cordialidad y preocupación del interventor.

| | |
|--|--|
| Estructura Física | |
| En este caso los profesionales de ambos servicios refieren aspectos muy similares de la estructura física de los servicios de salud, pensados para cada modelo. | |
| Modelo Biomédico | Modelo Comunitario |
| Establecidos en Hospitales, CESFAM | Salas de rehabilitación, CCR (cercanos espacialmente a la comunidad) |
| Espacio para trabajo individual | Espacio para trabajo en grupo |
| Ambos coincidían en que las visitas domiciliarias eran difíciles de realizar por la realidad del sistema y de sus servicios, principalmente por problemas de tiempo (demasiada demanda) y por falta de movilización, lo que significaba que los profesionales debían priorizar las atenciones en el centro de salud (Modo de espera), para poder cumplir con las metas y estadísticas esperadas. | |
| Otro punto muy importante, es que la estructura Física dónde se realizara el trabajo | |

(ubicación, distribución o características) no definía el tipo de práctica que se establecía en cada lugar, sino que se relacionaba principalmente con las aptitudes, conocimientos, disposición y habilidades del profesional que trabajaba en el lugar.

Por su parte los usuarios, establecieron una referencia en relación a que la falta de espacio y recursos menguaba la calidad en la atención que pudieran recibir.

| | |
|---|--|
| Sistemas de actuación | |
| Interventor | |
| Los profesionales: | |
| Modelo Biomédico | Modelo Comunitario |
| Profesional distante | Profesional cercano y permeable al dialogo |
| Escasa relación entre profesionales de los centros de salud | Trabajo en común entre los profesionales |
| Funciones delimitadas y circunscritas | Mayor flexibilidad en las acciones a realizar en la practica |
| Estructura asistencial limitada a modo de espera | Posibilidad de acercarse a la comunidad |

| | |
|---|--|
| <p>Distante: Comprendida esta característica desde un contexto histórico de salud</p> | <p>Cercano: se espera que sea más horizontal (Se observa cierta incoherencia en los discursos → autoridad pasiva)</p> |
| <p>Personalidad más estructurada</p> | <p>Mayor capacidad para adaptarse a los cambios</p> |
| <p>Ambos comentaron que un factor muy influyente es la formación académica de los profesionales de la salud, que tiende a restringirse a la esfera biológica de las distintas situaciones de salud. Lo que influiría en la práctica de los profesionales.</p> | |
| <p>Sistemas de actuación</p> | |
| <p>Por su parte los usuarios plantearon una diferencia jerárquica en la relación, donde el interventor es quien tiene la responsabilidad y el conocimiento para decidir las intervenciones.</p> <p>Profesional visto como experto.</p> <p>Nuevamente aparece la referencia a la calidad en el trato de los interventores, estableciendo una relación entre “Buen trato-Buen profesional” “Mal trato-Mal profesional”.</p> | |

| |
|------------------------------|
| <p>Sistemas de actuación</p> |
| <p>Receptor</p> |

| | |
|---|---|
| Los profesionales: | |
| Modelo Biomédico | Modelo Comunitario |
| Expectativas de cura (mejoría de la situación de salud) | Se establece más desde el vínculo, búsqueda de solución de problemas y apoyo en diferentes esferas de la vida de las personas |
| Usuario obedece instrucciones del profesional de la salud | Usuario más activo, solicitando atención y beneficios. |
| <p>Por su parte los usuarios se establecieron como receptores de un servicio, entregando la responsabilidad al profesional de la salud. Posición de sumisión ante la terapia.</p> <p>Se observa una lógica de agradecimiento por atenciones que ellos califican como buen trato, no es visto necesariamente como un derecho.</p> <p>Sensación de molestias al sentirse poco considerados en la relación que se establece muchas veces con el interventor.</p> | |

¿Cuál es el nivel de integración del modelo comunitario en la práctica de estos profesionales que trabajan en APS?

Más que una integración de estos modelos se observan expresiones de ambos en diversos grados.

Por un lado se evidencian características del modelo biomédico en el discurso de todos los profesionales, como por ejemplo la situación jerárquicamente superior de los interventores (situación sustentada por su conocimiento del proceso salud enfermedad), la predominancia del modo de espera en el tipo de atención, la responsabilidad puesta en el interventor, los receptores pasivos ante la interacción con los profesionales, etc.

Por su parte el modelo comunitario se presenta con algunas lógicas referentes a la cercanía del centro de salud y los profesionales, a las ideas respecto a una intervención más integral comprendiendo distintas esferas de la vida de la persona, así como la posibilidad de implementar un modo de búsqueda en la intervención.

Puntos que sobresalen en estos resultados acerca de la expresión del modelo comunitario, son las propuestas respecto a que la implementación de este modelo dependería de las características personales de las personas que lo implemente, dejando por fuera los constructos teóricos del modelo, especialmente la relevancia de la comunidad en la puesta en práctica de la atención en salud.

6. Discusión:

Dentro de los resultados encontrados en esta tesis, se observan la caracterización de la práctica de los profesionales, evidenciando una descripción que se establece en gran medida desde el discurso y el imaginario, más que de las acciones en la práctica propiamente tal. Las respuestas de los entrevistados mostraron información referente a los Contextos situacionales (Practica Situacional y Estructura Física), donde surgen ideas significativas como las diferencias en las estructuras organizacionales, en la flexibilidad de los sistemas y al tipo de relación que se establece entre los profesionales y los usuarios y/o comunidad. Dentro de las descripciones más significativas aparece la noción de pertinencia, posicionando el tipo de atención según la situación de salud observada, en este punto se pone en evidencia que la perspectiva de los profesionales en relación a la “pertinencia de sus acciones” se corresponde con el tipo de situación de salud a la que se vean enfrentados, más que desde el modelo en que se encuentren insertos.

Por otro lado, se observa en la caracterización de los sistemas de actuación que la idea que sobresale en esta categoría, es el posicionamiento jerárquico en el que se ubican tanto los profesionales como los usuario, dónde el primero es el que tiene la responsabilidad de la intervención y el conocimiento para ofrecer las soluciones, mientras el segundo entrega la responsabilidad al profesional y espera la respuesta de este ante sus solicitudes.

Con lo anterior se pone en discusión, él porque de la forma en que se está implementando el modelo comunitario. Una posibilidad para observar este punto es la “Visión cristiana o de caridad”, que apareció en los discursos de los profesionales y usuarios entrevistados, dónde más que la instalación de un modelo que aborde la salud a través de la participación, es tomado como una acción solidaria de los profesionales más “preocupados” o “atentos” de las necesidades de salud de la personas, con esto los límites de la práctica son influenciados por las percepciones respecto a ella, lo que en este caso se pone en evidencia que tanto en los profesionales como en los usuarios,

existen influencias que van más allá del sistema o centro de salud al que pertenezcan, sino que se relacionan con circunstancias históricas y culturales que influyen nuestra manera de ver el mundo.

Ahora bien al observar estas caracterizaciones a la luz del marco institucional y las políticas públicas, se establece una relación donde por un lado se intenciona una intervención desde una perspectiva integral en el discurso de la política pública, estableciendo como plataforma de los lineamientos en los CCR a la rehabilitación basada en la comunidad, posicionando un discurso que abre la puerta a la formación de equipos de trabajo multi-profesionales, ubicados en sectores cercanos a la comunidad, para de esta forma propiciar un trabajo conjunto y participativo con ella en favor del bienestar y salud de la población. Esto significa un gran soporte desde la institucionalidad para la puesta en práctica de la acción comunitaria, sin embargo, a la hora de llevar a cabo esta labor, los centros creados para la rehabilitación de personas en situación de discapacidad, su familia y entorno, son estructurados bajo un marco institucional que más allá de lo propuesto en el discurso, limitan el quehacer a metas y cumplimientos (ejemplo; REM, Registro estadístico mensual, que deben seguir los CCR), que no se relacionan necesariamente con los conceptos base del modelo comunitario. A este respecto Saavedra (2005), en una investigación referente al análisis de la práctica en la intervención social y el desarrollo actual de la psicología comunitaria señala que:

(...) Los resultados del estudio dan cuenta de la identificación del ejercicio disciplinar con el accionar de un ente articulador, que intenta mediar lógicas habitualmente no compatibles entre sí, en la medida que obedecen a intereses contrapuestos (adecuación v/s transformación social). El desarrollo de tales estrategias le permite al interventor negociar sus posibilidades de agencialidad, generando “cuñas” entre los límites que ofrecen los contextos concretos y propendiendo al desarrollo de prácticas sociales que involucren transformaciones (p.3).

Este párrafo apoya la reflexión obtenida en el análisis de esta tesis respecto a la práctica de los profesionales, de los cuales se esperan acciones específicas que correspondan al modelo de trabajo propio del enfoque comunitario, sin embargo, se vuelve necesario entender la relación que se establece entre estos distintos participantes (Política pública- Marco institucional - Profesionales-Comunidad) para poder hablar de una práctica realmente comunitaria, ya que se espera que las intervenciones se realicen “basadas en la comunidad”, no obstante, se puede ver que la comunidad queda fuera y relegada a un rol secundario, no cumpliéndose de esta forma uno de los puntos centrales del modelo comunitario que es la participación de la comunidad. Marchioni (1999), señala que existen tres protagonistas en las intervenciones comunitarias; las administraciones, los profesionales y la población, explica que estos actores deben implicarse correctamente en el proceso, cumpliendo cada uno un papel y respetando el rol de los demás. Concluye que esto es difícil de cumplir, ya que: “los administradores saben gobernar para la comunidad, pero no con ella”; por su parte los profesionales “muy metidos en sus despachos y atienden a muchos casos individuales y/o familiares, pero no saben trabajar colectivamente y enfrentarse a demandas y situaciones comunitarias, sino en momentos puntuales, casi siempre negativos”; y finalmente la población “ha sido acostumbrada a delegar en los anteriores, pero no a participar colectivamente. Cuando lo hace ésta participación tiene la mayoría de las veces un carácter negativo y reaccionario (...)” (Marchioni, 1999). Estas reflexiones pueden perfectamente ser aplicadas en el caso del presente estudio, por un lado, por la presencia de una administración que podría ser comparada con el marco institucional, la cual se encuentra apartada de la realidad comunitaria, estructurando las acciones desde una lejanía tanto física como conceptual, luego los profesionales, acostumbrados a un trabajo individual, con insuficientes herramientas para el trabajo en la comunidad y finalmente la población, los actores ausentes, que por distintos motivos se mantienen pasivos ante sus demandas, entregando el poder al profesional y/o institución.

De esta forma, la relación entre protagonistas y política pública implica una compleja relación, que involucra situar las acciones en un contexto adecuando el quehacer y a las necesidades de la comunidad, pero también se deben tener en cuenta los límites y roles que se esperan se cumplan, considerando tanto el discurso de la política pública como los márgenes de la institucionalidad reguladora (ejemplo: municipio), sin dejar de lado a los actores parte de la comunidad. De esta manera, el resultado final de esta interacción puede ser diverso, tal como se vio expresado en las entrevistas, existe gran variabilidad en la percepción de lo que es el modelo comunitario, así como la preparación de los profesionales, sus iniciativas personales y el entendimiento de las acciones a realizar, todo lo que influye en la relación que se establezca con la comunidad, la participación de esta misma y por ende de las respuestas y resultados que se puedan obtener en la intervención.

Por otro lado, en las respuestas de los entrevistados se observa tensión entre los profesionales y el discurso de la política pública, donde muchos de ellos una vez en la práctica mantienen una perspectiva asistencial, generando una distancia entre lo que se propone y lo que realmente se realiza. Esta contradicción también es vista por Reyes (2007), respecto a la práctica de los psicólogos comunitarios, donde refiere que los profesionales se focalizan en la solución de los problemas que afectan a los grupos de riesgo o a la población específica a la que se dirigen, enfocándose por esto en lo deficitario desde una perspectiva técnica, dejando en segundo plano los aspectos promocionales, que implique una transformación y participación real de la población.

En relación a lo anterior y como se observó en el análisis de este estudio, se expresaron perspectivas desde los profesionales insertos en los CCR respecto al modelo comunitario, que en muchas ocasiones se alejaban de él, donde sobresalen muchos “juicios de valor” y categorizaciones, que tienen más que ver con características calificadoras, que con un constructo conceptual a la base de las acciones que se realizan. También se podría pensar que algunas nociones y/o creencias tienen más que ver con el “imaginario” de lo comunitario y el estereotipo de la práctica, que con el enfoque propiamente tal, sin embargo, quizás se deba situar la comprensión de este enfoque en

nuestra realidad y desde ahí establecer un consenso respecto a lo que se entiende de él, y como se puede implementar en nuestra realidad, más allá de los supuestos preestablecidos desde lo conceptual.

A este respecto y tomando la experiencia de la psicología comunitaria en Chile, Piper (2008) plantea que esta se construye en nuestro país en base a la práctica, donde no logra desarrollar en sus inicios "...más que conceptos vagos, heterogéneos e inconexos". Los argumentos anteriormente expuestos nos proporcionan la oportunidad de discutir la relevancia conceptual versus la realidad práctica, donde en la actualidad y respecto a los conceptos de salud y rehabilitación nos encontremos en un período de ajuste, ya que si bien existe un discurso respecto al trabajo comunitario (políticas públicas), la puesta en práctica de este postulado se distancia de la propuesta lingüística como tal, representado esto en los argumentos presentados por los entrevistados. Podríamos pensar entonces que la expresión concreta de este enfoque en la actualidad depende mucho del profesional que lo implemente, comprendiendo como parte de este último; su preparación, disposición, equipo de trabajo, comunidad en la que se vea inserto, recursos, etc., donde el resultado final estaría dado por la interacción entre los factores mencionados.

Tomadas las palabras anteriores, sería posible presumir que el modelo comunitario podrá expresarse de diferentes formas y en diversos grados, consiguiendo por ejemplo generarse una práctica comunitaria en un lugar biomédico (si pensáramos que esto depende únicamente de las personas que lo implementen), entonces surgen algunas preguntas, ¿El modelo comunitario se circunscribe sólo a la acción de los profesionales?, ¿Será esta la forma en que se expresan los modelos de atención en salud?, ¿Podría presumirse que no existe una expresión pura de cada modelo?, ¿Se expresarán estos a través de su interrelación e interacción, donde existen aspectos de ambos independiente del lugar o las personas?. Creo por el momento no poder responder a estas preguntas, sin embargo, el presente trabajo propone la discusión respecto a la práctica en contexto real, más allá de los planteamientos teóricos. Es importante considerar que para que la instalación de este modelo en los CCR sea

considerada comunitaria, hace falta la “comunidad” y su participación activa en los procesos, donde por el momento hay una “ausencia de la comunidad” en estas prácticas que se consideran comunitarias, siendo en la actualidad más bien una aplicación de un modelo bio-psico-social, lo que en el fondo significaría que en algunos grados se está incorporando la perspectiva psico – social en la intervención, sin llegar a ser probablemente más que una adición de palabras, faltando la integración a nivel práctico y algunos eslabones que conecten el decir y el hacer, para con ello transformar la realidad (Madariaga, 2008).

Por otro lado, es importante discutir respecto a la real participación alcanzada en las instancias promovidas por la institucionalidad, considerando el proceso de reforma de salud y el aumento de las oportunidades de participación, es interesante evaluar el nivel que efectivamente se ha logrado. Lo anterior sucede, ya que las organizaciones sociales que forman parte de los consejos de participación, han colaborado en lo proyectado por la misma institución (respecto a los logros y metas esperados por el servicio de salud), dónde las entidades cuentan con escasa autonomía, lo que repercute finalmente en que se constituyan como actores que funcionan proyectando y expandiendo el modelo de salud biomédico en los espacios cotidianos “reproduciendo a su vez las relaciones de fuerza inherentes al modelo biomédico” (Anigstein, 2008).

A través de las entrevistas de los participantes de esta investigación, es posible observar falta de “comunidad” tanto en los discursos como en las practicas, ya que la mayoría de las descripciones se relacionaban con un abordaje individual de las situaciones de salud, dónde si bien está considerada la participación comunitaria y se menciona como parte del modelo, las formas de establecer esta relación siguen siendo desde una situación distante, no inclusiva. Sumado a lo anterior se podría proponer se disponga de un modelo que posea una noción más operativa de la comunidad, que sea más articulable con los sistemas institucionales de actuación.

Una discusión necesaria de dar por otro lado, y que tiene gran relación con los puntos anteriormente expuestos, es la preparación de los profesionales que se incorporan a trabajar en el modelo comunitario, donde se pone en evidencia la falta de preparación de

mucho de ellos, tanto en las bases conceptuales como en la práctica. A este respecto, se señala en el Informe WHO-AIMS sobre sistema de salud mental en Chile (2007), que se detectaron reticencias por parte de muchos profesionales a insertar el modelo comunitario en los hospitales o lugares donde trabajaban, ya que la mayoría había sido formado en dichos centros de salud y tenían dificultades para comprender la forma de funcionamiento de los nuevos dispositivos, como por ejemplo los COSAM o los hospitales de día. Sumado a lo anterior, se explicitó en este mismo informe, un déficit a nivel de la preparación de pre y postgrado de los profesionales, con una insuficiente preparación tanto teórico como práctico en el modelo comunitario propuesto por el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría.

Considerando nuestra realidad nacional en relación a la preparación de los profesionales, se puede decir que si bien existen instancias de pregrado donde se incluyen ramos con el apellido comunitario, muchos de ellos tienen relación con el trabajo en atención primaria o en ámbito rural, dejando un vacío en las bases conceptuales y las experiencias en terreno constructos propios del modelo comunitario, lo mismo se puede ver en post – grado, donde la oferta se restringe generalmente a la esfera teórica (como el magíster, al que pertenece la presente tesis), además de corresponder a una disciplina específica, todo esto limita la preparación de los profesionales que puedan acceder a un trabajo en salud dentro del modelo comunitario.

Otro punto importante es proponer como tema de discusión el tipo de profesionales que se contemplan para los centros comunitarios de rehabilitación. En las guías técnicas se señala la presencia de los Kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales, lo cual es un avance si se consideran antecedentes previos respecto a la rehabilitación, sin embargo, no deja de ser un punto de análisis la ausencia de profesionales como el fonoaudiólogo/a, psicólogo/a, trabajador/ra social, etc., ya que si estamos postulando la posibilidad de realizar una intervención integral, sería necesario contemplar la participación de múltiples profesionales que enriquezcan las acciones que se puedan realizar con la comunidad. Respecto a esta problemática, relativa a los profesionales propuestos para participar en este nivel de la atención primaria desde el programa de

salud integral, se pueden postular distintas hipótesis sobre la causa de estas elecciones. Por un lado, la visión respecto a la salud y la asociación que se establece entre discapacidad y trastorno motor, si nos detenemos a ver las representaciones sociales respecto a la discapacidad y como esta se representa en la sociedad, aparecen imágenes como por ejemplo la silla de ruedas, las dificultades de movilización o las alteraciones sensoriales como la ceguera o la hipoacusia, reduciendo de esta forma en muchos casos el concepto de discapacidad a este tipo de situaciones de salud, sin necesariamente contemplar alteraciones como trastornos de lenguaje o psiquiátricos, con esto, profesionales como el Kinesiólogo que trabaja los aspectos motores de la rehabilitación están incluidos desde lo que el imaginario colectivo comprende como rehabilitación.

Otra posible causa que influya en la selección de los profesionales para estos centros de salud, es el posicionamiento de los gremios respecto a las acciones que pueden realizar en el ámbito de la rehabilitación, siendo probablemente los kinesiólogos quienes llevan camino adelantado por años de ejercicio y expansión de la profesión. Por su parte, los terapeutas ocupacionales han logrado posicionar su acción no sólo dentro de la esfera motora sino desde una práctica psicosocial, con lo que se comprende claramente su inserción en estos centros. Por último, señalar que uno de los factores mencionados desde el gobierno para restringir el número y tipo de profesionales contratados en los CCR es el económico, es decir, los recursos financieros para poder costearlos.

Otro punto importante de considerar en esta discusión, es la necesidad de establecer lineamientos claros respecto a la organización de los distintos niveles de la atención de salud y su resolutivez, pensando en la eficiencia del sistema así como en la diferenciación de los distintos profesionales (en este caso de rehabilitación), tal como lo menciona uno de los Kinesiólogos entrevistados. Para él es significativo especializarse y ser resolutivo en su acción, pero no por ello desconoce la necesidad de que su disciplina se establezca desde un contexto más cercano a la comunidad, realizando un trabajo con usuarios que requieran una intervención diferente a la que él plantea desde el servicio en el que se encuentra, propendiendo con esto a establecer roles específicos de cada

profesional en cada servicio, en busca de una optimización en la fluidez del sistema y por lo tanto en la atención ofrecida a los usuarios.

Para ir finalizando esta discusión, es necesario señalar que en relación a la hipótesis planteada inicialmente, efectivamente se encuentran coexistiendo en nuestro sistema de atención primaria tanto el modelo biomédico como el comunitario, sin embargo, más que la predominancia de uno sobre otro, lo que se encontró es una relación a nivel de la práctica, donde se produce una hibridación entre ellos. Lo cual se puede apreciar a lo largo del análisis de las entrevistas de la presente investigación.

Creo que sucede algo similar con rehabilitación, donde más allá de los modelos, lo importante es la práctica situada, que genere una atención concreta, contextualizada en una realidad específica y con actores particulares, lo que finalmente signifique una atención de salud que aborde las necesidades y requerimientos de la población.

Finalmente señalar que este estudio significa una aproximación a la problematización planteada en los antecedentes, donde se ejemplificó el escenario actual de la política pública, siendo este estudio una búsqueda abierta de la implementación real en la práctica de los profesionales de rehabilitación en atención primaria del modelo comunitario, encontrando evidencia de que al menos es un tema en discusión, donde se han levantado como relevantes tópicos como inclusión social, relación terapeuta - usuario, participación, representaciones sociales, etc. Sin duda es un acercamiento a las visiones y acciones concretas, y de las ideologías e imaginarios, etc., de lo que significa el trabajo directo con la comunidad.

Espero esta investigación aporte con información respecto a los elementos presentes y los ausentes en las prácticas y en las bases conceptuales de los profesionales y usuarios, encaminando el proceso de articulación de las diferentes formas de abordar el trabajo en salud de nuestro país.

9. Conclusiones:

Luego de analizar las entrevistas y tomar lo propuesto en la discusión, se puede concluir que existe un espectro dentro de las representaciones de las prácticas de los profesionales de rehabilitación en atención primaria. Esta diversidad se produce probablemente por la relación entre el modelo operativo y el modelo de acción, especialmente en los centros comunitarios de rehabilitación, dónde existe un discurso desde la política pública que plantea estrategias plenamente comunitarias sin embargo, los profesionales al mismo tiempo se ven enfrentados a desafíos donde los marcos institucionales y la preparación disciplinar que dificultan la implementación plena del modelo comunitario, produciendo una mezcla de elementos tanto del modelo biomédico como del comunitario, lo que podríamos llamar una “práctica híbrida de los profesionales pertenecientes a los centros comunitarios de rehabilitación.

Lo anterior pone en evidencia la coexistencia de ambos modelos a nivel de la práctica (acción situada), dónde los aspectos constitutivos de lo que es el sistema público de atención de salud (organización, estructura, espacios, demanda, representaciones sociales, etc.) repercute inevitablemente en el actuar concreto de los profesionales en el contexto de los CCR. Por lo anterior se podría pensar que en ciertos niveles de la práctica (operativa / situacional) hay coherencia en los sistemas de actuación, puntualizando sin embargo, que no existe esta misma complementariedad en el nivel conceptual, es decir, se produce una adaptación de los profesionales y la comunidad en la práctica misma, no obstante, los planteamientos teóricos, conceptuales señalados en las leyes y programas que avalan estas acciones, como por ejemplo la ley 20.422 o el programa de rehabilitación integral, se alejan de la realidad práctica a la hora de instalar concretamente esta forma de intervención. Lo anterior probablemente se relacione con la predominancia de los sistemas institucionales de actuación por sobre los comunitarios, en nuestras políticas públicas actuales.

Respecto a este último punto es importante reconocer el papel que tiene el marco institucional en la articulación que se produce entre la institución y la comunidad, pensando en la utilización de estrategias comunitarias en los CCR, ya que los profesionales de estos servicios han debido regirse por requisitos y cumplimientos que más allá de los planteamientos conceptuales de la RBC (presentes en las políticas públicas), deben funcionar en base a metas y logros que son propios del marco institucional del sistema de salud primaria, lo que en este caso por ejemplo es el registro estadístico mensual, estructura a la que los CCR deben ceñirse, sin ser estos registros necesariamente coherentes con las acciones propias del modelo comunitario, sino más bien, con la cuantificación de la organización ingenieril, más propia del modelo biomédico. Todo lo anterior repercute en la realización plena de las acciones supuestas para el desarrollo del modelo comunitario en su relación con la comunidad.

De esta manera, la práctica se establece y desarrolla bajo un marco ofrecido por la institución (modelo operativo), por lo que la hibridación en las prácticas es una respuesta situacional al contexto institucional.

Una reflexión que surge respecto a lo anterior, es que quizás es imposible encontrar estos modelos como una expresión pura y en total coherencia consigo mismos, posiblemente lo mejor sea mantener una actitud más abierta en nuestra realidad de rehabilitación en atención primaria, donde la presentación de las prácticas sea más bien híbrida, con componentes en distintas dimensiones de ambos modelos. En comprensión a este último planteamiento se podría señalar que la práctica comunitaria se mueve dentro de un espectro, donde en un extremo encontraríamos las prácticas puramente comunitarias y en el otro las prácticas estrictamente biomédicas, dejando en el centro diversas mixturas que representarían la hibridación de las prácticas en contexto real de los profesionales de la salud. Con esto, se podría decir que esta hibridación constituiría una adaptación de los profesionales en el modelo de acción, como respuesta al contexto complejo en el que se desarrollan estas prácticas, donde componentes como el marco institucional, la formación de los profesionales, las prácticas culturalmente instaladas,

etc., influyen directamente en la real posibilidad de que el modelo comunitario se instale a plenitud y con total coherencia entre los discursos y las acciones.

Con esta reflexión podríamos entonces hablar de “práctica comunitaria” cuando en esta hibridación lo comunitario sea lo dominante por sobre lo institucional biomédico, siempre considerando que el equilibrio entre lo biomédico y lo comunitario en la práctica profesional puede variar según las circunstancias. Es por tanto un equilibrio dinámico y cambiante (situacional).

En la instalación concreta de los CCR hay planos que no permiten una congruencia en la instalación como tal de la RBC, específicamente de las entrevistas se rescatan los siguientes puntos como esenciales:

(1) Los profesionales no se encuentran totalmente capacitados para realizar las funciones que se espera se desarrollen desde este modelo, (2) La forma de poner en marcha y establecer los parámetros de funcionamiento de estos servicios, especialmente en la medición de logros y metas, (3) Las representaciones sociales respecto a la atención de salud y las posiciones históricas del “interventor” y el “receptor”.

Con esto podríamos pensar que estamos más avanzados en el discurso que en la práctica, donde el modelo comunitario en algunos casos puede ser entendido bajo juicios de valor (por los mismos profesionales y los usuarios del servicio), más que prácticas establecidas y contextualizadas, existiendo probablemente una definición en la política pública que en este caso no se llena con la práctica, donde el rango de acción se limita por el factor institucional.

Todo lo anterior es paradójico, ya que se explicita un respaldo desde la política pública, pero no desde la institucionalidad actual, esto podría entenderse como una incoherencia sistémica: entre el discurso político, programático y el arreglo institucional, donde los profesionales reaccionan frente a este escenario de incoherencia con una práctica híbrida.

Con todo lo anteriormente señalado se siembran diversas dudas: ¿Se puede implementar este modelo, sin la real sincronía de la estructura institucional, funcional y las preparación de los actores?, ¿En qué medida no sigue siendo un modelo paternalista o asistencialista?, ¿Lo estructural del modelo comunitario tiene cabida en nuestra institucionalidad actual?, ¿Será necesario plantear desde distintos niveles de expresión el modelo comunitario?

A modo de conclusión final de este estudio creo necesario señalar que las prácticas invariablemente son situadas, por lo tanto siempre serán híbridas, aun cuando tengamos coherencia sistémica entre las políticas, los programas y los arreglos institucionales. Agregar que esta articulación práctica entre los modelos, según lo evidenciado en el análisis del presente estudio se da en una misma persona más que en el sistema completo.

Para cerrar, quisiera comentar lo satisfactorio de esta experiencia. Ha sido un proceso largo y lleno de cambios. Creo que en este tiempo logre poner en perspectiva muchas de las experiencias del trabajo comunitario.

En este momento pienso que lo más importante es la práctica situada y reflexiva, incluso más allá de los constructos propios de un modelo u otro, dónde lo realmente significativo es la calidad de vida y en algunos casos la calidad de muerte, dónde hay circunstancias que ameritan por ejemplo la asistencialidad (siempre y cuando esta sea comprendida dentro de una reflexión situada), dónde la autoridad cambia de persona en persona dependiendo el contexto.

También sé, que probablemente esta es una pincelada de información, espero tenga sentido para el lector, y aporte a una visión de salud centrada en la posibilidad de vivir la vida, de acompañar procesos, de disfrutar, de estar cerca y permitirse sentir.

Agradezco enormemente los aprendizajes obtenidos de esta investigación y de este magister, así como la posibilidad de trabajar en ambientes que potencien y permitan mi interés investigativo en estos ámbitos.

10. Referencias:

- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago: Universidad Diego Portales.
- Alfaro, J. & Berroeta, H. (2000). *Trayectoria de la Psicología Comunitaria en Chile*. Santiago: Universidad de Valparaíso.
- Alfaro, J. & Zambrano, A. (2009). Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. *Psicología & Sociedad*, 21 (2), 275-282.
- Almeida, M., Angelino., M, Kipen, E. & Lipschitz, A. (2010). Nuevas retóricas para viejas prácticas: repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad. *Política y Sociedad*, 47 (1). 27-44.
- Andréu, J. (2000). Las técnicas de análisis de contenido; una revisión actualizada. *Centro de estudios Andaluces*. Recuperado en <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs /S200103.pdf>
- Anigstein, M. (2008). Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Mad*, 19, 77-88.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del proceso de salud-enfermedad. *Análise*, 8 (3), 254-261.
- Asún, M. (2009). *Prácticas comunitarias. Historias y desarrollos conceptuales en Santiago*. Presentación en Diplomado en Rehabilitación Psicosocial, Universidad Mayor.
- Barnes, C. (1998): en Barton, L. (1998): *Sociología y Discapacidad*. Madrid: Morata.

- Barriga, S. (1991). Psicología ¿Para qué? sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 50 (2), 49-52.
- Barton, L. (1996). *Discapacidad y sociedad*. London: Addison Wesley Longman Limited.
- Bascuñán, H. Correa, N. Fuentealba, H. (1991). *Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar*. Rev. Psiquiatría VIII: 954-955. En Schliebener, M (2012). *COSAM Quinta Normal: Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional en programa Alcohol y Drogas Modalidad Ambulatorio Intensivo a Partir de una experiencia Práctica*. 2012. Nº 1, pp. 83-137.
- Bastías, G. & Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín escuela de medicina U.C., pontificia universidad católica de Chile*, 32 (2), 51-58.
- Bitrán, R., & Almarza, F. X. (1997). Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. *CEPAL: serie financiamiento del desarrollo*, 56.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens Pratique*. París: Les editions de minuit.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons Pratiques. Sur la théorie de l'action*. Essais: Points.
- Briones, G. (1989). *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicada a la educación y ciencias sociales*. Santiago. Curso de educación a distancia.
- Citarella, L. (1995). *Medicinas y cultura en la Araucanía, Santiago, Sociedad Trafkin y Programa de Atención Primaria en Salud*. Santiago, Sudamericana.

Colegio médico de Chile. El sistema de salud chileno, contexto histórico y normativo del sistema de salud chileno. Recuperado de: [tp://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros//Sistemas_aludchileno.pdf](http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros//Sistemas_aludchileno.pdf)

Desviat, M. (2007). Vigencia del modelo comunitario en Salud mental: Teoría y práctica. *Controversia*, 3(1), 88-96.

El instituto de Higiene de Santiago (1894). *Revista Chilena de Higiene*. Santiago: El instituto de Higiene de Santiago.

Fabris, A. (2001). *El giro lingüístico hermenéutica y análisis del lenguaje*. Madrid: Akal.

Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica de Argentina S.A.

Guba, E. y Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa (pp.113-145) En: C. A. Denman & J. Armando Haro. (Eds). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El colegio de Sonora.

Hevia, P. (2006). Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943 - 1957. *Revista Chilena salud pública*, 10(3), 170-176.

Hidalgo, R. (2002). Mirada social y espacio urbano en Santiago de Chile. Una Mirada retrospectiva a la acción del estado en las primeras décadas del siglo XX. *Eure*, XXVII, (83), 83-106.

- INE (2005). Resultado nacional. Prevalencia de personas con discapacidad en Chile. Santiago: Chile. Recuperado de: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/presentacionresultadosestudionacionaldeladiscapacidad.pdf.
- INE (2013). Resultado nacional Censo, 2012. Santiago: Chile. Recuperado de www.censo.cl
- Jiménez, J. (s.f). Política y organizaciones de salud en Chile. *Estudios Médico Humanistas*, 5 (5). Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/IndiceArMedica5.html>
- Kraster, A. (2003). El uso de sistema de salud tradicional en la población Mapuche: Comportamiento y Percepción. Recuperado de <http://www.mapuche.nl/>
- Krause, M. & Jaramillo, A. (1998). *Intervenciones Psicológico-Comunitarias en Santiago de Chile*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile
- Ley N°19.284. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 14 de Enero de 1994.
- Ley N°20.422. Diario oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 10 de Febrero de 2010.
- Madariaga, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. *Reflexión*, 36, 1-5.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Ed Popular.
- Martínez, V. (2006). *El enfoque comunitario*. Santiago: Departamento de Psicología, Facultad de ciencias sociales, Universidad de Chile.

- Ministerio de Salud (2007). Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Santiago: Chile. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/54249053/programa-de-rehabilitacion-integral-red-de-salud-subsecretaria>
- Ministerio de Salud (2008). En el camino a centro de salud familiar, Santiago: Chile. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/49640270/41/EL-CENTRO-DE-SALUD-FAMILIAR-Y-LAS-INSTITUCIONES-FORMADORAS>
- Ministerio de Salud (2009). Desarrollo metodológico de la rehabilitación integral en APS y hospitales de menor complejidad. Santiago: Chile. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/15864421/Orientaciones2009> .
- Ministerio de Salud (2010). Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS. Santiago: Chile. Recuperado de http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SS/SS_OSORNONORMAS/RES%20EX%20750.PDF
- Ministerio de salud (2011). Estrategia nacional de salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Panam Salud Publica*, 18(4-5), 346-358.
- Montero, M. (1994). Vidas paralelas: Psicología Comunitaria en Latinoamérica y en EE.UU. En Montero, M. (1995), *Psicología social comunitaria* (pp. 23-39). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

- Municipalidad de la Pintana, Departamento de salud municipal. (2007). Programa de rehabilitación integral en la red de salud, 2007. Santiago: Chile. Recuperado de http://www.ssmn.cl/direccion/Programa_Rehabilitacion_Integral_.pdf
- Navarro, F. Díaz, C. (1999). Análisis de Contenido. En Delgado, J. y Gutiérrez (1999). *Métodos y técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* (pp. 177 – 224). Madrid: Síntesis.
- Olave, R. M. & Zambrano, L. (1993). *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile*. Santiago: Universidad Diego Portales.
- OMS y Ministerio de Salud (2006). Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile Santiago, Chile. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf
- OMS, Oficina Internacional de Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (2004). RBC Estrategia para la rehabilitación la igualdad de oportunidades la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad.
- OMS (2012). Rehabilitación basada en la comunidad, Guías para la RBC 2012. Recuperado de <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>
- OMS (s.f.). En temas de salud: Discapacidades. Recuperado de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Oyarzun S., N., Zolezzi G., R., Núñez S., J., & Palacios T., M.(27 09 2009). Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de terapeutas ocupacionales en Chile, desde una mirada socio histórica, desde 1972 hasta la actualidad. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*. Recuperado

de:<http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/120/103>.

Perez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa retos e interrogantes*. Madrid: La muralla.

Piper, I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología Comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. *Revista de Psicología*, XVII (2), pp. 39-58.

Policía Sanitaria y Beneficencia Pública (1889). Santiago: Roberto Miranda.

Reyes, M. (2007). Principios y valores subyacentes a la psicología comunitaria en Chile: un análisis de las publicaciones nacionales entre 1993-2003. In J. Alfaro & H. Berroeta (Eds.), *Trayectorias de la Psicología Comunitaria en Chile: Prácticas y conceptos* (pp. 109-148). Valparaíso, Chile: Universidad Valparaíso.

Rueda, L. (2003). Breve historia de la Terapia Ocupacional en la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental. Biblioteca Virtual universal. Universidad de Chile. Santiago.

Saavedra, C. (2005). *Aproximación al desarrollo actual de la Psicología Comunitaria desde el análisis de las prácticas que ésta construye en el campo de la intervención social*. Tesis de Magíster Psicología Comunitaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Sánchez, A. (1991). Psicología Comunitaria: Origen, Concepto y Características. *Papeles del psicólogo*, 50, 45-49.

- Scharager, J. & Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*, 22(3), 149–159.
- Segura, J. (2012). De la policía sanitaria a la promoción de la salud: aplicación del orden establecido o custodia del derecho a la salud. Recuperado de: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/03/24/133180
- Silva, G. (s.f). Una aproximación cualitativa a los significados de exclusión social de un grupo de personas con discapacidad de causa psíquica. Recuperado de: [http://biblioteca.unab.cl/client/es_ES/inicio/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f78\\$002fSD_ILS:78730/ada;jsessionid=77BAEAFD353CF521A3041477E81567AB?qu=Marginalidad+Social+++Investigaciones+++Chile.&ps=300](http://biblioteca.unab.cl/client/es_ES/inicio/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f78$002fSD_ILS:78730/ada;jsessionid=77BAEAFD353CF521A3041477E81567AB?qu=Marginalidad+Social+++Investigaciones+++Chile.&ps=300)
- Taylor, S & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *American journal of public health* , 65 (10), 1037-1045.
- Torres, R (2001). *Monografía: Experiencias de Psiquiatría Comunitaria en Chile*. Curso de Educación Continua: Gestión en Psiquiatría y Salud Mental 2001. Santiago. Unidad de Psiquiatría. Facultad de Cs. Médicas. Universidad de Santiago de Chile.
- Valles, M. (1997). *Técnicas de conversación, narración: las entrevistas en profundidad*. Madrid: Síntesis.

Weinstein, M. (1998). Políticas de Equidad y Género y Participación de las Mujeres. En Noción de una ciudadanía que crece. FLACSO (p.138-157).

Wiesenfeld, E. (1994). Paradigmas de la Psicología Social Comunitaria Latinoamericana. En Montero, M. Psicología Social Comunitaria (p.47-74). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Anexo 1:

Entrevistas individuales y grupales:

Entrevistadora: E

Entrevistado 1 (Kinesiólogo de Consultorio):E1

Entrevistado 2 (Kinesiólogo de Consultorio):E2

Entrevistado 3 (Kinesiólogo de CCR):E3

Entrevistado 4 (Kinesiólogo de CCR):E4

Entrevista Grupal 1 (Usuarios de consultorio): EG1

Entrevista Grupal 2 (Usuarios de CCR): EG2

Entrevistado 1:

E: Podrías presentarte brevemente, tu nombre, edad y profesión (...):

E1: Mi nombre es V.P. tengo 35 años y soy Kinesiólogo.

E: ¿Cuál es tu experiencia laboral?

E1: Egresé de la Universidad de Chile en el año 1996, cerca ya de 16 – 17 años de práctica. Me especialicé siempre en la parte músculo esquelética, sobre lo cual he realizado varios diplomados y estudios de postgrado entre los cuales tengo la especialización de músculo esquelético por el Denake, tengo la especialización en terapia manual, tengo unos diplomados más (...) siempre he trabajado en el sistema público y he mantenido una consulta privada.

E: Respecto a tu quehacer, en cuanto a los modelos de atención en salud, ¿con cual crees tú se relaciona más la atención que ustedes realizan?:

E1: Bueno tenemos un programa de pacientes neurológicos en el cual participan básicamente pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular. Ellos entran a un programa en el cual lo ven terapia ocupacional y kinesiología. Tenemos reuniones semanales para ver qué progreso han tenido y se hacen evaluaciones. Tenemos escalas

específicas que miden por ejemplo el riesgo de caídas o la funcionalidad, las cuales son aplicadas mensualmente y así analizamos el progreso que van teniendo.

E: Tú hablas de otros profesionales, ¿es un trabajo de colaboración permanente entre ustedes?

E1: No, tenemos una única instancia en donde hacemos discusión de casos, en donde se intenta dar parámetros y lineamientos de cómo va la evolución de los pacientes y conocemos cuáles son los pacientes de los demás, conocemos sus problemas y las inquietudes que tenemos.

E: Y ¿Cómo te parece esa instancia?

E1: Enriquecedora

E: ¿Te parece bien este tipo de trabajo?

E1: Lo de las reuniones, me parece muy bien ya que es ahí donde se generan instancias de mayor trabajo en equipo en donde se discuten casos clínicos, se ven las progresiones, lo cual es bastante bueno. Y eso también se está ampliando a nivel del área porque las normas de migración no están muy acotadas ni claras en cuanto al área de rehabilitación, tanto neurológica como en lo traumatológico... y no hay claridad en definitiva a nivel de rehabilitación los distintos niveles de complejidad de los servicios de salud y qué se atiende en cada uno.

E: Si tuvieras que comparar el modelo comunitario con el modelo biomédico en salud, ¿Cómo describirías cada uno de ellos?

E1: Ambos tienen sus beneficios, algo conozco sobre el trabajo que se está realizando en los CCR y el modelo comunitario, me parece adecuado para ciertas instancias de resolución, como por ejemplo, como redes asistenciales terapéuticas, redes más de apoyo, donde se realice un trabajo con familiares de ellos para que los cuiden o mandarlos a hacer ejercicio en algo más comunitario

E: ¿Ves alguna diferencia en los ambientes físicos en los que se desarrolla cada modelo?

E1: Bueno el modelo comunitario se establece en centros cercanos a la comunidad y con algunas atenciones a domicilio, en nuestro caso las atenciones es en consultas y con pacientes hospitalizados.

E: ¿Te ha tocado alguna vez intervenir en el ambiente donde el paciente vive?

E1: No, la verdad es que dada la carga de pacientes y la organización del sistema no hay tiempo.

E: ¿Qué te parece el modelo comunitario de salud?

E1: Me parece súper bueno pero yo creo que ese tipo de atención debería estar dado también por el nivel de atención de salud. Por ejemplo, si estamos con pacientes hospitalizados en la atención terciaria, en un poco difícil hacer una intervención a ese nivel. Creo que ese tipo de intervención debería estar dado en APS. Ahí se tiene más acceso al lugar físico donde vive el paciente, está más metido en la cuestión social que respalda el ambiente laboral.

Donde estos centros comunitarios tienen una participación más activa no sólo en ámbitos relacionados con la rehabilitación, sino que de socializar integrando algunos talleres laborales, incorporarlo en definitiva un poco más en la sociedad, ayudarle a los cuidadores.

E: ¿Y el modelo biomédico?

E1: Bueno se encuentra dentro de lo establecido, me parece que es parte de la formación. Nosotros acá por ejemplo no tenemos el tiempo ni los espacios para realizar un mayor número de acciones, así que realizamos una rehabilitación generalmente con un número de sesiones establecidas según patología, y en lo posible derivamos para que la rehabilitación pueda seguir en estos CCR.

E: ¿Crees posible incluir este tipo de mirada más comunitaria en tu atención de salud?:

E1: La parte más comunitaria, claro a nivel de atención de CCR, está mucho más cercano a la comunidad en definitiva. Yo veo que acá en la atención es más asistencial, más clínica. Entonces creo que esa es la idea un poco de formar estos niveles de atención diferenciados y no hacer todos lo mismo. Yo creo que los CCR están más cerca de la comunidad, más cerca de los lugares donde vive la gente, se ve una salud más orientada hacia la prevención, en cambio nosotros tenemos una visión más desde lo asistencial y de llegar temas que ya están establecidos.

E: ¿Tú sentiste que falta algo en la formación de un kinesiólogo para llevar este tipo de trabajo a cabo?

E1: Actualmente hay ramos en la universidad de trabajo comunitario.

E: ¿Pero a ti te tocó verlo, específicamente desde tu experiencia?

E1: Muy poco. Generalmente el enfoque que se le da al curriculum es un enfoque más asistencial, por lo menos en la universidad de Chile, creo que hay otras universidades que tienen un enfoque más basado en la comunidad y le dan un entorno más bien comunitario. Pero en general, en la Universidad de Chile, al menos cuando yo estudió, el currículum estaba más orientado hacia lo asistencial.

E: ¿Cómo describirías tú un profesional que pertenezca a cada modelo? ¿Y tú en cual te sientes más identificado?.

E1: Un kinesiólogo desde lo comunitario, debe realizar otro tipo de intervención, más cercano a la comunidad, pensando en la integración de los pacientes, en mi caso la preparación y mi carrera la he ejercido más bien desde lo asistencial y mi desarrollo profesional ha sido más hacia el perfeccionamiento terapéutico, entonces personalmente me siento más capacitado en un ambiente asistencial.

E: ¿Qué tan importantes crees tú es la participación de los usuarios su rehabilitación?

E1: Es muy importante, como profesional de la salud tienes claro que la atención es sólo un par de veces a la semana, y que la terapia requiere que la persona se comprometa y sea parte de la rehabilitación, especialmente en su casa.

E: ¿Para ustedes es importante conocer al usuario con el que están trabajando?

E1: Es la base saber qué es lo que hace el paciente porque en definitiva tu rehabilitación tiene que ir orientada a lo que el paciente necesita. No puedo atender de la misma manera a una persona que es deportista que tuvo una lesión en la rodilla que a una señora que tiene 80 años y que le duele la espalda. Su visión, su objetivo y su finalidad son absolutamente distintos. Entonces uno tiene que saber el entorno, saber qué apoyo tiene este paciente. En los pacientes neurológicos que quedarán secueledados de por vida tenemos que saber cuál es su entorno, donde vive, si vive en un segundo piso, si vive en un departamento y tiene que subir tres pisos.

E: ¿Te parece importante conocer el contexto del usuario?

E1: Exacto, no es lo mismo que un paciente tenga que bajar en camilla en un block desde un cuarto piso a un paciente que vive al lado y que se traslada solo. O que apoyo familiar tiene un paciente, qué red tiene, si lo pueden cuidar o no... o sea hemos tenido pacientes en que el marido se va a trabajar y la señora se queda en cama todo el día. Le cambia los pañales antes de irse y al volver y la señora tiene que estar con un plato de comida o una vecina le va a dar un plato de comida. Entonces uno tiene que saber en qué realidad vive el paciente. Pero ahí siento que uno queda con la voluntad de hacer algo que lo que uno en realidad puede hacer. En las reuniones de pacientes neurológicos no ahondamos en ese tipo de cosas, en cuál es su relación familiar y cuál es el apoyo que tienen, siempre quedamos cojos sobre qué hacer al respecto. Por ejemplo, a dónde vas a derivar a alguien que no tiene ninguna red de apoyo. ¿Hay instancias en donde tú puedas institucionalizar a un paciente en la red? ¿Dónde pueda vivir un paciente? Ha habido casos serios como una señora que tiene una hija con síndrome de down, la señora tiene 65 años y la niña treinta y tantos y a la señora le dio un accidente cerebrovascular, ¿qué red haces ahí? Porque la señora ya no puede valerse por sí misma.

Entonces yo creo que hay un desconocimiento importante de qué hacer con ese tipo de pacientes.

E: ¿Tú crees que se integran estos datos en el trabajo con los otros profesionales?

E1: Ha nacido la pregunta, pero queda más en la intención. Es que queda fuera de lo que podemos hacer porque como estamos estructurados en forma asistencial clínica no tenemos horas para poder hacer visitas domiciliarias por ejemplo. No existe esa instancia administrativa. Toma más tiempo, son recursos, es desplazamiento. Lo cual lo podemos obviar y decir que no lo hacemos porque no podemos hacerlo, pero en una de esas sí debiéramos, pero no se ha hecho la instancia para revisarlo.

E: ¿Cuáles crees tú que son las expectativas de los usuarios en ambos modelos?

E1: Mmm, me imagino que la misma, no creo que los pacientes diferencien sus expectativas por modelo, sino más bien depende de las personas que los están atendiendo y de las condiciones de los pacientes.

E: ¿Tú crees que es posible que estos dos modelos puedan articularse?

E1: Yo creo que está bien que existan distintas formas de intervención, y eso depende del nivel de atención que se está realizando, está bien que nosotros tengamos una mirada más asistencial y resolutiva y que los CCR tengan una mirada comunitaria, ya que la diversidad de pacientes también hace que no todos requieran la misma atención, por esto la posibilidad que se articulen me parece cierta y adecuada para el funcionamiento del sistema de salud.

E: ¿Qué papel crees tú que cumplen los líderes comunitarios en la rehabilitación?

E1: Me parece que importante, ya que están en un contacto más directo con las personas partes de la comunidad, sin embargo, como ya lo comente antes, para nosotros es imposible movernos en otro nivel que el asistencial.

Entrevistado 2:

E: Podrías presentarte brevemente, tu nombre, edad y profesión (...):

E2: Ángel Benítez, Kinesiólogo, egresado de la Universidad de Chile, llevo actualmente en este CESFAM, que es el CESFAM Cerro Navia, 4 años, trabajé anteriormente en otro CESFAM, pero me aboque sólo a un área, que es el área de atención de niños, la sala IRA, trabajé, como es obvio en varios lugares cuando uno recién egresa, trabajé en un gimnasio, en un centro de rehabilitación neurológica, en el hospital Metropolitano, en distintas áreas, hasta que llegue acá al CESFAM Cerro Navia, en el cual me hicieron un contrato un poquito más amplio, obviamente me convenía, por distintos motivos, económicos, familiares, cercanía, tengo un abuelo que vive acá así que tengo una cierta relación con la comuna. En el CESFAM obviamente empecé con la parte de rehabilitación respiratoria, ya en la sala ERA, y obviamente lo que más hago aquí, pero también participo en los talleres de embarazo del Chile crece contigo, participo en talleres de adultos mayores, atiendo adultos mayores, atiendo niños, atiendo personas adultas, personas con problemas respiratorios, musculo esqueléticos.

E: ¿y personas con problemas neurológicos?

E2: Son los menos, porque casi que tenemos que derivarlos al CCR, como que, eso es una cosa a nivel municipal, la municipalidad nos pide que los mandemos para allá, porque ellos tienen unas metas, porque si no nosotros los absorberíamos, acá abemos el suficiente recurso a nivel de Kinesiólogos como para absorber esos pacientes, pero como que casi que nos obligan a enviarlos para allá, porque tienen unas metas, por ese motivo, por eso no vemos tanto “neuro” acá, vemos algunos que tienen más dificultades de acceso, porque hay dos CCR uno municipal y uno que es de la comuna, y enviarlos directamente allá, pacientes que viven a la vuelta, prefieren estar acá.

E: ¿Y hay un CCR en Cerro Navia?

E2: Hay un CCR que depende de la municipalidad que es aparte del sistema de salud, y esta una sala RBC que es del sistema de salud y se está implementando otra en el consultorio que está un poquito más allá.

E: ¿Sabes que profesionales hay ahí?

E2: Kinesiólogo, psicólogo, TO hay una, para mí el TO no esta tan relacionado, yo conozco muchas salas RBC donde hay kinesiólogos, el TO, ha sido cuando..., en la clínica los Coihues creo que vi un poco de terapia ocupacional, que trabajan extremidad superior por la inserción laboral del paciente y eso...a mí no me suena tanto... obviamente en el modelo si esta... pero en la sala IRA ERA, ta' la enfermera no la TO, ta' el Kine...Y pacientes neurológicos no se ve mucho, otra cosa que hacemos acá son visitas domiciliarias al paciente, y... obviamente operativo de salud donde vamos como consultorio, a juntas vecinal, a una unidad vecinal, a un centro de abuelos, a hacer atenciones... multi-transdisciplinarias.

E: Y la estas visitas domiciliarias ¿son parte del engrama del lugar? o ¿nacem de algo que ustedes generan?

E2: Ambas, por un lado están los pacientes que necesitan visita domiciliaria, ya porque está un paciente postrado, con una dependencia severa...

E: ¿Ustedes forman parte del programa postrados?

E2: Es que por una lado, están los del programa postrado y después están los pacientes con necesidades eh... por ejemplo oxigeno dependiente, los cuales no están

postrados, ellos pueden deambular, pero el protocolo que te da la norma ministerial, es que tu hagas visitas domiciliarias a tu paciente, para evaluar las condiciones del hogar, evaluar las condiciones de la familia, evaluar el uso y cuidado del oxígeno, y obviamente educar al paciente en el uso del tratamiento, etc. Aparte de los cuantos que tienen que venir al consultorio o al hospital, también están las visitas domiciliarias, que son para pacientes que son casos sociales, ya ... y esos entran en la meta al consultorio... Ya, entonces todas esas visitas que son por distintas partes, otras, unas porque son necesidad, otras son porque son metas, son integradas y van todas a la misma, mismo objetivo finalmente, pero no todas parten con... por que el ministerio dice que hay que ir a verlas.

E: A... perfecto

E2: Hay otras que son porque nosotros, pucha, este caballero no puede venir... Yo voy a ver cómo me consigo el auto, para ir a verlo.

E: ¿Y tienen transporte para eso?

E2: Tenemos transporte, que es muy limitado, depende mucho de la gestión propia de uno, o sea, ir hablar con la gente, hinchar un poquito, o sea no es algo que esté instalado, no hay que ir a ver a un postrado, ya aquí está el auto, no, no hay una auto esperándonos, jamás.

E: Entendido, era para saber cómo funcionaba.

E2: O sea, lo ideal, sería, claro entrar a un paciente. No pero por lo menos transporte tienen, porque hay lugares que no tienen ni por si acaso. Claro, si lo comparas con una zona rural, en donde el acceso y la movilización es muy nula,... si, tenemos un poco más de transporte, pero de todas maneras es limitado el recurso.

E: Y respecto a la cantidad de población más o menos que tú absorbes como kine?.

E2: EHH... ¿cuánta población veo? , mira es que tengo que hablarte de distintos focos, por ejemplo, hay 36.000 a 37.000 inscritos en el consultorio, validados por FONASA.

E: Aaa...

E2: De esos, yo te puedo decir que en la sala ERA la parte respiratoria que yo trabajo, hay 600 inscritos...el índice de adultos mayores, en la comuna, está alrededor del 8 ó 9 % de la población que tenemos.

E: Ok

E2: Entonces también trabajo con esa población, no con todos obviamente, pero esa población es susceptible a mi tratamiento, y después el resto son... es más variable, no voy a darte un dato, exacto...

E: No te preocupes, es para tener una idea

E2: Pero eso es más o menos, el tema, ahora cuantos pacientes por día puedo ver, es variable porque a veces tengo 2 talleres y en los talleres, no me dan la misma cantidad, que si veo 2 pacientes por hora o 3 pacientes por hora, que a parte también tomo exámenes... espirometría...Entonces...Es parte del ...Son todos de momento distintos, un taller puede ser con 10 personas y las espirometrías son 2 por hora, entonces a la misma hora puedo ver 2 o puedo ver 10, entonces diario es un rendimiento variable.

E: Y trabajo en equipo, normalmente ¿con qué otros profesionales trabajasen el día a día?

E2: A ver... trabajamos, vamos por parte, yo siempre trabajo en la sala ERA y la sala IRA, que es para las enfermedades respiratorias, ahí están los médicos, obvio... con el tratamiento farmacológico, la derivación en cuanto a la derivación de los pacientes, ehh... trabajo con las matronas a nivel de los talleres chile crece contigo.

E: Perfecto...

E2: Ahí, trabajamos con la educadora de párvulos, las asistentes sociales, psicólogos... y se me está quedando alguien... en los talleres educativos en los colegios, ya entre otras cosas hacemos funciones de títeres, ehhh... vamos y hacemos charlas educativas, ya entonces ahí trabajamos, también en ese sentido, trabajo con unas enfermeras en el programa de adulto mayor.

E: Ya perfecto, entonces hay distintos compañeros dependiendo las circunstancias.

E2: Exactamente, ehh...con las nutricionistas, trabajamos en algunos programas especiales, pero no son programas propiamente tal del consultorio, sino que son por ejemplo, no sé si has escuchado, programa vida sana, que tiene que ver con ese programa, que... o sea no es directamente que tenga que ver, pero tiene que ver un poco con el programa este de la ... la señora del presidente ...

E: ¿Elige vivir sano?

E2: Si elige vivir sano, tiene algo que ver con eso, el programa vida sana obviamente tiene varios componentes también es multidisciplinario y la parte de ejercicios, kinesiólogo o un profe de educación física, ya, entonces si me preguntas con quien me relaciono, con todas las profesiones, porque tengo que... Obviamente, si yo hiciera una

sola cosa, y yo estuviera aquí, sería eso no más, por el medico con suerte y después obviamente, ehhh... hay relación con los técnicos, no tanto a nivel profesional, sino que a nivel de... en cuanto a que necesito esto...

E: ¿En una instancia más social?

E2: Mas, mm... no sé si tan social, como de necesidad ministerial, lo que pasa es que justo me estas preguntando a mí, y yo estoy metido en muchas cosas, yo estoy en un programa de promoción de salud, que es un programa que está dentro de los CESFAM, entonces ahí trabajamos con los test, con los administrativos, con las enfermeras con matronas, con nutricionistas, todos juntos haciendo distintos proyectos, y distintas actividades, y también en el comité paritario, en el comité paritario nos vamos viendo todas las falencias que hay en el consultorio, una cantidad de falencias impresionantes, entonces ahí yo me relaciono con muchas personas.

E: Entonces: ¿Tú sientes que son tareas extras?

E2: Desde mi trabajo, hasta mis cosas que son como más anexas podríamos decirlo, porque a mí no me contrataron para ser parte del comité paritario.

E: Por eso te iba a decir, tú tienes muchas ocupaciones, crees que eso tiene que ver con tu tipo de personalidad o es parte de tu ocupación, ¿cualquiera en tu puesto hubiera hecho este tipo de pegas?

E2: NOO, no, no, no, fue porque a mí me interesa ehh... ver que algunas cosas vayan funcionando, porque yo veía que habían falencias, y yo me metí un poco, después obviamente, trabajé bien en esa zona, y fui quedando en esa zona, pero... eh no es que en mi contrato dijera, te vamos a contratar para esta cosa, de hecho mi función inicial era sólo para sala ERA.

E: Perfecto, ahora te quería hacer algunas preguntas más específicas, unas preguntas un poco más específicas ¿Cómo definirías tú el modelo biomédico de salud, ¿con tus palabras?

E2: Biomédico, simple, el paciente va al médico, lo atienden, le da una pastilla y se va para la casa.

E: Perfecto... ¿Cómo definirías el modelo comunitario de salud?

E2: Comunitario... es más complejo, podríamos partir, con los biopsicosociales, lo cual el paciente viene al control y aparte que se le dé su pastilla o su inhalador o el medicamento que necesite en ese momento, entra a una atención más integral, por ejemplo los adultos mayores pasan por enfermera, nutricionista, kinesiólogo si fuera necesario, eh.. El mismo médico, si un paciente que está en riesgo social, se le hace una visita domiciliaria, se conoce a la familia, si un paciente no te responde, porque no sabe los remedios que está tomando, se indaga con la familia, que no tenga alguna sospecha de maltrato, que no sea un paciente abandonado, pero estamos hablando de pacientes, mas sociales, pero si me dices un paciente de 35 años que trabaja, es más difícil meterlo en este tipo de visión ese paciente yo de por sí, o sea la mayoría, por si voy al médico o a la ISAPRE, yo voy porque quiero que me traten el resfriado no quiero que se pongan a preguntarme, como está mi mamá o la familia, pero un paciente, que está en un riesgo más social, el sistema biopsicosocial, o comunitario o de salud familiar, se metería también en ver el tipo de personas que están rodeando este paciente, las redes de apoyo que tiene este paciente.

E: Perfecto, si tuvieras que comparar los modelos, ¿cuál crees que sería la diferencia entre ellos?

E2: La gran diferencia, un poco los mismo que te acabo de decir, o sea el biomédico, aparte de que sean puros médicos también puede ser la enfermera y la enfermera va y le

repite las indicaciones del ultimo control o va y le toma la pura presión, o sea es una atención aislada donde no se preocupa, ni por el entorno quizás psicológico del paciente, ni familiar, ni si tiene un vecino que a lo mejor lo pueda traer o si alguien lo puede cuidar, si alguien lo puede asistir, es más general, es más específico el biomédico.

E: ¿En qué situaciones crees que es más eficiente un modelo que el otro?

E2: Por ejemplo una madre adolescente, para mi tiene que ser metida en el modelo biopsicosocial, con enfoque, con mirar y de salud familiar, ver desde la abuelita, que si la abuelita va a cuidar a los nietos cuando ella trabaje o la mamá si lo acepta en la casa, o si no sé a lo mejor el entorno que la rodea porque a lo mejor vive... hemos ido a ver a un par de chicas, que viven con eh... gente que consume emm... drogas, entonces es complicado ahí, y cuando no correspondería un modelo psicosocial, no sé si nunca correspondería , lo ideal sería que ...para todos.

E: ¿En qué casos crees tú?

E2: Lo ideal sería que para todos, pero si yo por ejemplo, no sé necesito una licencia médica, no voy a ir al biopsicosocial, salvo que cuando me están pidiendo la licencia médica, yo piense que este paciente a lo mejor tiene, algunas cosas medias de salud mental por el cual él está recurriendo a este recurso, pero eso es lo ... , yo creo que son los casos menos, o sea si yo estoy, no sé ,con una fractura en la muñeca necesito una licencia y ahí, yo creo que indagar más allá, no amerita.

E: ¿Cuál crees tú que es la participación del usuario en un modelo comunitario y en un modelo biomédico?

E2: mmm... o sea, claramente en el comunitario, lo que me pasa con muchos en el biomédico, perdón ,me pasa mucho porque a mí me derivan los pacientes los médicos, y

yo entiendo un poco a los médicos, en el sistema público tienen rendimiento muy alto tienen que ver en algunos consultorios, aquí no, hasta 5 por hora...5 por hora ,significa que tienes 10 minutos, un abuelito en que se sentó y se fue, ya no lo revisó completo, entonces, lo ven, le explican un poco al paciente, habla un poco con el paciente, que le duele, el hombro, ya listo, entonces no alcanza a hacer mucho el paciente, pero después me llega a mí, el cual yo tengo 20 minutos para verlo, y si yo tengo espacio y yo tengo un paciente joven, me doy más tiempo para verlo, y obviamente indago más porqué viene esta enfermedad, por donde va, que le pasa como se siente, hay distintos protocolos de atención que nos piden a veces que indagemos un poco en la parte psicológica, por ejemplo al aplicar un empam a un adulto mayor ...nos piden preguntar, si se ha sentido con síntomas depresivos en este último mes, si se ha sentido con ansiedad, como se ha sentido, y a otros pacientes que llegan directamente y como ven que tienen confianza con uno...

E: Eso te iba a decir, ¿cómo sientes que es la respuesta de ellos ante esta diferencia en la relación?

E2: Se sueltan y empiezan a hablar mucho más, cuentan cosas, y me han contado... se me han puesto a llorar porque se les murió el hijo, se les murió el papá, se les murió el abuelito porque no tienen plata, las pensiones son muy bajas, hoy día, o sea, el día que se cobra la pensión, ellos son felices, buena porque hacen una actividad distinta, pero a los 3 días esa plata, ya no la tienen.

E: ¿Y qué haces tú con toda esa información?

E2: Cuando amerita, la derivo según el caso...porque, por ejemplo si me topo, con una asmática joven, que no está siendo controlada, como lo que pasa cuando yo hago un ingreso por ejemplo de asma, ocupo muchas preguntas, me demoraré su tiempo, pero hago muchas preguntas, entonces indago mucho, entonces veo si este... como ahora el chile crece los absorbe a casi todos, pero si veo que no están en el programa, que no

están siendo seguidas, la derivo a la matrona, o si me viene un abuelito, el cual ehh... yo sospecho que este abuelito con lo que me está contando... no está siguiendo su tratamiento correctamente, no lo están ayudando en la casa, si es paciente bio ...yo veo la posibilidad de ir a verlo a la casa, y si no, lo derivo según lo que necesite, hay muchos abuelitos que no saben de las pensiones de invalidez, de distinto tipo de pensión, y ... lo mando al asistente social, vaya y hable con Juanito, que Juanito le va a hacer ...

E: ¿Y en general cómo consideras la respuestas que reciben de tus derivaciones?

E2:mmmm

E: ¿Son buenas respuestas las que recibes de vuelta?

E2: O sea , cuando tu derivas pacientes que están siendo... como que va a recibir lo que necesita, y tener la respuesta ...mira... muchas veces no están las soluciones, o sea yo derivo con la persona entre comillas más idónea, pero muchas veces no están las soluciones, como por ejemplo hace poco... hay una señora que usa un burrito, se lo dieron como ayuda técnica, ahora hace poco por el programa, le duró 3 meses, se le rompió, hay una garantía de por medio, hay una reposición quizás, pero todo eso ...depende de arriba.

E: Claro...

E2: Entonces, yo aquí ¿Qué hice?... derive a la gente que coordina la traída de la ortesis, la dejé en las manos de ellos y les voy preguntando al tiempo que ha pasado, pero a la señora la sigo viendo que viene con un carrito de supermercado, que no se le ha podido gestionar nuevamente el tema, eso ya depende del ...de más arriba entonces, hasta donde se puede... sí, hay otros abuelitos que necesitan sólo un certificado para que la municipalidad le de tal cosa, voy al asistente social le hacen el papelito, listo, ahí sí, se

solucionó, cuando se puede se puede, y hay veces que no porque ya está, tenemos un nivel de acción hasta donde podemos llegar ...y en ese mismo nivel de acción estará más nombrado a los profesionales a los que se pueden derivar, pero desde el mismo paciente o familia o el contexto que ellos se levanten y busquen y hagan, o es más bien esta derivación a profesionales ,que usualmente se ocupan ...ehh... a ver, estoy tratando de buscar algún caso... que sea como del ámbito quizás...Esto del empoderamiento, de que el usuario se haga cargo de él ...

E: A perfecto...

E2: Por ejemplo, me han mandado muchas veces con pacientes de ... que van al hospital, obviamente, bueno aquí es medio de todo un poco, Felix Bulnes, la mayoría de las cosas, San Juan de Dios algunas cosas, CRS Salvador Allende , algunas otras cosas hospital Metropolitano, que está allá en Tobalaba, para algunas cosas también, lo que es la parte de ginecología las mandamos para allá, no, hay de todo un poco, entonces por ejemplo una atención GES demorada...yo le digo al paciente cuando el paciente tiene las habilidades para, vaya hable en la oficina de FONASA, diga tal cosa y pregunte por tal cosa, le dejan en una lista de espera por tal motivo y necesita tal cosa y si el paciente tiene las herramientas, que yo perciba que yo tengo como evaluarlo , que es por lo que veo eeehh... lo otro para poder hacer eso, yo le digo, la oriento, de adonde puede el ir a reclamar o donde puede ir a solicitar alguna cosa que le pueda servir, desde el punto de vista que hay que hablar con una persona administrativa por ejemplo, ahora si el paciente no tiene esa herramienta, le digo: tiene algún familiar algún tío , una tía o primo lo que sea que la pueda acompañar, una cosa con una paciente asmática de 80 años, que yo llamo al hijo y le digo, le toca control a su mamá y el trae a la mamá...pero esos casos para mí son más aislados, porque como te nombraba no tengo el mismo asistencialismo que tiene el médico, pero igual la demanda a veces es mucha , entonces no me puedo dar tanto el tiempo para todos

E: Y si tuvieras que pensar en un modelo desde el cual tú te paras para realizar tu trabajo, ¿cuál sería?

E2: Obviamente aquí en el consultorio con el modelo... uno trata de irse hacia el lado biopsicosocial, pero obviamente te absorbe el tema asistencial, y a los médicos y yo creo que a las matronas también, las absorbe demasiado.

E: ¿Crees que las metas esperadas para el consultorio influyen?

E2: Las metas, obvio, o sea las metas sanitarias, tienen algunas cosas buenas y algunas que te exigen, a veces dejar funciones por cumplir esa meta ...

E: ¿Para ti es importante la participación del usuario en su terapia?

E2: mm... o sea para mí, no sé si conoces el trabajo del kinesiólogo pero, es mucho de contra referencia constante, o sea, ¿esto lo puede hacer?, si, entonces ellos van participando en sus tratamientos...

E: mmm perfecto

E2: Conmigo por lo menos, van participando en el tratamiento, hay cosas que obviamente eh... por ejemplo yo no estoy a favor de algunas terapias medias complementarias, para algunas cosas...

E: ¿Cómo por ejemplo?

E2: Por ejemplo, no sé, una señora me dijo que con flores de Bach ella iba a andar mejor su asma, y quería dejar los inhaladores, entonces por ese lado yo, la orienté a que el tratamiento correcto es este, complementariamente puede ocupar eso, pero no dejes

los inhaladores, entonces ahí como que tranzamos... por algo es complementario, pero muchas veces sobre todo la gente mayor o alguna gente que tiene problemas un poco más del ambiente psicológico, están más deprimidas, como que se siente bien a veces con el Reiki , con el yoga, con cosas que las relajan y efectivamente porque hay gente que tiene los niveles de stress muy alto, pero ahí yo siempre voy transando porque hay muchos pacientes que se auto medican... voy como orientándolos, en la parte kinésica propiamente tal, es todo lo que ellos me vayan diciendo, que pueden hacer o no pueden hacer

E: ¿Y la persona participa en decidir los objetivos de su terapia?

E2: Siendo realistas...depende del paciente... depende del paciente, hay pacientes que por actitud, o como ellos se desenvuelvan... uno tiene que decirles una forma de hacerlo y lo adapta un poco a como ellos sean, y hay otros que uno les dice, usted puede hacer este ejercicio, para la parte respiratoria... si pero me duele el hombro, ya vamos a hacerlo de este otro lado, para que pueda hacerlo y no le duela el hombro, entonces ahí puede haber una reestructuración, o sea cuando el paciente, no comprende mucho, no asimila mucho, entonces ahí si le duele el hombro tengo que darme cuenta yo, antes que me diga, entonces ahí va a depender de mi evaluación más que nada, o sea yo creo que están los 2 casos, en el cual uno puede compartir con el paciente y en el cual uno definitivamente tiene que hacer todo uno por la condición del paciente

E: ¿Y cuál crees tú es la importancia de la familia o el entorno del usuario?

E2: Es como en general para ver si como si cuentas con una red más allá del sujeto que viene, o sea es que el.... ahí depende del... como atiendo a todo tipo de ... por ejemplo cuando veo niños, ellos vienen con la mamá, adultos mayores, la gran mayoría viene sólo, eh... después los pacientes adultos vienen solo en general, pero si noto alguna situación rara, como por ejemplo un paciente no es capaz de administrarse su propio tratamiento solo, veo que le cuesta, le digo, ¿tiene algún familiar?, eh... o a veces

esta con el familiar afuera , ehh... y ¿cómo se llama su familiar?, ya, dígame que venga, al próximo control o que venga ahora en la tarde, para que le mostremos como usar el tratamiento, porque usted lo está haciendo de esta manera, o muchas veces con la indicación de ejercicios para la casa se le enseña al familiar, para que él lo haga, ahora, como te digo, todos esto lo podemos hacer los profesionales que tienen un poquito de tiempo para ver a los pacientes.

E: Entonces, ¿tú consideras muy importante el factor tiempo?

E2: Sí, yo entiendo perfectamente a las matronas y a los médicos, que yo veo que tienen más demanda, porque a veces uno pasa por donde la matrona y hay 3 niñas afuera esperando, una que quiere iniciar método, otra que se quiere pinchar, otra que necesita hacerse el pap, entonces están todas ahí, en cosas netamente biomédicas, no necesitan nada más, no necesitan como que le pregunten como está la abuelita... ahí es más entendible ... es difícil, porque el sistema público absorbe...

E: ¿Cuándo tu llegaste, hubo algún tipo de capacitación, inducción para entrar a trabajar aquí?

E2: No, nada, nada, o sea cuando llegue me enseñaron a ocupar el sistema computacional ... y nada , después yo me fui formando en el tema, autoformando, leyendo, sobre las metas...tipo de las revisiones no sé qué y no sé cuánto, o sea , yo fui aprendiendo a medida que me fui metiendo a cada programa, en el cual empecé a participar y en base a eso, lo que pasa también en que algún momento tuve que concursar para estar a cargo de acá ...también el tema de que en algún momento yo empecé a participar en reuniones de consejos técnicos, de las reuniones de sectores... de otros programas, entonces ahí uno va adquiriendo conocimientos, pero bueno, no es que me capacitara, no es que me dijeron, mira en estos mayores tenemos que hacer tal y tal cosa, en niños tenemos que ... no, o sea yo llegué y sabía mi parte, como kinesiólogo y sabía más o menos lo que hacía el kinesiólogo en una atención primaria, ahora quizás

me metí en cosas que el kinesiólogo no hace mucho, no vas a encontrar, no hay tantos kinesiólogos que hagan, eh comité paritario por ejemplo o tanto kinesiólogos que hagan funciones de títeres en el colegio, por ejemplo...

E: Ayúdame a representar a un profesional que está en un modelo más bien biomédico, y un profesional que estaría en un modelo comunitario, ¿Cuál sería el perfil de cada uno?

E2: A ver el biomédico... mmm... no sabría decirte así como específico, yo creo que el biomédico, eh... se demora menos en atender a un paciente, escucha menos a un paciente, eh... examina menos a un paciente, no ve, el entorno familiar el entorno, de redes de apoyo que pueda tener cercanos, eh... quizás no ve la dificultad que tiene este paciente, para poder llegar al consultorio, siendo que el consultorio es para que la salud esté más cerca, pero aquí hay un paciente que vive a 14 cuadras y no tiene locomoción también le cuesta... entonces tiene dificultades con que sea un carrito que use bastones, entonces el biomédico como que toma en cuenta menos cosas, ya y quizás es bastante resolutivo porque el ve 3 o 4 pacientes a la hora le da una solución parcial a la mayoría y la mayoría probablemente ande bien...

El biopsicosocial, lo contrario, o sea se da el tiempo para los pacientes, se puede tratar al paciente en distintos tipos de áreas, psicológicas, física, eh... la resolutividad es igual de buena o mejor, quizás la palabra, podría ser eficiente, en el sentido que de menos pacientes, de lo que podría ver el biomédico, o sea el biomédico, si podemos usar la palabra eficiente, el ve 4 por hora y te saca 4 pacientes por hora que para un empresario podría ser irregular.. está obligado a eso, en el sistema público, en el sistema biopsicosocial, quizás te verá 2, pero te abarca mejor al paciente, ya, yo creo que es mejor la 2da opción...

E: Perfecto y si tuvieras que establecer una diferencia entre las perspectivas comunitaria y lo biopsicosocial, ¿cuál o cuáles serían?

E2: Ehh... a ver, es que el... no sé si hay tanta diferencia, porque van un poco ligados, o sea que un paciente, esté en un entorno... vamos a la sala de RBC, que ahí tienen el modelo comunitario en el cual están haciendo ejercicios, probablemente en el taller de artrosis, con otros abuelitos, o otros pacientes que a lo mejor no son ni abuelitos, otros pacientes que tienen artrosis, entonces, desde el punto de vista de salud mental, este paciente se siente incluido en el grupo, psicológicamente por lo tanto no está tan disminuido, y está en un entorno de una comunidad que está haciendo lo mismo y que tiene lo mismo... Ahora diferencias podría ser que a lo mejor a nivel comunitario, la parte bio, o sea tratar la parte biológica primeramente tal, pasa a un 2do plano, ya en el biopsicosocial propiamente tal estoy tratando de ver alguna diferencia, porque el biopsicosocial involucra todo incluso lo comunitario.

E: En ese caso ¿Cuál sería el trabajo del profesional?

E2: No va por el lado de solucionarle el problema... está en un taller de artrosis, no le están dando el paracetamol para la artrosis, si no le están dando ejercicios, le están dando una vida social, le están dando un componente psicológico emocional quizás, al cual ehh... con eso es suficiente, ellos olvidan quizás su dolor crónico que tienen, ya sin darle la terapia farmacológica que sería lo bio, del biopsicosocial...pero, creo no sabría decirte la diferencia porque para mí, van de la mano.

E: En cuanto la relación entre profesional y usuario ¿cómo visualizas la relación en cuanto a la jerarquía? ¿Existe o no existe ¿Cómo te ves tú?

E2: O sea, los usuarios siempre te tienen un respeto, o sea siempre, ehh... prima tu palabra, a menos que sean muy porfiado, porque algunos son muy porfiados, pero en general prima lo que tú les digas.

E: ¿Y eso para ti está bien? ¿Es así como tiene que ser?

E2: Ehhh... depende, depende del caso, para mí depende del caso, o sea no siempre quizás, tiene que ser así, porque a veces yo puedo estar, ehh... quizás no tomarle mucho en cuenta algo como emocional que tenga el paciente, porque no... porque a lo mejor se le murió el abuelito, hace 2 meses y esta persona todavía está sentida por la muerte, y yo quizás, no le tomo el peso a eso, ya porqué ... yo al paciente lo veo bien estable, lo estoy viendo quizás por una... un corte de ligamento, entonces en ese sentido quizás estoy haciendo bien mi trabajo, estoy haciendo bien mi parte... el paciente anda bien, y quizás este paciente está inmerso en esta red de apoyo, viene con la señora, y dije esto es todos los días lo viene a buscar el hijo en el auto, eh... tiene plata, no tiene problemas, pero a lo mejor está sentido emocionalmente por la muerte del abuelito, ya, y ahí quizás, claro, no tendría siempre la razón, tampoco creo que sea lo correcto tener siempre la razón, porque como te dije anteriormente, hay que consensuar mucho el tema del tratamiento.

E: Perfecto, y en los modelos que hemos estado hablando, ¿cómo tu visualizas esta relación entre el profesional y el usuario?

E2: O sea, en el biomédico es claramente lo que diga el profesional que está haciendo la medición en ese momento, la enfermera viene, le toma la presión y si la tiene alta hasta ahí no más es, porque tiene alta la presión, se acabó.

E: Ok.

E2: En el otro no en el otro es: yo creo que se iguala un poco, no sé si quedan a la misma altura, para mí siempre va a estar un poquito más arriba el profesional, más que nada porque, hay un conocimiento detrás, desde la parte fisiopatológica quizás no de las emociones del paciente, pero hay cosas que pueden tener mucho componente emocional, pero funcionan con una cosa... o sea no sé, si tienes asma, tienes que usar un inhalador, si no usas el inhalador, por más que te hagamos todas las terapias del mundo y hagamos todas las otras pastillas del mundo eso no se te va a controlar.

E: ¿Y qué opinas de la cultura popular, o ideas propias respecto a su salud o a tratamientos particulares?

E2: Yo trabajo como te dije con muchos abuelitos, los abuelitos obviamente tienen todas estas hierbas, un aparato de hierbas, para mí, yo empecé a averiguar de algunas, por ejemplo la hierba de san Juan, esa por ejemplo... yo difiero de ellas, porque hay estudios que muestran que provoca hipertensión pulmonar, entonces son pacientes que se están dañando, yo en general no les digo nada, cuando me nombran algunos, pero no me deje de usar esto...obviamente no les digo que no, a veces les pregunto incluso, ¿para qué sirve? ¿Cómo funciona?, y todo eso, o sea no tengo problema en ese sentido, pero cuando yo indago un poquito y veo que el tema no es algo que le esté haciendo bien o que probablemente le haga mal entonces ahí no, o sea no es que le digo que no lo haga si o que le digo que por este lado, se ha visto y esto puede pasar con esto, en cambio con esto usted está más segura, usted si quiere siga tomándolo pero yo le digo que no...o sea , más que ordenarles, les planteo opciones, ahora si volvemos al modelo biomédico, olvídale, o sea, no alcanzan ni a decirles que están tomando el agüita de no sé qué y ...hasta ahí no más llega la conversación.

E: Y el comportamiento del usuario hacia el profesional ¿Cómo tú lo ves? ¿Cuándo realmente se vuelve parte de ellos la intervención?

E2: Muchos no hacen caso, muchos y me toca a diario porque les doy una indicación y luego a la semana que viene están haciendo cualquier cosa, o sea no hacen mucho caso de lo que uno les dice, excepto cuando uno los va viendo, a mí me pasa cuando el paciente lo veo una vez, lo veo muchas veces, con el ver, ver, ver, ver...,repetir, repetir, repetir, educar, educar, educar, el paciente termina haciendo lo correcto...creo que el paciente va haciendo caso a medida que uno le va dando confianza al paciente también, y el paciente no confía mucho. Lo que me pasa con los pacientes y los internos, entonces se nota porque el interno a veces tiritita un poquito, pregunta, o no es tan

seguro para dar las respuestas y ahí se nota que el paciente no les hace caso, porque hay algunas cosas donde el paciente tiene que hacerte caso, o sea le vamos tomar una saturación de oxígeno, no mueva la mano y el paciente está así (tiritando), entonces en algunos casos ehh... es notorio el tema de que no te hacen caso y eso va en la confianza que vayan teniendo el paciente.

E: Con el vínculo que establezca

E2: Exactamente

E: En cuanto a la infraestructura, la parte más física. ¿Ves alguna diferencia entre los modelos?

E2: Claro a ver lo que pasa es que el CCR que es comunitario tiene los espacios destinados para que sea amplio, tenga lugares para hacer talleres, lugares para evaluar a un paciente con mucha más comodidad, y cuando estamos en un lugar netamente asistencial, mas biomédico, eh... efectivamente, es un box una camilla , si es que lava manos, que tiene que haber, o sea en cuanto a estructura es menor, como ahora te digo en los CESFAM, hay muchos CESFAM que están acreditados como CESFAM, y no tienen los espacios que debiera tener como CESFAM.

E: Ahora, te cambio un poco el tema. En cuanto a la formación de pre-grado o post-grado, ¿crees que existe algo del modelo comunitario en la formación que recibiste?

E2: Mi formación mmm, yo creo que en el momento de la malla en la cual yo estuve a nivel de pregrado, era principalmente más biomédico, más de atender a un paciente ,saber su patología su enfermedad , plantear su objetivo y tratarlo, ahora como kinesiólogos de por sí, tenemos una cosa quizás media holística, que donde también

tenemos el tema psicológico, donde yo creo que quizás no nos preparan tanto, porque , si bien uno lo preparan porque va a estar con mucho tiempo viendo a un paciente, lo puedes ver una sesión una hora como los puedes ver mínimo 5 o diez veces más, entonces de por sí vas a ver muchos paciente, entonces en ese sentido no sé si nos prepararon tanto, en algunos ramos de psicología, pero era no tan atingentes al tema, teníamos ramos de comunicación, como para mejorar la forma de comunicarnos con la gente y después teníamos mucha practica con pacientes, y también teníamos ramos de actividades en los cuales, por ejemplo íbamos con un club de adultos mayor emm... a Pirque a hacer una convivencia y cada uno tenía a un adulto mayor entonces, sí habían ciertas cosas.

Pero si tú me preguntas esos eran 25 o 30 % y el 70% era más, porque teníamos biología, física matemática, fisiología, teníamos evaluación, teníamos respiratorio, cardiología, patología, teníamos, no sé cuántos ramos eran, más de 50 y de esos 50 los que estaban relacionados como al ámbito comunidad eran menor, la parte de pre grado... a nivel de diplomado estoy haciendo uno de intervenciones respiratorias, en el cual tienes u componente comunitario obviamente por el tema de los paciente que ya están en etapa más avanzada de enfermedad respiratoria... tampoco, diría yo que lo toca mucho, en el diplomado no, en el diplomado de adulto mayor ese sí, de hecho una de las tareas del diplomado, es hacer un grupo de adultos mayores en el cual uno tiene que hacer distinto tipo de actividades, de terapias complementarias, ehh... hasta talleres de ejercicios propiamente tal, específico para los paciente, ese estaba enfocado con el tema comunitario propiamente tal.

Entrevistado 3:

E: Te podrías presentar brevemente, tu edad, nombre, profesión.

E3: Tengo 29 años aún, mi nombre es S. G., y soy kinesiólogo

E: Me podrías hablar un poco de tus experiencias laborales anteriores.

E3: Trabajé antes en la UCI del Hospital Luis Tisné y eso lo hice en paralelo a mi entrada a trabajar en rehabilitación en el consultorio Cruz Melo, que es acá, donde todavía trabajo. He hecho turnos en el área respiratoria en un SAPU y además hago docencia clínica y en aula en el instituto IP y recibo además alumnos de kinesiología de la Universidad de Chile.

E: ¿Cuántos años llevas de experiencia laboral?

E3: 4 años

E: ¿Y qué motiva tu experiencia actual?

E3: Sinceramente, dadas las condiciones laborales del kinesiólogo fue el primer trabajo que encontré, sin embargo es la base de la kinesiología, del área rehabilitación principalmente músculo esquelética y que ha ido variando hacia neurología, que es lo que me interesa

E: ¿Y dónde te ves trabajando en 5 años más?

E3: Mi proyección es seguir trabajando acá, haciendo docencia pero cada vez más en aula y si eso no resulta postular a trabajos en el ministerio de salud, en el SENADIS.

E: Si tuvieras que comparar el modelo comunitario con el modelo biomédico en salud, ¿cómo describirías cada uno de ellos?

E3: Voy a partir por el comunitario porque es lo que hago. El sistema comunitario trata al paciente dentro de su entorno y mide la discapacidad de ese paciente a medida que se va desarrollando en su medio a diferencia del biomédico que ve la patología como tal.

Dentro de este ámbito, un paciente que puede estar discapacitado por una paraplejia pero que ganó una competencia de kayak no tiene una discapacidad. Es entonces que este modelo comunitario toma a este paciente y a su entorno, esa familia, a sus redes sociales y al ambiente, orientado en el tema de la CIF y los involucra en relación a la patología para ver cuál es el estado funcional que tiene esa persona. En cambio el sistema biomédico, desde mi punto de vista, trata solamente la patología y en algunos casos sólo los síntomas de la patología y se define en eso, en tratar una enfermedad sin importar dónde un paciente se desenvuelve. Eso en un resumen bien cortito

E: ¿Y cuáles crees tú que son las bases, los fundamentos, que sostienen a cada uno de ellos?

E3: El biomédico viene de una corriente histórica y no hay mucho más que decir de eso, de los médicos y de los que trabajan en salud bajo ese modelo, son los que manejan el conocimiento acerca de las patologías puntuales y tratan de sanar al paciente en cuanto a esa patología puntual o a las patologías asociadas. En cambio el sistema comunitario se encarga no sólo de la patología en sí, sino que se encarga de integrar al paciente con discapacidad, o a la pérdida de capacidades que éste tiene, dentro de un contexto ambiental y sociocultural.

E: ¿Y en cuanto a dónde parte?

E3: Creo que nace de la necesidad de los pacientes que después de ser tratados y rehabilitados en la mayoría de los casos de los pacientes que atendemos, no tenían un contexto para adecuar esta rehabilitación ni un entorno adecuado a sus capacidades. Este modelo nace para velar por una rehabilitación que tome todos los ámbitos en los que un paciente se puede desenvolver, y ese es el punto de partida para este modelo: el paciente dentro de la comunidad, no el paciente dentro de su enfermedad.

E: ¿Cómo sientes que se organiza el trabajo dentro del modelo biomédico?, el trabajo en equipo por ejemplo.

E3: Bajo una estructura rígida. Por lo general en el modelo biomédico no hay transversalidad, sino que es el médico derivando hacia el nutricionista, kinesiólogo,

psicólogo, para que éstos hagan su trabajo aislado y tengan comunicaciones esporádicas. A diferencia del comunitario en donde están los profesionales trabajando uno al lado del otro, en donde se comparten resultados, el objetivo es común y es bastante más horizontal.

E: ¿Qué tipo de prácticas o intervención sientes tú que son las más características del modelo comunitario?

E3: Manejos grupales insertos dentro de la comunidad, dentro del CESFAM, independiente de que los CCR tengan o no la capacidad, los recursos humanos o monetarios, la idea es sacar estos recursos de rehabilitación a la comunidad y hacer estos trabajos grupales de integración social, de educación dentro de ésta.

E: ¿Qué opinas sobre la eficacia de cada modelo?

E3: Yo tengo la camiseta puesta por el comunitario, así que para mí la rehabilitación comunitaria es la que tiene mayor eficacia. El sistema biomédico como tal lo veo positivo en varias cosas agudas que tienen poca una duración, como un resfrío, aunque este también impacta en la comunidad ya que un niño se resfría y contagia a todo un curso, sin embargo puede ser tratado desde un punto de vista biomédico puro. El enfoque comunitario, sobre todo en las patologías más crónicas, tiene un abordaje más sistémico, más complementario y que a la larga entrega mayor satisfacción usuaria y al rehabilitador como tal.

E: ¿Qué papel sientes que juegan los conocimientos del usuario en los dos modelos?

E3: Tiene un aporte brutal en ambos modelos. Un paciente al que se le informa sobre su patología se empodera y busca las mejores opciones de tratamiento, sabe qué esperar y qué pedir y cómo aportar al tratamiento y si empodera a su familia aún más. O sea, mientras más educado sobre su estado de salud esté el paciente se puede prevenir de mejor forma o rehabilitar de mejor forma. Entonces el apoyo en ambos sistemas es brutal.

E: ¿Y cómo crees tú que se considera ese conocimiento en las intervenciones de cada modelo? ¿Se consideran?

E3: Difícil pregunta, me gustaría pensar que sí. De mi experiencia... sí, se tiene que considerar el conocimiento previo, claramente. Hay que hacer una base para este conocimiento, hay que tantear el manejo del paciente en relación a eso y si no la tiene hay que darle las herramientas para que las tenga.

E: ¿Y sucede actualmente en lo que ya existe? ¿En los modelos?

E3: En el biomédico poco, en el sistema comunitario sí como parte del engranaje de la rehabilitación comunitaria.

E: ¿Cuáles crees tú que son las expectativas de los usuarios en cada modelo?

E3: La expectativa de los pacientes, me da la impresión, es sanar. Estar sano, mejorar su condición de salud. Ahora, qué espera un paciente en relación a la diferencia de los modelos... en mi experiencia he visto que muchos de los pacientes confían más en las salas de rehabilitación porque los profesionales son más cercanos, los entienden, los escuchan que en el mismo sistema biomédico. Muchas veces prefieren ver al terapeuta ocupacional, al kinesiólogo o al fonoaudiólogo antes de ir al médico.

E: ¿Y en el sistema biomédico?

E3: Yo también creo que son expectativas altas pero en cuanto a la sanación y solución del problema puntual.

E: ¿Qué tan importante es para ambos modelos el nivel de control que tenga el usuario con respecto a su propia salud?

E3: Es súper importante tanto desde un punto de vista preventivo como curativo. Como te decía hace un rato atrás, mientras más informado esté un paciente sobre la consecuencia de sus hábitos o de sus actos, uno puede prevenir de mejor forma más que nada en APS. También uno logra empoderar al paciente sobre su situación de salud actual y rehabilitarlo.

E: ¿Ves alguna diferencia en el ambiente físico en que se desarrolla cada modelo?

E3: Sí, se espera que la atención comunitaria, como la palabra lo dice sea más cercana a la comunidad, mientras lo biomédico generalmente está establecido en el hospital o en el consultorio sin mucha movilidad.

E: ¿Tú crees que es posible que estos dos enfoques puedan integrarse?

E3: Sí, creo que sí, la puerta de entrada al sistema comunitario es el sistema biomédico se hace un diagnóstico biomédico y se deriva al sistema comunitario. Y también en el sistema comunitario uno puede pesquisar más cosas que son del sistema biomédico: patologías agudas, estados anímicos puntuales. Son totalmente integrables

E: ¿Y sientes que es necesario que se integren?

E3: Bueno, el sistema biomédico es un sistema que está anquilosado e institucionalizado en la salud chilena y pensar que ese tipo de atención se va a eliminar... es mejor ir adaptándose que modificar todo un sistema que ya está estructurado y que hasta el momento ha sido eficaz dentro de ciertos marcos... a un sistema nuevo que intenta mejorar lo que ya está.

E: Si tuvieras que hacer una propuesta, ¿cómo propondrías que se integraran?

E3: Es que esa integración se está dando con el tiempo, con la aparición de los CCR, el sistema biomédico es la puerta de entrada donde se pesquisa al paciente y sus posibles alteraciones de salud. Se busca la compensación del paciente y este entra ya compensado a estos servicios comunitarios de salud. Podría ser mucho antes, podría ser la pesquisa y la intervención comunitaria por el lado de la biomédica para compensarlo pero ya tener una idea clara de dónde se desenvuelve y cómo es el medio donde está inserto, creo que sería más óptimo.

E: En cuanto al rol del profesional, ¿qué características debería tener una persona que trabaje en el sistema biomédico?

E3: Es una pregunta bastante compleja porque dentro del sistema hay profesionales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que tienen una visión de la medicina y de todos los

campos del área de la salud en donde primero está la opinión del clínico, segundo está la opinión del clínico, tercero está la opinión del clínico y el paciente está por allá abajo... y hay otros profesionales que son más empáticos.

E: ¿Y cómo deberían ser?

E3: Deberían ser profesionales empáticos, preocupados por los pacientes, con un nivel de tecnicidad compatible con el cargo, que le permitan desenvolverse en cualquier ambiente en donde le toque trabajar.

E: ¿Ese sería el profesional comunitario?

E3: Los dos. No deberían haber diferencias entre un profesional biomédico y uno comunitario, sobretodo en cuanto a la empatía.

E: ¿Qué rol juega la autoridad del profesional en ambos modelos?

E3: En el biomédico está el médico por sobre Dios, es todopoderoso, capaz de decidir el destino del paciente, pero yo soy más del modelo de Patch Adams, que el que trabaja en salud es un amigo informado, en donde la única diferencia que hay con el paciente es que él sabe de las patologías y el paciente no, por lo que su labor es informar al paciente para que también sepa y trabajar en base a eso. La autoridad del profesional en el sistema comunitario es una autoridad pasiva, no es una autoridad que impone sus normas y sus reglas sino que es una autoridad que es capaz de moldearse a la situación, porque al fin y al cabo estamos acá para ayudar al paciente, no para imponer como en un sistema paternalista, sino que en un sistema más horizontal informativo.

E: ¿Y qué papel juega el conocimiento?

E3: En estricto rigor no debería haber diferencia en los conocimientos, menos en los conocimientos técnicos de los profesionales de uno u otro modelo, ambos deberían manejar la misma información y tener la misma capacidad de resolución, lo que sí me da la impresión es que en el modelo biomédico se desconoce en su totalidad el sistema comunitario y no se le entiende. Prueba de eso es el famoso REM-28, que te pide un rol comunitario desde un punto de vista ministerial y que tiene que ver con algoritmos,

básicamente números e ingeniería, pero en un trabajo que no necesariamente responde a estos paradigmas.

E: ¿Qué es eso?

E3: Es el concentrado estadístico mensual de rehabilitación, donde hay cierto porcentaje de pacientes cumplidos pero esos pacientes dependen de la población, de la realidad en que está inserto el CCR y muchas veces es un freno para el desarrollo de éstos.

E: ¿Cómo sería una relación más simétrica de poder con los usuarios?

3: Lo más simétrico que se me ocurre en estos momentos es preguntarle al paciente qué espera de la rehabilitación y qué esperan de su rehabilitación, no puedo yo pensar que un paciente que tiene un ACV va a querer caminar siempre, a lo mejor no quiere tener las condiciones motoras, a lo mejor quiere tener ciertas condiciones motoras, a lo mejor quiere volver a tejer y yo quiero que camine. Entonces desde el planteamiento de los objetivos en adelante es una relación más simétrica.

E: En la comunidad, ¿qué relevancia tiene conocer el contexto de vida cotidiana de los usuarios?

E3: Es súper importante, los objetivos en rehabilitación, quizás no tanto los kinésicos pero sí los de TO aunque estamos imbuidos en el mismo contexto de rehabilitación, dan las posibilidades, dan el fin de la rehabilitación, te guían, te muestran el camino de qué tienes que hacer, qué tienes que adecuar y qué tienes que seguir, con quién puedes contar, cuáles son las redes en las que puedes apoyarte para hacer un trabajo más efectivo y que se mantenga en el tiempo

E: ¿Y sientes que hay una diferencia en este conocer la vida cotidiana de las personas en ambos modelos?

E3: Sí, en el sistema biomédico por lo general no importa si el paciente está viviendo al lado de una mina de carbón, al lado de una empresa de harina o en el campo, en cambio

eso en el sistema comunitario sí importa, por ejemplo un paciente con EPOC al lado de una mina de carbón, ni una posibilidad de rehabilitarlo. En el caso de la rehabilitación comunitaria, se enfoca desde un punto de vista totalmente distinto en cuanto al ambiente, son visiones distintas, realidades distintas y objetivos distintos.

E: ¿Qué rol crees que juegan lo técnicos y los líderes comunitarios?

E3: Yo he visto voluntarios haciendo pautas de rehabilitación a un grupo con patologías comunes, desde ese punto en adelante uno podría esperar que estos líderes comunitarios fueran la extensión de los CCR que no van a dar a vasto para atender a toda la población y es en ellos en donde se debería potenciar la rehabilitación comunitaria porque son el espejo de lo que se hace en el CCR y es a ellos a los que hay que educar para mantener una gran población, que es el objetivo de los centros, bajo control y con buenos hábitos y con una rehabilitación constante, y que no se convierta en este reingreso continuo de pacientes a los CCR, que no tiene ningún sentido y va a terminar atochando los sistemas de salud.

E: ¿Y sientes que en modelo biomédico se consideran estos líderes?

E3: No, muy poco. Se considera para el diagnóstico comunitario, que es una meta y nada más, dentro de mi punto de vista.

E: ¿Qué relevancia tiene en ambos modelos el saber popular sobre la salud y enfermedad?

E3: En el sistema biomédico todavía hay un resto enorme por el profesional y no importa si se equivoca, le creen, y es el doctor y él sigue siendo el doctor y sigue estando a la cabeza de cualquier tipo de información, incluso hasta dentro del mundo de la política está el doctor que va a dar su opinión y el paciente lo va a considerar. En el sistema comunitario extrañamente es similar pero dentro de lo que uno trata de hacer... cómo explicarlo...

E: ¿Horizontalizar un poco más el asunto?

E3: Claro, horizontalizar y que la opinión del paciente cuente, que de hecho por eso se cambia la palabra de paciente a usuario, el paciente no debería tener paciencia, deberían ser usuarios que usan el sistema.

E: ¿Y en cuanto al saber popular?

E3: En algunos casos sí, por ejemplo el caso que hablábamos hace dos días, de este hospital de Temuco en donde se instala un CCR dentro de un hospital mapuche, me parece que en esos casos es un gold estándar que sí. Acá lo que yo te puedo contar es la realidad de los pacientes peruanos, se tiene que tomar en cuenta, son modos de ver el mundo distinto y si no te adaptas a estas realidades vas a perder y tu tratamiento se volverá paternalista y vas a caer en el sistema biomédico.

E: ¿Cuáles son los recursos más apropiados para conocer los problemas de salud en una comunidad? ¿Cómo acercarse?

E3: Un enfoque más preventivo, inserto en la comunidad, ese es el enfoque que creo yo sería mejor, la herramienta más eficaz para empezar a abrir estos modelos comunitarios e insertarlos y empezar a aprender acerca de la comunidad local.

E: ¿Cómo definirías comunidad?

E3: No voy a buscar el vocablo técnico... la comunidad es todo, toda idiosincrasia, todo modo de pensar y toda relación que pueda establecer un grupo de personas con características afinas en un medio ambiente común.

Entrevistado 4:

E: Podrías presentarte brevemente, tu nombre, edad, profesión.

E4: Yo me llamo S.A., soy kinesiólogo, tengo 29 años.

E: ¿Cuántos años tienes de experiencia y a que te dedicas actualmente?

E4: Egresé el 2009 de la Universidad y desde ahí trabajo en APS. También hago visitas a domicilio, trabajé unos meses en CETRAM (ONG de salud) y ahora hago además algunas clases en una universidad.

E: Sobre lo que estás haciendo, ¿qué desafíos sientes tú que vienen en tu trabajo actual?

E4: En el CCR llegué a un cargo que no existía, que no tiene parámetros ni nada, entonces yo he tenido que inventar el cargo, he tenido que inventar esta “sala de rehabilitación”, para establecer qué cosas se ven, qué cosas no se ven, cuáles derivo, y el trabajo con los médicos y con la gente del CCR. Entonces he tenido que armar todo eso. Y como decía, antes no había nada, así que con algunas cosas que tenía yo y otras que ha traído la gente he tratado de armar este cuento. Así esto se convirtió en un CCR.

E: Si tuvieras que hacer una visión de futuro, de aquí a 5 años, ¿cómo te proyectas?

E4: Me gustaría estar trabajando en algún lugar donde vean el área que a mí me gusta, que es neuro, la cual no la he podido ver realmente como a mí me gustaría. O sea, veo un poco acá en el CCR y vi un poco en CETRAM, pero no me puedo dedicar a eso al 100%. En los domicilios lo hago, pero no es lo mismo.

E: ¿Qué motiva tu experiencia actual?

E4: Es lo que me ha gustado hacer desde la universidad, me siento cómodo en este tipo de trabajo.

E: Si tuvieras que comparar el modelo biomédico con el modelo comunitario, ¿cómo describirías cada uno?

E4: Mi visión del modelo biomédico es que es muy cuadrado, que tiene ciertos márgenes y que de ahí no sale, además de eso es un poco distante, un poco frío y como que no le gusta mucho a la gente. La gente que ha tenido la oportunidad de ver estos dos modelos no le gusta mucho el biomédico. Y el comunitario es algo mucho más cercano donde uno puede trabajar cosas que no se trabajarían en el otro modelo, como por ejemplo, tú ves a una persona que tiene un problema que no es de tu área, tú igual tratas de encontrarle la solución. El comunitario tiene esto de salir a la comunidad, de trabajar en grupo, de hacer cosas distintas. Lo encuentro mucho más entretenido y mucho más interesante que el biomédico, que lo encuentro más fome, que es más estructurado, poco cercano.

E: Entonces la diferencia estaría en...

E4: Está en cómo te acercas a la gente y cómo la gente te percibe también y en cómo te puedes desarrollar, tienes muchas más posibilidades de aprender cosas. Tienes la libertad de hacer muchas cosas, en el biomédico estás como encasillado.

E: ¿Cuáles crees que son los fundamentos de cada modelo?

E4: Yo creo que se fueron creando según cómo iba evolucionando todo este cuento. A lo mejor el biomédico fue necesario en algún momento, como para establecer el cuento de tratante y paciente, qué hace cada uno, ordenar un poco el cuento. Pero con el tiempo se fueron dando cuenta que la gente necesitaba y quería otras cosas. La gente reclama mucho en cómo es la forma de atención, las cosas que le dicen etc. Entonces a raíz de eso creo que ha ido naciendo este modelo comunitario, mucho más cercano, mucho más explicativo, mucho más dinámico y más llamativo. Yo creo que nace de las necesidades de las personas, de los reclamos de las personas...

E: Ante un sistema de salud en el fondo.

E4: Sí.

E: ¿Cuál crees tú son los fundamentos que sostienen cada modelo?

E4: Bueno uno se sostiene en la historia y en las formas de ver la salud, me refiero al Biomédico, y el comunitario en las personas que han hecho que surja la necesidad de una mejor atención.

E: ¿Cómo sientes tú que se visualiza el profesional en ambos modelos?

E4: El biomédico es un profesional que es como el “diostor”, que está bien arreglado, distante, que te dice un par de cosas y nada más. Y el comunitario es como el que te toca, el que te dice cosas, si tú te pones a llorar te acompaña y te consuela. Esa es la diferencia.

E: ¿Y cómo crees que se visualiza el usuario en ambos modelos?

E4: Hay distintos tipos de usuarios. Hay usuarios que les gusta el tema de lo biomédico porque lo encuentran más serio y estructurado. Pero hay otro tipo de pacientes a los que no les gusta porque lo encuentran frío, que el médico no les dice nada, que no se sienten acogidos. Entonces cuando se topan con profesionales que tienen un enfoque más comunitario tienden a quedarse ahí. Les gusta, se sienten mejor, se sienten acogidos, le explican, le dicen y es distinto.

E: En cuanto al tipo de prácticas en la intervención, ¿cómo se mueve el profesional y cómo se mueve el receptor? ¿Hay alguna diferencia entre los modelos?

E4: Bueno, en el biomédico es más distante y creo que hay poca relación. Es más como de “me duele la cabeza” “tómese una aspirina” y sería. Mientras que en el comunitario como que tratas de solucionarle la vida. Entonces en ese sentido hay mayor interacción, hay más lazos, hay más confianza y de pronto solucionando otras cosas puedes solucionar el problema principal que tiene la persona.

E: ¿Ves alguna diferencia entre los ambientes físicos en que ambos modelos se desarrollan?

E4: Yo creo que depende. Hay gente que se mueve más con este cuento del modelo comunitario pero que les toca trabajar en lugares que son biomédicos y ahí los adaptan.

Pero hay otras personas que trabajan en este modelo y que están en lugares que son comunitarios y que son otra onda, son lugares abiertos donde la gente se atiende como en grupo, tienen otra forma, otra distribución, otra forma de hacer las atenciones. Pero yo creo que hay gente que lleva este modelo que es comunitario a espacios que son biomédicos.

E: ¿Y cómo lograrían hacer eso?

E4: Yo creo que eso depende netamente de la persona, porque tu puedes estar en un lugar biomédico pero tu forma de tratar a la persona puede ser distinta, puede ser mucho más cercana... no sé, lo veo en mi trabajo. Yo perfectamente podría encerrarme en mi box y no ver a nadie ni enterarme de nada. Pero yo aprovecho de hablar directamente con los médicos o con la asistente social o con la gente del consultorio, con los directores y ahí trato de articular el cuento.

E: En cuanto al propósito, ¿cuál de los dos modelos crees que es más eficaz?

E4: Yo creo que el biomédico es más ordenado, más estructurado, a lo mejor no es más eficaz, pero tiene cierta estructura. El comunitario, mi impresión, es más al lote pero es eficaz, funciona, a la gente le gusta y ven resultados. Yo creo que se ve más desordenado porque uno dispara para todos lados.

E: Es más amplio lo que uno va a abordar

E4: Claro. Por eso puede ser más eficaz que el biomédico. Pero este último tampoco es malo, lo que pasa es que es más frío, es más distante.

E: En cuanto al rol de los usuarios, ¿qué papel juegan los conocimientos que tengan en un modelo y en el otro?

E4: En ambos son importantes porque en donde yo he visto, en los lugares donde se inserta este modelo comunitario el conocimiento de salud de las personas son pobres. Entonces un modelo comunitario en lugares así es muy bueno, porque ayuda a las personas a entender mucho más lo que les está pasando.

E: ¿Y crees que el conocimiento de las personas sobre sus problemas de salud son tomados en cuenta de igual forma en ambos modelos?

E4: Yo creo que se valoran más en el modelo comunitario por la forma de trabajo que tiene el trabajo comunitario. El biomédico es más de “tienes una gastritis, tómate este remedio” y nunca te dijeron por qué ni nada de eso. Como que asume que tú sabes ciertas cosas y si no las sabes tómate el remedio y se te quita.

E: ¿Cuáles crees que son las expectativas de los usuarios en cada modelo?

E4: Yo creo que en el biomédico la expectativa es que te sanen. Y en el comunitario... como que el comunitario te abre muchas puertas por lo que ya no es sólo que te sanen, sino que te ayuden en las cosas que te están pasando.

E: ¿Tú crees que es necesario que estos dos modelos se integren en la actualidad?

E4: Yo creo que debería haber una transición desde el biomédico al comunitario, que no es automático, la gente y los profesionales tienen que conocerlo más, pero creo que debería haber una transición.

E: ¿Y qué crees tú que se necesita para esa transición?

E4: Voluntad. Porque los profesionales muchas veces se quedan pegados en la forma de trabajo que tienen y de ahí no salen. Entonces les cuesta pasar a algo tan distinto como es el enfoque comunitario, les cuesta. Y hay personas que se dedican a esto... investigación basada en la evidencia, que son súper biomédico, ultra cuadrados y que de ahí no los sacas.

E: Todo tiene que tener evidencia

E4: Claro. Yo creo que es una cosa de voluntad, de ver cuáles son los beneficios y de a poco ir cambiando.

E: ¿Qué medidas tomarías tú ahora para que se articulen?

E4: ¿En APS?

E: Claro, en APS en donde se está instalando este modelo más comunitario:

E4: Lo que yo he visto, y creo que se podría potenciar, es que en la APS se hacen capacitaciones y dentro de ellas están las relacionadas con el modelo de salud familiar, que es el que se usa en los CESFAM. Ahí se podría potenciar el modelo comunitario. Yo creo que se explota poco, la gente aún está muy pegada con lo biomédico. Estos CESFAM tienen poco de salud familiar... son mejores que lo que había antes, pero están como en eso, en la transición, en ir cambiando, que va a tomar su tiempo, va a costar un poco pero que con el tiempo va a pasar. Yo creo que esta idea de ir capacitando a la gente de APS es súper buena y ahí puedes ir integrando el modelo comunitario.

E: ¿Qué características tienen los profesionales que pertenecen a determinado modelo?

E4: Creo que los del biomédico pueden ser personas más serias... es que no sé, yo creo que es relativo, porque hay gente que cuando está atendiendo es de una forma y fuera es de otra. Pero lo que yo he visto es que la gente de lo biomédico son más serios, más distantes, más fríos. En cambio los del comunitario son más entradores, como que les gusta conversar, siempre les pregunta muchas cosas a la gente y se meten por el lado... cosas que los del biomédico no las hacen

E: ¿Y es necesario que la persona tenga alguna de esas características para trabajar en cada uno de los modelos?

E4: Yo creo que depende, con el tiempo uno se va adaptando. Por ejemplo, yo tengo una personalidad que es un poco más piola, más callado, pero al momento de atender a la gente trato de ser distinto y trato de escuchar, de conversar, de buscar. Yo creo que uno puede ir adaptándose y metiéndose en este modelo. Puede que haya gente que es demasiado estructurada o seria que no les va a gustar

E: Es decir, ¿hay una estructura de personalidad un poco más fuerte?

E4: Sí

E: ¿Qué conocimiento sientes tú que deberían tener los profesionales pertenecientes a cada modelo?

E4: Yo creo que en las universidades lo que te enseñan es el modelo biomédico, la gente tiene incorporado eso. El comunitario es el que no está, el que va naciendo según las cosas que van viendo en los lugares que les toca trabajar o hacer práctica. Creo que lo que hace falta es mostrarlo más y vivirlo, tratar que las prácticas sean en lugares más comunitarios para que puedan experimentar lo que es eso.

E: ¿Estás hablando de un cambio desde pregrado?

E4: Claro. Que parta ahí. Porque hay gente que se va a trabajar a estos lugares comunitarios pero ellos del modelo no tienen nada porque la universidad les enseñó de una forma, la cual la siguen haciendo en estos lugares y no logran adaptarse

E: ¿Tú ves una relación simétrica o asimétrica con respecto al usuario en ambos modelos?

E4: No, asimétrica.

E: ¿En los dos modelos?

E4: Sí. El biomédico es muy cuadrado y el otro va para cualquier lado, agarra todo, habla con la gente, con todos.

E: ¿Pero en cuanto a la situación de poder que tiene el profesional versus el usuario?

E4: En el biomédico se nota. En el comunitario la idea es que estén los dos iguales.

E: ¿Y tú crees que es así ahora en nuestra realidad?

E4: En algunos lugares sí, no en todos. Porque va también en la formación de las personas. Hay gente que todavía sigue pegada con el modelo biomédico y que lo tratan de meter en esta cuestión comunitaria entonces todavía están medios desnivelados.

E: ¿Qué rol crees tú que pueden jugar los líderes comunitarios?

E4: Los líderes comunitarios son fundamentales. En la APS son súper importantes porque son como la voz de la gente. Si ellos logran meterse en alguno de estos modelos es como abrirle las puertas a la gente. Entonces si es una cosa muy biomédica es muy difícil, les cuesta mucho, con muchas faltas, muchas reglas, no tienen mucha apertura. En un modelo comunitario es mucho más fácil. Ahora también depende de las características del líder.

E: ¿Por qué?

E4: Porque hay líderes que son autoritarios, que porque son líderes tienen que hacerles las cosas, son como impositivos.

E: ¿Cuáles serían los instrumentos, recursos o técnicas que tú encuentras más apropiados para conocer la condición de salud?

E4: En el biomédico creo que no les interesa mucho. Hay encuestas que hacen de repente, pero en el comunitario yo creo que es más el boca a boca. Por ejemplo, yo trabajo en La Victoria, yo que no conocía nada de La Victoria aparte de que era una población peluda, pero tiene un montón de historias y cosas que han pasado y yo me he enterado de todo por el boca a boca. Por eso mismo tú puedes saber cómo viven ellos, cuál es su realidad. Entonces eso tú podrías hasta compararlos con las estadísticas que se hacen sí o sí en estos lugares, entonces tú podrías ver lo que dice la estadística y lo que dice la gente, cruzar los datos y sacar tus conclusiones. Yo creo que esa es una buena forma de saber cómo viven, cómo es su realidad.

E: ¿Cómo definirías comunidad, con tus palabras?

E4: Un grupo de personas que conviven en un sector. Ahí están las familias, los líderes, autoridades que conviven el día a día en un sector y todas las interacciones que ocurren entre medio.

E: ¿El usuario se comporta distinto en ambos modelos?

E4: El usuario del biomédico es un usuario que si le dicen que se tome la aspirina, él se va con la aspirina y se la toma. El otro es, por decirlo de alguna forma, el que te va a buscar todo el rato, que tengo un problema, que tengo que hacer un trámite, etc etc. Es una actitud diferente.

E: ¿Y cómo definirías esa actitud distinta?

E4: Es que te tienen mucha más confianza y te sienten más cercano, entonces te tienen casi como si fueras un familiar de ellos. Que tú los estás ayudando y que ellos confían en ti. Por ejemplo había una señora que me decía que yo era como su hijo. En el otro modelo es mucho más frío, me tomo la pastilla hasta el próximo control que puede ser hasta en seis meses más.

E: ¿Encuentras alguna diferencias en el espacio físico en el que se desarrolla cada modelo?

E4: Es que si lo vemos desde el punto de vista de kine, hay espacios que son muy biomédicos que son gigantes, increíbles, y hay otros espacios que son más reducidos. En el comunitario se supone que uno debería tener espacios amplios para poder reunir gente. Pero actualmente el comunitario es en donde caíste. Te tocó en esa sala y en esa sala tienes que hacerlo todo. Yo creo que no está tan estructurado como el biomédico. En este último si armas un cuento es altiro bueno, o más o menos, pero en el comunitario lo meten en cualquier parte.

E: ¿No hay una preocupación especial por el inmobiliario?

E4: No. De hecho cuando nosotros hicimos el CCR terminamos en la sala de un colegio, sino era en los consultorios en 2º pisos que no tenían sentido.

E: ¿Y las visitas domiciliarias?

E4: Cuesta hacerlas, por dos motivos. Uno, la demanda es muy alta, la lista de usuarios para atención es muy alta, entonces el tiempo no te da. Lo otro es que no cuentas con movilización para ir. Entonces qué hacíamos nosotros, tratábamos que fueran las terapeutas, porque nosotros tenemos mucha más demanda que las terapeutas. Nosotros

teníamos listas de espera de 100 personas y la terapeuta puede ver a alguien 3 veces y nosotros 10. Entonces iban ellas y nosotros nos quedábamos atendiendo. No es lo mejor, porque así tampoco se respeta el modelo pero era la forma de poder hacerlo. Ahora si no estaba la terapeuta nosotros igual íbamos y hacíamos las cosas. Ahora que yo veo a los postrados, no son visitas domiciliarias propiamente tal pero trato de hacer algo así. Meter el modelo igual, después llego al consultorio y le digo al doctor que vaya a ver a tal persona o voy con la asistente social.

E: ¿Desde dónde miran salud vs enfermedad ambos modelos?

E4: El biomédico se centra más en la enfermedad, te duele el pie y es el pie. El comunitario no ve al pie, ve a la persona, que le pasó tal cosa, que se desenvuelve en cierto lugar, que vive con ciertas personas, que cuenta con tales redes de apoyo. Puedes adaptar tu terapia como al espacio en el que vive la persona

Entrevista Grupal 1:

Descripción: 6 personas, 5 usuarios una cuidadora (dos hombres-cuatro mujeres)

-N.D. y M.A.

-N.R.

-R.P.

-E.R.

-S.T.

E: ¿Entre ustedes se conocían de antes?

EG1:

-Había visto a algunos en sala de espera, pero no habíamos conversado

-Yo a ella la veo cuando estamos haciendo los ejercicios en el gimnasio

E: Les parece si nos presentamos brevemente para comenzar:

EG1:

-Yo me llamo, N. y vengo acompañado a mi mamá porque ella tuvo un infarto cerebral y viene a rehabilitación...

-A mí también me dio un infarto, me están ayudando a caminar bien de nuevo

-Yo me llamo R. y llevo tres meses viniendo por mi brazo

-Hola, yo vivo aquí cerca y vengo hace como un año

-Yo llevo como 4 años, soy diabético e hipertenso así que vengo bien seguido

-Para mí la atención ha sido buena, mi marido se atendía acá, y hace dos años que falleció

E: ¿Qué les parece la atención de salud que han recibido en rehabilitación?

EG1:

-(Silencio inicial), depende del lugar y las personas.

-Acá la atención es súper buena

E: ¿Cómo es la relación con los profesionales que los atienden?

EG1:

-Buena, no con todos (risas)

E: ¿Cómo es eso?

EG1:

-hay que ser bien objetivos, bueno hay médicos que atienden súper bien, otros que te atienden... más o menos...

E: ¿Cómo ustedes definirían una mala atención?

EG1:

-Yo tuve una muy mala experiencia cuando llegue aquí con mi mamá, en la posta, en el servicio de urgencia, por el hecho de que ella tenía otra dirección en el carnet, diciéndole que vivía conmigo, tenía que tenerla conmigo porque tenía un accidente vascular, no podía dejarla en su casa sola, y ósea es usar criterio solamente, y el medico no uso criterio y la mando para la casa, y la volví a ingresar y recién ahí la trasladaron, al padre hurtado y de ahí la devolvieron, yo tenía que hacer valer ...yo no tenía idea pero hay una ley de urgencia, al otro día quedo hospitalizada...fue como el turno...fue pésima

E: ¿Qué les parecería si la atención de salud se realizara más cerca de su casa o los fueran a ver a su casa?

EG1:

-También tengo mis aprensiones, porque...mi mami está en un programa de postrados, por ejemplo acá, me la vinieron a ver y después del primer control, ellos me dijeron que tenía control en 3 meses...pero yo tengo que llamar y avisarle al médico para que la vaya a ver...el control más cercano es de 3 meses y el otro a los 6 meses...y no ha sido muy bueno...

E: Y los demás ¿qué les parece una atención más cerca de la casa o en el domicilio?

EG1:

-Me parece si esta que nos e puede mover

-Esta bueno...

-Yo considero que no va a ser lo mismo, en la casa no es lo mismo no tienen las mismas condiciones, acá están las condiciones en la casa no,

-Si está en cama puede ser, si puede caminar no

-Por lo menos yo primera vez que estoy en esto, y uno pero primera vez tiene que conocer los sistemas

-Acá en kinesiología me han atendido bien, pero hace unos años yo tuve una experiencia anterior bastante mala, venía a ginecología y después no vine nunca más porque el medico era muy déspota, no daba la información, y nos trataba como estúpidas

-Hay de todo en la viña del señor

-Yo la primera vez que estoy en esto, me han atendido bien, hasta aquí me han ido bien

-Yo cuando me enferme, fue muy mala la atención de la posta del salvador, porque no me pescaron, pasaron muchas horas...Una vez adentro del hospital no tengo nada que decir, me atendieron bien, el punto era entrar...Usted tendría que haber llegado en ambulancia, hay lo atienden al tiro...

-A veces uno anda mal genio, imagínese una persona que atiende tanto público puede andar mal genio también, un día nosotros también amanecemos enojados molestos, somos todos seres humanos...

E: ¿Ustedes cómo ven al profesional de la salud que los atiende?

EG1:

-El doctor que me atiende a mí no tengo nada que decir...

-Hay médicos pesados

-Yo creo que los médicos de ahora no son como los de antes, los mayores...yo prefiero que me vea un doctor mayor que un joven...no se siempre me gusta así un doctor que sea mayor

-Sabe cómo lo percibo yo...que el médico de antes tenía más vocación que el de ahora

E: ¿Cómo definiría usted esa vocación?

EG1:

-Por la forma de atender al paciente, porque la ven más como ser humano,

E: ¿Cómo me explicaría usted que la ve más como ser humano?

EG1:

-Por la forma, solamente como el médico ...a uno le dice que pase... hay una diferencia en el trato...

-Yo les doy la mano cuando entro a la consulta, y se sorprenden, es que no están preparados...

-Lo miran como medio “pajarraco”, es poca la gente que lo hace

-Hay una diferencia entre el sistema público y el privado...si atienden más rápido, pero pueden atender mal

-Hay un trato distinto...

E: ¿Cómo describiría ese trato distinto?

EG1:

-Lo tratan como persona, en el hospital público es una especie de número, la miran como un objeto, un palo, no se dirigen a uno como persona, creen que uno es estúpido

-A mí me da esa sensación, uno va a un policlínico, y el doctor le dice que le duele, me duele la garganta, el oído, y el doctor le dice tome tal cosa, ni siquiera se digna a revisar, esa es la experiencia que yo tengo, el simple hecho de estar pagando hace la diferencia.

-La sensación de no sentirse considerada, y si le digo que me duelen los oídos como los corrobora si no los examina

-Usted está pagando el momento

E: Y en relación al papel que ustedes cumplen en la atención, ¿Sienten que ustedes participan en la terapia o en las decisiones médicas?, ¿Es importante que ustedes participen en su terapia?

EG1:

-Es relativo

-Hay que ayudar porque si uno no ayuda, el medico no puede hacer todo sólo, esa es mi opinión personal, si no coopero con lo que ella me dice que tengo que hacer, ella pone el 50% de su conocimiento y yo el otro 50% de mi capacidad, esa es la forma de mejorarse, y todos los que estamos aquí yo creo que hacemos lo mismo, esa es la forma de mejorarse, no hay que decir doctora no voy a venir, porque eso es mal pa´ mi..

-50% lo pone uno y 50% el profesional

E: ¿Y sobre las decisiones del tratamiento, que opinan de su participación?

EG1:

-Yo creo que el medico es el que sabe, él es el que estudio, yo le puedo dar mis síntomas pero él debe diagnosticar que tengo...

E: ¿Y la participación de la familia de atención de salud?, ¿creen ustedes que es importante incluir a la familia cuando se hace una intervención en salud?

EG1:

-Yo creo que si...porque...

-Si el problema es que uno no tiene la persona que esté dispuesta a venir con uno y perder el tiempo...

E: ¿Usted siente que es perder el tiempo acompañarlo?

EG1:

-No, si viene con una persona no es perder el tiempo, porque si viene con alguien le puede ayudar a hacer las cosas en la casa a la enferma, eso es bueno, pero de repente la familia está trabajando, no se puede...

-Pero a veces la familia está trabajando y no puede, y otro que no tienen mucha paciencia

-Yo creo que en algunos casos es necesario,

-A mí me acompaña mi hija pero está afuera

-Teniendo quien la acompañe es mejor

-En mi caso mi mama no podría venir sola,

-Por lo menos uno puede caminar, no requiere asistencia

-Yo no yo toy solo, pero mi hija trabaja,

-Yo digo que como uno se comporte también, de repente hay enfermos que son bien mal genio, y no todo el mundo tiene paciencia, uno tiene que poner de su parte para que la puedan atender bien,

-Si uno es altanera no la atienden, si uno no pone de su parte como lo van a atender..

-Si es una viejuja rabieta...

E: ¿Ustedes han escuchado hablar del modelo comunitario de rehabilitación?

EG1:

-No...

-¿es eso que está en el panel de afuera?

E: ¿Qué opinan de la atención a domicilio?

-Ese modelo existía años antes,

-Pero si puede andar no.....sino puede caminar

-Ahí sí...usted el día que no pueda moverse, va a pedir que lo vayan a ver a la casa,..

-Para una persona postrada correcto...

-Nosotros tenemos que venir, y así se ocupa ese tiempo en una persona que está más grave que yo, que lo necesite más, así no se ocupa el tiempo de una persona que esté más grave

E: ¿Y la relación con su comunidad?

EG1:

-Somos unidos con los vecinos

-Un centro de madre, nos juntamos los vecinos y hacemos algo para navidad..

-¿Y ustedes participan en la comunidad activamente?

-Si yo sí...

E: ¿Qué opina usted de ser la terapeuta en la casa?

EG1:

-Si pero siempre bajo la supervisión del profesional, pero nunca se trabajar con la misma objetividad que se trabajó con el profesional, si no me lo quiere hacer no me lo va a hacer, es diferente, pero es mejor en ese tipo de cosa que sea una persona totalmente neutra, porque aunque estemos enfermos somos manipuladores,..

-Aquí estamos en comunidad...hay viejos y viejos...uno está a punto de tirar la esponja...

Entrevista grupal 2:

Descripción: 5 personas asisten (todas mujeres):

-A.S.

-B.N.

-C.D

-J.A

-S.T

E: Me dicen que ya llevan un tiempo atendiéndose en el CCR, ¿Entre ustedes se conocían de antes?

EG2:

-Yo con ella sí, pero ella no...

-Nosotras tres venimos talleres con Sebastián (Kinesiólogo)...

-Yo vengo a terapia individual

-Yo también.

E: Les parece si nos presentamos brevemente para comenzar:

EG2:

-Yo me llamo, A.S y soy paciente de Sebastián hace más de un año, y vivo en la Victoria desde que nací...

-Mi nombre es B. N. y vivo en esta comuna hace unos 20 años, mis hijos han crecido acá, y me atiendo en kinesiología hace 6 meses, por mi mano

- Yo me llamo C. y también nací en esta comuna, y vengo a ver al Seba hace 4 meses

-Yo soy J. y llegue hace unos 4 años a vivir acá, y vengo a Kinesiología hace un mes

-Mi nombre es S. y trabajo con el Seba hace rato apenas el llego a trabajar acá...y he vivido acá desde que lo recuerdo...

E: ¿Qué les parece la atención de salud que han recibido en el CCR?

EG2:

-Yo creo que la atención de las personas es buena,...atienden bien...atienden bien a las personas, si, los problemas son los recursos

-Yo lleve a mi mama a la urgencia y la tuvieron en una camilla todo el día porque no habían camas, es cosa de recursos

-Ahí yo encontré pésima la atención, estaba con problemas de saturación, y ahí quedo en la camilla hasta las 10 de la noche, ahí todo el día adolorida...

-Las personas que estaban ahí, me decían, vaya reclame, (porque estaba la tele afuera), ante la mala atención, las mismas personas del servicio me decían que reclamara...yo no lo hice porque no estaba para esas cosas...

-No es problema de personas, de personal, de espacio, los médicos hicieron lo que tenían que hacer...las salitas los espacios están llenos, entonces yo lo encontré malísimo...todo lo contrario con la católica, tu llegai y hay atenciones para todos, hay médicos para todos, te pasan altiro...

-Es buenísima...pero... porque a uno le cobran todo, uno se va para el sistema privado no por las personas sino por los recursos

-Los recursos de espacio son pocos, los box son chicos, hay queda la escoba, todo lleno, por esto uno se va al sistema privado, por los pocos recursos

-Mi primera atención aquí, fue brusca mala, maltrato de la matrona, porque yo era provinciana, callada, yo estaba acostumbrada a pasar acompañada, y pregunte si podría pasar.....y ella grita cual es la paciente, más encima yo estaba tímida, porque era todo nuevo para mí, yo tenía como dos meses de embarazo y me hicieron el papa nicolao, y súper brusca la atención...luego me llaman tres meses después y me dicen que el

examen salió alterado y que tenía que volver hacérmelo...y eso me produjo que yo me fuera a la casa con molestias...y me fui al tiro a la clínica...ahí me empieza a interrogar y me dicen...empiezan el doctor con la asistente...y yo me sentía mal porque sentía que conversan y me observaban mucho (sospechando quizás que cosa), y me empiezan a preguntar si me había golpeado o si había hecho fuerza, yo pregunto que pasaban y me dicen que tenían síntomas de aborto...me perjudicaron ..me dijeron que tenía que hacer reposo...

-Aquí yo lo cuento por la persona, así que venía sólo a los control de niño sano, pero me hacían esperar todo el día para darme la autorización...después tuve que venir con mi esposo, y por no ser una persona que llega y hecha la choria, sino bien prudente...me decían tenía que esperar...tiene que esperar, y ahí recién me hace la ficha, siempre que trataba de volver a este servicio... pero con ese miedo... me atendió súper mal la asistente de la dentista, no sé si estaba enojada o exploto conmigo, por eso yo creo que depende de la persona y de la disposición que tenga...

-En cambio aquí la ven a uno como persona, aunque uno es bien prudente: a uno le dicen tiene que esperar y uno espera

-Pero, yo creo que el sistema público tiene mala atención

E: ¿Cómo ustedes definirían una buena atención?

EG2:

-Una buena atención, que te traten así como “buenos días”, te atiendan, te ofrezcan el servicio, pero de una forma amable, no porque tuvo un problema y te atiendan de forma brusca.

-Porque uno no se conoce con la gente que la va a atender, tiene que ser más cordial

-Lo que se pide es que de saluden, que sean amables...que no sean bruscos

E: Entonces con sus palabras que sería para ustedes una buena atención

EG2:

-Primero que todo caballerosidad, o si es mujer una dama

-Para mí que sea una persona solidaria

-Por ejemplo acá en Kinesiología a veces no hacemos ni ejercicios, pero el hecho de encontrarme con él, el hecho de conversar y contarle los problemas “no tiene por qué escucharme porque es kinesiólogo”, pero lo hace.

-Es psicólogo también (jaja), te lleva a eso, tu sales de la sala y sales bien, a veces no camino nada, pero eso no es problema de él

E: ¿Es decir, usted siente que él no tiene por qué escucharla porque es Kinesiólogo?

EG2:

-Sí...mire... yo me atiendo con una psicóloga aquí, pero llegue atrasada, y ese es problema mío, y yo espero hasta la última, con ella he tenido buena atención me ha dado mucha confianza me ha mejorado mucho.

-Eso es problema mío no del que me atiende

-También he ido a CETRAM (ONG de salud), es una familia, y me van a ver a la casa

-Yo hice los trámites para mi pensión, y vino una doctora de la católica, y me pidió que yo hiciera clases y les contara sobre mi enfermedad...ella me dice y ahí soy yo

-Ella me llevo y habían 15 alumnos y yo conté la historia desde que empezó mi enfermedad y ellos quedaron contentos

-Se trata de terapia, todo es parte de la rehabilitación, yo voy porque a mí me interesa, yo cuido mi enfermedad, porque si yo no me cuido, si yo no veo porque, nadie lo va a hacer por mí, yo estoy preocupada, si alguien me dice tomate esto yo me lo tomo, yo te digo yo me atiendo en el Barros Luco, me atiendo por el auge, que no es la mejor atención que hay, me atiendo cada 6 meses, pero el doctor que me atiende en el Barros Luco atiende en la liga del Parkinson, el mismo doctor que me atiende en el Barros Luco

me atiende en la liga del Parkinson, pero allá con una alfombra roja, me besa, me abraza, muy preocupado de mí..

E: ¿Y qué cree usted que hace la diferencia?

EG2:

-La plata, si porque acá en el barros luco me veo hace 7 años con él y entro como cualquier otra paciente, es como cualquiera, pero 10 o 7 días más voy a la clínica de él y te saluda, te pone la alfombra roja, te da un beso, abren la puerta y te dan un beso, para mí la plata hace la diferencia

-El mismo profesional me atendía como cualquiera, luego fui a la clínica y hasta de beso me saludo

E: ¿Y según lo que hemos conversado y la atención que reciben aquí, como la definirían ustedes?

EG2:

-Es distinta depende de las personas, por ejemplo, he tenido buenas y malas experiencias, algunas personas por ejemplo que cuando uno entra te dicen... ¿qué tiene?, uno les dice y te hacen una receta y listo

-Para mí sería idea que me pidieran algún examen, que averigüen, me examinen, me dan recomendaciones simples, como una vez una enfermera me dijo que me pusiera aloe vera y me hizo súper bien...

-Aquí en el consultorio hay médicos buenos y médicos malos, yo he tenido suerte me han visto de los dos, no voy a decir nombre (risa), el bueno es de esas personas que a ti te recibe, te saluda con un beso. ¿Cómo ta?, te pregunta cómo te has sentido, ¿Qué le han hecho los remedios que se ha tomado?, que te manden a hacer exámenes de nuevo.

-Pero el doctor malo, me vio, no me pregunta nada, ni como tay, ve la ficha, y te dice como ha estado con las pastillas, ya sigamos igual...

- Por ejemplo, yo me rompí la nariz, me dieron una interconsulta al Barros Luco y en menos de 15 días me llamaron, por el tabique desviado, me entregaron audífonos...y en menos de dos meses, ya me habían entregado audífonos y todo, por eso yo digo yo no me podría quejar de la salud.

E: Ustedes como usuarios, ¿Se sienten participes de la atención que reciben? ¿Cómo es su papel frente a la atención de salud que reciben?

EG2:

-Ahora que estoy aquí en Kinesiología siempre conversamos todas las cosas, porque uno siempre tiene que saber lo que tiene.

-Cuando a uno le dan confianza... con el medico bueno, yo le pregunto y él me contesta, me mandan a hacer exámenes, pero con el malo como que te está echando para afuera rapidito, no alcanzas a decir nada, pa´ fuera para atender a otro paciente

-El papel de los pacientes es importante, pueden hacer preguntas, cuando a uno le dan confianza depende del médico.

-Por lo que a mí me ha pasado, cuando yo voy yo llevo ciertas preguntas, es bueno llevar las consultas por escrito, ir preparado, a uno le gusta que el médico le explique un poquito, le pasa esto o no le puede pasar, que le dé información... un poquito...usted está evolucionando bien, aquí acá

E: Entonces ¿usted pregunta o espera?

EG2:

-Si no hace consulta, llevo las mías anotadas, y lo mismo que va comentando voy anotando

-Yo creo que en el servicio público el doctor no da explicaciones, generalmente el doctor te ve y te dice lo que tienes, no porque y que va a pasar, no se conversa empiezan a anotar y punto

-El factor tiempo es importante depende de la complejidad y en general tienen sólo 15 minutos por persona, es complejo que en ese tiempo alcancen a hacer muchas cosas

-Yo en maternidad viví esa experiencia, entraban en choclón y las examinaban a todas juntas, no alcanzaban a terminar una cuando ya habían pasado a la otra, era poco personal

-Es muy impersonal, sale una entra otra, es poco digno

-A mí no me gusto el trato que nos daban... Hay que esperar y esperar, pero desde que llegue acá ha sido otra atención totalmente distinta, acá yo encontré todo el apoyo posible, me atendieron súper bien

E: ¿Cómo define esa buena atención?

EG2:

-Es más humano, es más persona, se pone en el lugar de uno, de la paciente, es humano, a mí me derivó, incluso me dieron las muestras médicas,

-Acá te dan todo el apoyo posible, son más persona, me trata de arreglar la situación

-Yo sería mala si me quejara

-Yo diría que es amable, cordial, que le entreguen la información al paciente, seguro de lo que sabe, que lo escuche un poquitito también, que sea claro, con verdad, que el paciente se sienta comunicado con el médico, que sea claro, que no te digan las cosas de forma pesada, que el paciente se sienta comunicado con el médico, porque aunque la noticia sea mala, pero a uno se la entreguen con confianza, igual va a salir con más ánimo

-Hay otros que si tú te quejas de tu dolencia te toma atención, pero si tú te vas a quejar de otra dolencia, dice que tiene que ser aparte de esa, que lo dejemos para otro día, muchas veces no puedes venir 2,3 veces a la semana a quejarte por un dolor

-Te quejas de una sola dolencia a la vez, si te quejas de otra lo dejaran para otro día, uno por visita

-Si, a mí también me ha pasado, eso tiene que verlo otro día

-Lo ideal de un buen profesional, es que te escuche todas tus dolencias y que te de una interconsulta a tal parte, por último que derive y te mande a donde corresponde, te de la información como corresponde, te derive a otro profesional

-Venga otro día y ahí le vemos la espalda (risas)

E: ¿Alguna de ustedes ha escuchado del modelo comunitario de salud?

EG2:

-lo que yo sé es que mi mama esta con visita a domicilio (programa de postrados), mi mamá lleva dos años esperando que la operen de la cadera, para ella es cómodo que la atención se realice en la casa

-Yo conozco el programa de postrados

-(silencio)

E: ¿Qué opinan que las puedan visitar en su casa?

EG2:

-Creo que las visitas a domicilio son para las personas que lo necesitan, las personas postradas

- las que tienen dificultad de movilización, es lógica la visita a domicilio

-A nosotros una vez nos fueron a visitar y se dieron el trabajo de explicar que hacer cuando ellos no estaban, la verdad, yo no entendía nada ellos me explicaron, pero me pareció un trato más cercano

E: Es decir, ¿usted sentía que era un trabajo extra que él le explicara lo que ustedes tenían que hacer?

EG2:

-Si claro, a mí me habían dicho que el doctor que iba a ir era medio pesote, pero él nos explicó largo, estuvo conversando con nosotros, yo no sé si es el hecho de salir de aquí, pero se comportó distinto, más relajado, también ayuda la calidad de persona, si es amable o no.

-A mí me visitaron de rehabilitación, me pusieron perillas para bajar los peldaños de las escaleras

-Lo importante es que cada paciente es distinto a otro, en el domicilio se ven las diferencias

-Nuestra comunidad (la victoria) las personas más antiguas se conocen, tenemos centro de madre, club deportivo, una iglesia, las cuadras se unen.

-Nos unimos para cooperar con una u otra familia...claro que tenemos problemas; drogadicción, en general la gente nueva es más egoísta y la antigua más solidaria

-Tratamos igual de hacer paseos, de salir, todos se saludan, por ejemplo participan en gimnasia.

-En nuestra comunidad los adultos mayores no tienen mucho tiempo, ya que la mayoría cuida a sus nietos, siempre estamos pendientes de los adultos mayores, no somos de que nos regalen cosas sino que nos den paseos, eso los activa.

-En nuestro caso la comunidad es tu familia no estás sólo.