



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

“PRÁCTICAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA RELACIÓN ENTRE
DIRIGENTES Y EQUIPO DE SALUD EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE
PARTICIPACIÓN DE UN CESFAM DE LA ZONA SUR DE SANTIAGO “

Tesis para optar al grado de magister en psicología, mención psicología
comunitaria

VINKA MARTÍNEZ ESCOBAR

Director:
Víctor Martínez

Santiago de Chile, año 2019

AUTORA: Vinka Martínez Escobar

PROFESOR GUÍA: Víctor Martínez

GRADO ACADEMICO AL QUE POSTULA: Magister en Psicología, mención en Psicología Comunitaria

TITULO DE LA TESIS: Prácticas de Gestión del Conocimiento en la relación entre dirigentes y equipo de salud en el marco del programa de participación de un CESFAM de la zona sur de Santiago

RESUMEN: Los objetivos de esta investigación son explorar las prácticas de gestión del conocimiento empleadas en la relación entre dirigentes sociales y equipo de salud en el marco del Programa de Participación de CESFAM de la zona Sur de Santiago y establecer sugerencias sobre la incorporación de estrategias de gestión del conocimiento en dicho programa. La relevancia del estudio se basa en la necesidad de validar a los actores comunitarios como generadores de conocimiento y la necesidad de gestionar este patrimonio de conocimiento para potenciar la participación real de la comunidad en la toma de decisiones sociosanitarias que afectan a sus territorios. Se utilizó metodología cualitativa, aplicación de entrevistas y los resultados se analizaron utilizando análisis cualitativo del contenido, utilizando categorías en base al Modelo de Gestión del Conocimiento para Programas de Proximidad Comunitaria

Los resultados arrojaron que actualmente no existe formalización de estrategias de gestión del conocimiento dentro del programa de participación lo cual está influenciado por la cultura institucional y factores relacionales.

Para mayor información escribir a: vinka.me@gmail.com

Palabras clave: Participación, Gestión del Conocimiento, Atención Primaria en Salud

ABSTRACT:

- This study was conducted within the Participation Program, in a Family Health care Center located in the southern part of Santiago. explore knowledge management practices used in the relationship between social leaders and the staff of a primary health care center. And we seek to give suggestions about the inclusion of knowledge management strategies in such programs.
- The importance of this study lies in the necessity to validate social leaders as a source of knowledge, and the necessity to manage these knowledge assets. Therefore strengthening a real community participation in the decision-making process in public health within their territories. A qualitative methodology was used, by conducting interviews. The results were studied by a qualitative analysis of the content using categories the Knowledge Management Model for Programs with Community Proximity.
- The results showed that it doesn't exist a formal used of knowledge management strategies in the participation program, which is influenced by the corporate culture and relational factor.
- For more information write to: vinka.me@gmail.com

KEYWORDS: Participation, knowledge management, Primary Health Care

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia por apoyarme en mis proyectos personales y profesionales y entregarme toda la energía para completar este proceso tan gratificante, pero a la vez difícil que es el realizar estudios de postgrado. A mis padres por motivarme a continuar capacitándome y mejorando cada día, mi hermana que desde la distancia en estos últimos años me apoyaba siempre, mi prima y tíos que siempre me mandan todas sus energías y están pendientes de apoyarme en todo lo que puedan y a mi esposo por acompañarme en este viaje y ojala lo siga haciendo en todos los proyectos que siguen.

Quiero agradecer a mi profesor guía Víctor Martínez, por entregarme todo su apoyo durante la ejecución de esta investigación y compartir conmigo sus conocimientos y experiencia.

Finalmente quiero agradecer al equipo y dirigentes del Cesfam Santa Anselma quienes tuvieron la disposición de compartir conmigo sus experiencias con el objetivo de mejorar cada día las acciones de participación en salud.

Tabla de contenido

1	INTRODUCCIÓN	2
2	ANTECEDENTES CONTEXTUALES	5
3	ANTECEDENTES TEÓRICOS	7
4	OBJETIVOS	15
5	METODO	16
5.1	MUESTRA O UNIDAD DE OBSERVACIÓN	17
5.2	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
5.2.1	<i>Entrevistas</i>	18
5.3	ANTECEDENTES PRÁCTICA PROFESIONAL	19
5.4	ANÁLISIS.....	20
6	ASPECTOS ÉTICOS	21
7	PLAN DE TRABAJO	24
8	RESULTADOS Y ANÁLISIS	24
8.1	CULTURA INSTITUCIONAL	24
8.2	PROCESOS	30
8.3	TECNOLOGÍA.....	33
8.4	CONTENIDOS	35
8.4.1	<i>Flujo CESFAM-Comunidad</i>	35
8.4.2	<i>Flujo comunidad-CESFAM</i>	37
8.5	DISPOSITIVOS.....	38
9	CONCLUSIONES Y DISCUSION	39
10	SUGERENCIAS	48
11	BIBLIOGRAFÍA	54
12	ANEXO N°1	56
12.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO - ENTREVISTA	56

1 INTRODUCCIÓN

Desde la psicología comunitaria, se entiende la participación como el “involucramiento en procesos de tomas de decisiones para intervenir la realidad” (Rozas, 1992). En la salud pública se incorpora al aspecto de toma de decisiones la visión de la participación como “una estrategia de habilitación de las personas, en el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, en temáticas socio sanitarias que les afectan a sus territorios” (Wagstaff, 2002). Si bien en la segunda definición, se entiende la participación más como estrategia que como parte intrínseca del ser humano, en ambas visiones, la participación es clave en como las comunidades perciben el control sobre su ambiente. Su importancia es tal, que cuando no existe participación, las comunidades caen en procesos de inacción afectando su desarrollo social (Rozas, 1992).

La red de salud pública, en los servicios de atención primaria, lleva a la práctica las estrategias de participación a través de la instalación de programas que buscan potenciar un rol activo de sus beneficiarios, fortaleciendo su capacidad de incidir en la toma de decisiones en temáticas socio sanitarias de sus territorios, haciéndose parte de los procesos de identificación de necesidades y gestión de las soluciones. Como se plantea en las orientaciones del Ministerio de Salud, se busca que las estrategias de participación social “faciliten el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud”, definiendo 4 ejes de trabajo: consulta, favorecer acceso de los ciudadanos a la oferta pública, co-gestión y habilitación social y el empoderamiento. (Valdenegro, 2009).

A pesar de estos esfuerzos, la formulación de políticas en el sector salud, en los países de América Latina y el Caribe continúa realizándose de forma centralizada, con escasa participación de las personas y baja adecuación a la realidad local (Celedon C. N. M., 1998). Algunos de los factores que inciden en esta situación son la sobrevaloración de la profesión médica por parte de la comunidad, la

priorización de los criterios determinados por los profesionales de la salud, la desigualdad en la distribución de los ingresos y de otras formas de poder, escasa información y reconocimiento de los derechos de las personas frente a los servicios públicos y el débil desarrollo de las organizaciones sociales (Celedon C. N. M., 1998) (Celedon C. N. M., 2000). Por su parte, Montero plantea que existe una generalización y naturalización de las expresiones asimétricas de poder, que instalan a la comunidad en un rol caracterizado por la carencia, nombrándolos incapaces de realizar acciones por su bien o el de su comunidad. Esto ha permitido la mantención de la idea de que las decisiones deben ser tomadas por las instituciones o personas en el poder, asumiendo que solo en éstas reside el conocimiento y la verdad (Montero, 2003).

En este marco, los programas de participación que operan en los centros de atención primaria de salud, enfrentan el desafío de generar mecanismos de carácter participativo, promoviendo el desarrollo de las organizaciones sociales, la reflexión y análisis de la situación de salud local y procesos de intercambio de información, que les permita a los usuarios de la red **hacerse parte de los procesos de toma de decisiones que afectan su salud** (Subsecretaria de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, sin fecha).

Una solución a los desafíos mencionados se propone con los modelos de gestión del conocimiento, diseñados para los programas de proximidad comunitaria (PPC's). La gestión del conocimiento busca identificar el conocimiento corporativo en memorias colectivas y facilitar la comunicación y coordinación entre las personas que crean el conocimiento y quienes lo necesitan (Wathne, 1996). Una buena gestión del conocimiento permite mejorar la calidad de vida laboral al desarrollar y compartir el desarrollo del conocimiento y avance de las practicas (Mohammad & Shahsavani, 2014); permite pasar de una lógica de usuarios del conocimiento, a una política de producción de conocimientos adecuados a la realidad local, validando la diversidad y el quehacer del equipo y ajustando la implementación de las acciones de acuerdo a sus necesidades. A nivel de los PPC's, se busca gestionar su patrimonio de conocimientos, entendido como "el

acervo de conocimientos que le dan su sello propio al PPC y que constituyen piezas clave para el desarrollo del proceso de intervención” (Martínez, 2018). Este patrimonio de conocimientos, constituye una construcción colectiva en la que participan creativamente todos los actores que forman parte de un PPC, considerando tanto el conocimiento explícito formalizado, como el conocimiento tácito generado en las practicas (Martínez, 2018). En un centro de atención primaria en salud (APS), estos actores no son solo los funcionarios y miembros del equipo, sino que también los usuarios y dirigentes que participan en la construcción colectiva de conocimiento.

En esta tesis se parte del supuesto que la **gestión del conocimiento** contribuiría a darle una expresión concreta a la **participación** de los dirigentes comunitarios en los **Consejos de Desarrollo Local** (CDL).

De esta forma, los modelos de gestión del conocimiento permitirían reconocer la importancia de los dirigentes e incorporarlos como actores colaboradores del equipo de salud, dando cuenta del conocimiento con el que cuentan, incorporando su experiencia y saberes al entenderlos como actores claves y protagonistas de dichos procesos. A su vez, las metodologías de gestión del conocimiento permitirían hacer visible y valorar la producción de conocimiento situado que hacen los profesionales de la acción de los PPC's, posibilitando una mejor articulación entre este tipo de conocimiento y los lineamientos programáticos. De esta forma se puede contribuir a optimizar la implementación de los programas, dándole mayor pertinencia a su diseño y por ende, mayor validez ecológica a su puesta en práctica (Martínez, 2018).

A pesar de la utilidad teórica que refieren los modelos de gestión del conocimiento en un contexto de participación en salud pública, actualmente en la ejecución y orientaciones programáticas del programa de participación en APS no se explicita la utilización de estos (Subsecretaria de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, sin fecha). Esto puede llevar a dificultades para el intercambio de conocimiento y el reconocimiento de los saberes de la comunidad. Por un lado, que el equipo conozca solo parcialmente las necesidades de la población

dificultándose la generación de conocimiento situado, mientras que por otro, los dirigentes no cuentan con toda la información necesaria para cumplir con su rol de apoyo a la gestión de los CESFAM, acarreado la posibilidad de un desaprovechamiento de los recursos comunitarios y una disminución en su capacidad de toma de decisiones en temáticas socio sanitarias que les afectan. En este contexto, no se estaría logrando una articulación eficaz y pertinente entre agentes institucionales y agentes comunitarios en la implementación del programa.

En base a lo anterior, se hace necesario un trabajo de investigación que permita responder:

¿Cuáles son las prácticas de gestión del conocimiento empleadas en la relación entre dirigentes y equipo de salud en el marco del Programa de Participación de un CESFAM de la zona Sur de Santiago?

2 ANTECEDENTES CONTEXTUALES

La investigación a realizar estará ubicada en el territorio de La Cisterna. La comuna de La Cisterna fue creada por Decreto Supremo N ° 2.732 del 30 de mayo de 1925. Su alcalde actual don Santiago Rebolledo, es elegido por primera vez en el año 2008, siendo reelegido hasta la fecha. (Ilustre Municipalidad de La Cisterna, 2018)

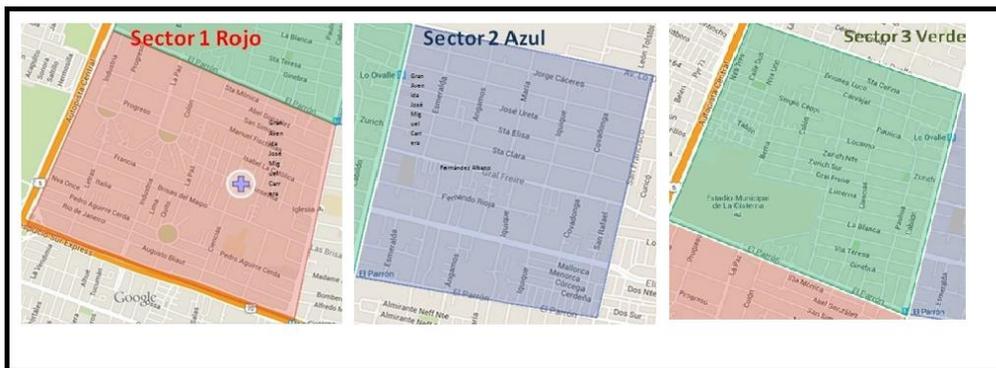
La comuna cuenta con una población de 85.118 (Censo 2002) la cual al año 2012 un 79% era beneficiaria de Fonasa y está tipificada como de clase media típica (C2) lo que corresponde a un ingreso mensual promedio por hogar de (\$810000), y cuenta con un Índice de pobreza 7,21% (CASEN 2013) (Asociación de Investigadores de Mercado, 2015)

CESFAM Santa Anselma

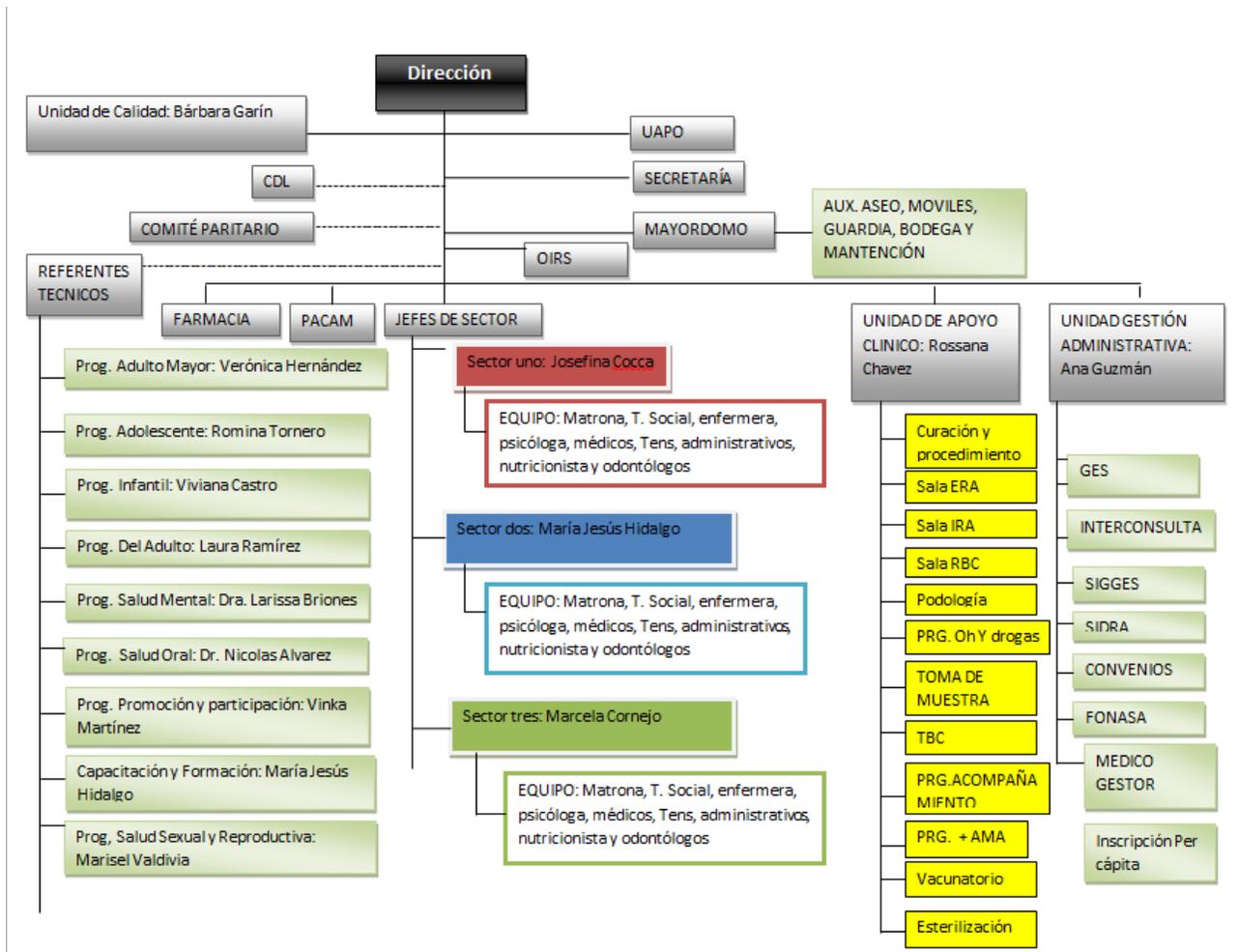
La dirección del CESFAM está a cargo de la Sra. Ángela Leiva, quien depende del Director del Departamento de Salud, el cual a su vez depende del Director de Desarrollo Comunitario y el Alcalde de la comuna.

Cuenta con una población inscrita de aproximadamente 32.000 personas, la cual por norma técnica es distribuida en 3 sectores correspondientes a un territorio (Imagen N°1). Cada sector cuenta con un equipo de cabecera formado por médicos, odontólogos, psicólogo, matrona, nutricionista, técnicos paramédicos y administrativos.

Imagen N°1 - Territorio CESFAM Santa Anselma



El equipo de trabajo es organizado a través de jefaturas de sector territorial y jefaturas de programas transversales. El programa de participación en el cual se centra este estudio, es un programa transversal a cargo de una funcionaria, que cuenta con media jornada para las actividades asociadas a éste.



3 ANTECEDENTES TEÓRICOS

La **Atención Primaria en Salud** (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria, a través de diferentes dispositivos. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (OMS, 1978). Los **Centros de Salud Familiar** (CESFAM) son los dispositivos de APS encargados de proporcionar cuidados básicos de salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud, en base al Modelo de Atención de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario el cual busca asegurar el cuidado de la salud en todo el ciclo vital. Este modelo a su vez, da importancia a la participación comunitaria y la considera en su carácter dual y complementario, tanto como una estrategia de trabajo comunitario, como un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y la incorporación de sus opiniones en la Gestión de salud (Servicio de Salud Metropolitano Norte).

Dentro de los CESFAM la participación social se enmarca en relación a metas de trabajo como son las Meta sanitarias N°7 (Ley N°19813), Metas IAAPS (Índices de actividad en atención primaria) y otros compromisos de gestión definidos y supervisados desde el Servicio de Salud. Lo anterior se organiza a través del **Programa de Participación y Promoción de Salud**, el cual funciona como un programa transversal del CESFAM, con dependencia directa de la dirección y a cargo de un referente técnico, quien lidera los procesos participativos y apoya en la coordinación de la principal estrategia formal de participación en APS: los **Consejos de Desarrollo Local** (CDL).

Los CDL se incluyen dentro de lo que se denomina consejos de la Sociedad Civil en la Norma General de Participación Ciudadana. Son órganos participativos en que actores sociales inciden en la gestión pública, siendo responsabilidad del sistema de salud asegurar la representatividad, diversidad y efectividad de los referidos consejos. Su rol es asesorar a la dirección de los establecimientos en

aspectos vinculados con la gestión y desarrollan funciones de tipo **informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio** (Erazo, 2009). A nivel legal, los CDL son organizaciones funcionales, formada por usuarios del CESFAM, los cuales participan individualmente o en representación de organizaciones sociales (juntas de vecinos, club de adultos mayores, entre otros). En el CESFAM estudiado, el CDL inicia sus funciones el año 1999 y su directiva actual se encuentra en su segundo año de trabajo. Las acciones desarrolladas se organizan a través de diferentes planes anuales, generados por medio de un trabajo colaborativo entre equipo de salud y dirigentes. Algunas de las actividades ejecutadas por este consejo son:

- ✓ Realización mensual de asambleas generales de socios para coordinar y evaluar las actividades planificadas.
- ✓ Reuniones de directiva del CDL con el equipo directivo del CESFAM, conformado por: Dirección y Jefas de Sector.
- ✓ Participación de los dirigentes del CDL en reuniones con Consejo Técnico del CESFAM, en donde participa equipo directivo y jefes de programas transversales (Ej: Programa Salud mental, salud bucal, salud sexual y reproductiva, etc.)
- ✓ Coordinación con Comité Paritario para apoyar proceso de mantención y mejoras de equipos e infraestructura del CESFAM.
- ✓ Actualización periódica del diario mural del CDL.
- ✓ Educación en sala de espera sobre: funcionamiento del CDL y formas de participación, potenciar la responsabilidad de los usuarios frente a su atención, servicios disponibles, etc.
- ✓ Reunión con autoridades municipales y de salud para plantear de manera formal a la alcaldía sobre necesidades de los usuarios del CESFAM.
- ✓ Participación en ferias educativas entregando información acerca de los programas, talleres y otras actividades del CESFAM
- ✓ Realización de talleres en sedes vecinales entregando información acerca de los programas, talleres y otras actividades del CESFAM.

- ✓ Participación en espacios comunales, del SSMS y nacionales asociadas a APS (conversatorios, congresos, etc.).
- ✓ Seguimiento y análisis de las necesidades de los usuarios a través de los datos emanados de la OIRS y evaluación de Trato Usuario.

Los CESFAM, tiene características de funcionamiento que nos permiten entenderlos como **Programas de Proximidad comunitaria**, lo que posibilitará su estudio desde la lógica de los **Modelos de Gestión del Conocimiento** (en adelante MGC) para tales programas.

Se entiende por proximidad “el ámbito desde el que se puede responder en forma más diversificada y personalizada a las cada vez más específicas demandas y necesidades ciudadanas” (Subirats, 2012). Los programas de proximidad comunitaria (PPC) son aquellos de diseño centralizado, ejecutados localmente mediante convenios con los municipios u organismos ‘colaboradores’. Estructuralmente están conformados por un sistema de asistencia técnica y un sistema de implementación y se caracterizan por ejecutar acciones directas con personas y grupos en situación de vulnerabilidad en un contexto de ‘frontera’ entre lo institucional y lo comunitario. Están orientados a la praxis situada y generalmente combinan un modo de espera con un modo de búsqueda, de ir hacia el contexto de vida de los grupos con los cuales se trabaja. Tienden a trabajar con encuadre positivo concibiendo a las comunidades como agentes autónomos, con capacidad de acción y de generación de conocimientos, orientando los esfuerzos hacia la construcción y fortalecimiento de capacidades de agencia en personas, grupos y comunidades, a través de un enfoque cualitativo, relacional y policéntrico, con énfasis en la metodología de redes (Martínez, Los Programas de Proximidad Comunitaria, 2018). Los CESFAM, cumplen con estas características:

1. Diseño centralizado y enfoque hacia la praxis situada: funcionan en base a orientaciones técnicas y metas de trabajo señaladas desde el nivel central, pero fundamentan sus intervenciones en la praxis situada, obteniendo

información en base a diagnósticos participativos, en donde la comunidad plantea sus necesidades y propone soluciones.

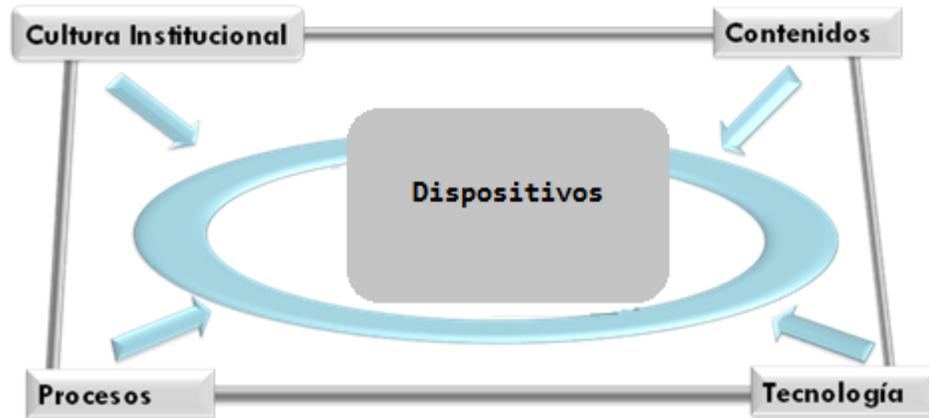
2. **Encuadre positivo:** se trabaja desde una visión de fortalecimiento de capacidades, buscando potenciar el desarrollo de organizaciones que puedan ser la contraparte de un equipo de salud, con el objetivo de recibir una retroalimentación a las orientaciones técnico-sanitarias y poder alcanzar una práctica de salud situada y acorde a las necesidades de la población local. En este sentido, se entiende a las comunidades como agentes autónomos con capacidad de análisis y acción, con un conocimiento de su realidad basado en su experiencia práctica y por su relación de cercanía efectiva con la diversidad de personas que las constituyen.
3. **Énfasis en la lógica cualitativa de casos:** comprende que las situaciones se experimentan desde una perspectiva personal y subjetiva, por lo que para comprender las problemáticas es necesario observarlas desde la visión de quienes las viven. Para esto se utiliza metodologías centradas en el diálogo y las relaciones personalizadas, que buscan establecer una mayor simetría.
4. **Uso de enfoque relacional y policéntrico:** se busca articular de manera convergente diferentes puntos de vista posicionales; de organizaciones comunitarias y dispositivos institucionales; de agentes institucionales y agentes comunitarios; de dirigentes sociales y equipos de salud, etc.

Además de poder caracterizarse como programa de proximidad comunitaria, podemos observar que los CESFAM califican dentro de lo que se denomina **instituciones calientes** (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006), lo que alude a aquellas instituciones que trabajan con la vulnerabilidad psicosocial y que están próximas al espacio de vida de las comunidades y mantienen un trato directo con ellas. Dichas instituciones actúan como estructuras disipativas de la tensión psicológica generada por el sufrimiento biopsicosocial de los grupos vulnerables que acuden a ellas solicitando ayuda. Sin embargo, al no estar lo suficientemente preparadas para disipar de manera integradora y constructiva esta tensión, éstas se “recalientan”, viéndose afectado su funcionamiento interno, produciendo

trastornos comunicacionales y metacomunicacionales y problemas de salud mental en sus funcionarios, todo lo cual repercute en la calidad de la atención y en la relación de la institución con sus usuarios. Lo anterior se potencia por la sensación de estar ubicados en el rol de “pariente pobre” de la estructura institucional, siendo percibidas como abandonadas en la primera línea de trabajo con las comunidades vulnerables y vulneradas, pero sin contar con los recursos adecuados para entregar la solución más adecuada.

Entenderemos por conocimiento “la capacidad para relacionar de forma altamente estructurada, datos, información y conocimiento de un determinado objeto que permiten actuar efectivamente sobre éste en base a un determinado valor y contexto”. Podemos visualizar 6 puntos de vista para la definición del conocimiento: en relación con datos e información entendiendo que los “datos son hechos, números sin procesar. Información son datos procesados o interpretados. Conocimiento es la información personalizada”, como estado de la mente: “el conocimiento es el estado de conocer y comprender, como objeto: “los conocimientos son objetos que se pueden almacenar y manipular”, como proceso: “el conocimiento es un proceso de aplicación de la experiencia”, en cuanto al acceso a la información: “el conocimiento de acceso a la información” y como capacidad y competencia: “el conocimiento es el potencial que influye en la acción” (Martha Beatriz Peluffo, 2002)

Con el objeto de ser un aporte progresivo al funcionamiento y estructura organizacional de los PPC se propone un modelo de gestión de conocimiento orientado a sus características particulares (Martínez, La Gestión del Conocimiento: Bases Conceptuales, 2018). Se entiende como **Gestión del Conocimiento** un proceso planificado de exploración, organización, almacenamiento, producción, distribución, utilización y evaluación del conocimiento de una organización (Encina & Quiroz, 2017). **El Modelo de Gestión del Conocimiento para PPC** propone el siguiente esquema general:



El modelo reconoce dos aspectos diferenciados, en relación a los aspectos estructurales y a los dispositivos a implementar.

Los **Elementos estructurales** cumplen el rol de dar soporte y sentido al modelo permitiendo anclarlo lógicamente dentro del marco y cultura organizacional de la institución:

- **Cultura Institucional:** permite dar sentido y fundamento al MGC en el marco de un PPC específico. Dado que la aplicación de un MGC generará un cambio cultural dentro de la institución es importante tener claro cómo ha sido el funcionamiento tradicional y establecer esa situación como base para formar las estrategias de trabajo que permitan implementar de forma exitosa el MGC.
- **Procesos:** Es el componente que permite operacionalizar el MGC en el marco de la estructura organizacional de los PPC. Este componente se hace cargo de la pregunta central: ¿cómo se instalan los dispositivos de gestión del conocimiento dentro del PPC? Del diseño adecuado de estos procesos depende que el MGC sea apropiado por la organización y se inserte y acople de forma efectiva y sinérgica a la cultura institucional
- **Contenidos:** Es el componente que permite especificar cuáles son los temas o conocimientos específicos que serán gestionados al interior del MGC. Esto se realizará en base a las prioridades identificadas por el equipo. Algunos ejemplos de contenidos estratégicos son los asociados a: Prácticas de Redes y

Vinculación Comunitaria, Estrategias de Intervención de los PPC (componentes de intervención, enfoques, principios metodológicos y Gestión Organizacional).

- **Tecnología:** Es el componente que permite dar soporte para el anidamiento de los distintos dispositivos del MGC revisados previamente.

Por otro lado, el núcleo central del modelo está conformado por tres dispositivos propuestos para gestionar el patrimonio de conocimientos de los PPC. Estos dispositivos se articulan de manera de apoyar el funcionamiento de los PPC desde una lógica de la gestión del conocimiento, favoreciendo la reflexión dentro de los equipos y procesos de mejora continua:

- **Biblioteca:** repositorio dinámico de información recopilado y acumulado en el proceso de diseño, implementación y evaluación del PPC. Su rol es constituirse en la memoria del PPC, almacenando el saber institucional del mismo. Debe estar a disposición de todo aquel que lo requiera.
- **Sistema de Formación Continua (SFC)** corresponde a un modelo dinámico de aprendizaje que organiza lógicamente una oferta de contenidos que resultan relevantes para la ejecución de las tareas. Busca promover de manera permanente y continua la habilitación técnica de los equipos, haciendo circular reflexivamente el conocimiento explícito clave para el funcionamiento del programa. A su vez, permite dinamizar el conocimiento tácito de los profesionales que lo implementan y ejecutan.
- **Observatorio de prácticas** presenta herramientas metodológicas para observar, analizar y retroalimentar las prácticas de intervención de los profesionales de la acción, permitiéndoles aprender colectivamente de sus prácticas, recuperando y validando mediante procesos reflexivos los conocimientos que allí se producen.

Considerando los objetivos de los programas de participación en APS y la posible utilidad de los modelos de gestión del conocimiento en la relación entre equipo y dirigentes, es relevante incorporar al análisis el concepto de **Agencia**, emanado del modelo de inclusión sociocomunitaria. A la base, este concepto se sustenta en un modelo de capacidad, entendiendo que existe una disponibilidad de recursos

escasos para la producción de acciones de inclusión y que se requiere generar flujos para producir estas acciones (Martinez, Modelo Sociocomunitario, 2018). Lo anterior se logra a través de recursos de los actores comunitarios, como son: poder, recursos económicos, organizacionales, cognitivos, emocionales, etc. (Matus, 1987, pág. 116). Entenderemos por **Agencia** *“la capacidad que tienen las personas para elegir, construir y disfrutar el tipo de vida que razonadamente eligen para sí”* (PNUD, 2012, pág. 120). El concepto de agencia posiciona en un lugar central a la autodeterminación o autonomía de las personas, tanto *“...para elegir los propios fines, como en el sentido práctico de poseer las capacidades para hacerlos realidad en forma satisfactoria”* (PNUD, 2012, pág. 120). El concepto de agencia, refleja la sinergia entre la acción conjunta y simultánea de los diferentes cuadrantes del entramado comunitario y considera por ejemplo la capacidad de las personas para incluirse o la capacidad de las instituciones y estructuras comunitarias para incluir a las personas

Es posible **construir agencia**, en y con las personas, conectándolas con una estructura (o sistema) de oportunidades, de tal manera que las posibilidades contenidas en esta estructura se transformen en capacidades en la persona. Construyendo potencialidades efectivas de acción en aquellos ámbitos que definan como relevantes (PNUD, 2012, pág. 122), permitiéndoles hacer uso efectivo de las oportunidades existentes. Desde los programas de proximidad comunitaria, el desafío está en desencadenar un flujo de producción de acciones que estén dentro del espacio de las capacidades actuales de la persona, y en un segundo momento, en el curso de un proceso de acompañamiento, intencionar la ampliación de estas capacidades mediante un proceso planificado de acumulación psicosocial (de habilidades, conocimientos, información, aprendizajes, experiencias, destrezas, competencias, motivación, intereses, etc.). Para esto es necesario introducir estrategias de apropiación como, por ejemplo, difundir, organizar y aproximar la oferta de oportunidades a los territorios de vida de la persona. (PNUD, 2012)

4 OBJETIVOS

- Explorar las prácticas de gestión del conocimiento empleadas en la relación entre dirigentes sociales y equipo de salud en el marco del Programa de Participación de CESFAM de la zona Sur de Santiago
- Establecer sugerencias sobre la incorporación de estrategias de gestión del conocimiento en el programa de participación

5 METODO

Para el desarrollo de la investigación se propone un diseño de tipo exploratorio y abierto, utilizando metodologías cualitativas que favorezcan la construcción de una imagen compleja y el entendimiento holístico del objeto de estudio. Al ser un tema de estudio con pocos antecedentes *“los estudios exploratorios permiten familiarizarnos con el fenómeno y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones o postulados”* (Hernandez & Fernandez, 2006). A su vez este enfoque permite incluir perspectivas variadas para la definición del problema en estudio, considerando la diversidad de los participantes involucrados y las interrelaciones y prácticas realizadas en el contexto real de las actividades del programa de participación, permitiendo analizar los discursos y dar sentido e interpretación de los fenómenos en los términos del significado que las personas le otorgan (Creswell, 1998).

Este tipo de metodologías consideran un proceso interactivo entre los investigadores y los participantes, que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios (Gretchen & Marshall, 1999). Considerando que la investigadora a cargo participa del centro que será evaluado, las metodologías participativas permiten considerar su subjetividad e impresiones respecto a la información obtenida, incorporándola como parte del proceso y tomándola en cuenta en la documentación e interpretación de los aspectos observados.

Por otro lado, considerando el contexto comunitario de la investigación, el diseño abierto permite asumir informaciones no previstas, utilizando métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen (Mason, 1996), pudiendo generar cambios en el diseño si es necesario, en función de la disponibilidad de los actores y de las actividades realizadas en el centro de

salud, logrando la máxima validez posible, o los resultados más ajustados a la realidad (Sierra, 1994).

5.1 Muestra o Unidad de Observación

Para el diseño de la unidad de observación y análisis, se trabajará con métodos de muestro cualitativo de tipo propositivo (Martinez-Salgado, 2012), el cual considera una selección intencional que busca la comprensión de los fenómenos y los procesos a través del logro de la mayor riqueza posible de información (Patton, 2002). Se utilizará el muestro múltiple trabajando con un muestreo de caso único. En este sentido, se toma como unidad de análisis el programa de participación del CESFAM Santa Anselma, obteniendo información de actores claves dentro de las acciones de ese programa como son los dirigentes sociales y los miembros del equipo de salud.

De esta forma se incluirá en la unidad de observación los siguientes actores:

- Grupo de funcionarios de Salud que participan en el programa de Participación: formado por la directora del establecimiento y las 3 jefas de sector. Se escogen en cuanto son las funcionarias encargadas de gestionar el funcionamiento el CESFAM, liderando el trabajo de los equipos de sector y coordinando las acciones con los dirigentes comunitarios miembros del Consejo de Desarrollo Local. Por su parte la directora es quien establece los lineamientos de trabajo de la institución y orienta las prioridades de asignación de recursos, por lo que su visión es decisiva en la constitución de la cultura institucional.
- Directiva, Consejo de Desarrollo Local: conformada por el presidente, secretaria y tesorera. Se escogen para la muestra en cuanto representan formalmente a la comunidad de usuarios y tiene experiencia en el trabajo de enlace entre la comunidad de usuarios y el equipo de salud , pudiendo aportar información relevante sobre los procesos que se buscan evaluar.

Los participantes fueron contactados directamente por la investigadora.

5.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.2.1 Entrevistas

Se realizaron entrevistas semi estructuradas al grupo directivo del CESFAM (jefas de sector y dirección) y a la directiva del Consejo de Desarrollo Local, la metodología permitió que los entrevistados expresaran sus puntos de vista de manera relativamente abierta versus métodos de entrevistas estandarizadas o cuestionarios (Flick, 2004)

El guion utilizado fue el siguiente:

Dimensión	Sub-Dimensión	Tópicos o preguntas
Cultura institucional	Gestión organizacional (liderazgo, conformación y dinamización de equipos)	¿Cómo caracterizaría la relación entre el CDL y equipo?
	Red de actores	¿Qué actores relevantes identifica en el programa de participación?
	Relación entre equipo de salud y dirigentes	¿Cómo evaluaría la relación entre los dirigentes y el equipo de salud? ¿Es importante que los dirigentes del CDL manejen información sobre el CESFAM? ¿Qué información considera que es relevante que los dirigentes del CDL conozcan?
	Visión sobre el manejo del conocimiento	¿Considera que los dirigentes manejan conocimiento que podría ser relevante para el quehacer del CESFAM? ¿Considera usted que el equipo de salud le da importancia al conocimiento entregado por los dirigentes?

Procesos	Prácticas de gestión del conocimiento realizadas en el programa de participación del CESFAM	<p>¿Cuáles son las estrategias o métodos a través de los cuales los equipos de salud y dirigentes intercambian conocimiento?</p> <p>¿Son adecuados los métodos que se usan actualmente para intercambiar conocimiento?</p> <p>¿Qué favorece los procesos de intercambio de conocimiento entre el equipo y los dirigentes?</p> <p>¿Qué entorpece los procesos de intercambio de conocimiento entre el equipo y los dirigentes?</p>
Contenidos	Temas comunes Saberes asociados a las prácticas de intervención Saberes asociados a practica de redes y vinculación comunitaria	<p>¿Cuáles son los temas sobre los cuales conversan los dirigentes con el equipo?</p> <p>¿Cuáles son los temas de interés del equipo/dirigentes?</p> <p>¿Dónde están ubicados/archivados de los contenidos? (ej: manuales, bases de datos, etc)</p> <p>¿Qué nivel de acceso tiene a los contenidos?</p>
Tecnología	Dispositivos para comunicación Uso de TIC'S	<p>¿Utilizan sistemas tecnológicos y de comunicación?</p> <p>¿Cuáles y como los usan?</p> <p>¿Quiénes los manejan/administran?</p>

5.3 Antecedentes práctica profesional

Como se menciona anteriormente, la investigadora forma parte del equipo del CESFAM investigado, por lo que se incluyen dentro de los resultados, antecedentes objetivos identificados dentro de la práctica profesional, que sean relevantes para el curso de la investigación. Dichos antecedentes proporcionaron información concreta sobre el funcionamiento y metodologías de trabajo del CESFAM y no incluirán evaluaciones subjetivas o juicios de valor.

5.4 Análisis

Se utilizó el método de Análisis cualitativo del contenido, el cual se caracteriza por el uso de categorías derivadas de modelos teóricos. En este caso las categorías se elevaron en base al Modelo de Gestión del Conocimiento para Programas de Proximidad Comunitaria y se realizó una operacionalización de los conceptos que permita facilitar los procesos de observación y entrevista, adecuándolos a un lenguaje entendible para los participantes. Este método permitió que se analice el contenido a través de categorías ya establecidas, aun cuando se mantendrá la posibilidad de considerar el material empírico y realizar modificaciones de ser necesario (Flick, 2004).

6 ASPECTOS ÉTICOS

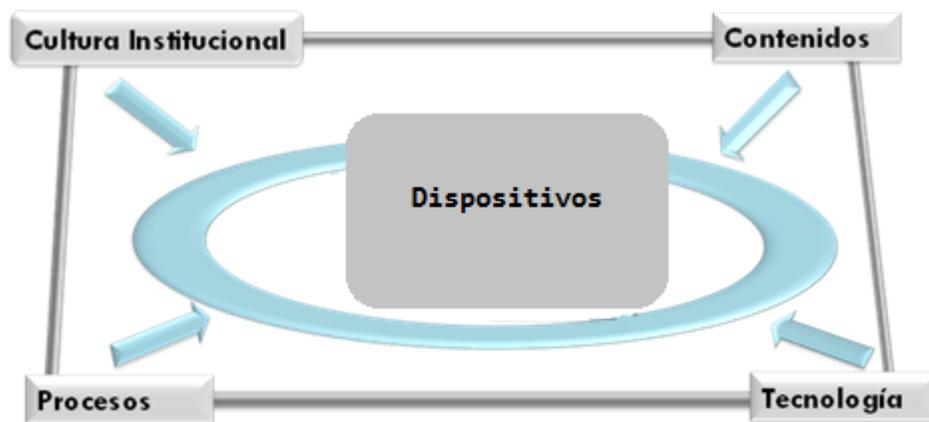
El proceso de investigación cualitativa, así como todas las estrategias de búsqueda del conocimiento, requieren tener en consideración conductas éticas las cuales deben estar explicitadas en el diseño de investigación. A continuación se describen las consideraciones éticas aplicadas al diseño de esta investigación con base en el modelo propuesto por (Gonzalez, 2002):

- *Valor social o científico:* la presente investigación busca generar conocimiento que apoye el quehacer de los equipos profesionales-comunitarios en el marco de los programas de participación de los centros de salud familiar. Además constituye una aporte al desarrollo del Modelo de Gestión del Conocimiento en Programas de Proximidad Comunitaria, cuyos aportes pueden ampliarse al desarrollo de variados programas desde el enfoque comunitario
- *Validez científica:* entendiendo que una investigación es ética en cuanto logra generar conocimiento valido, se han tomado las precauciones para generar un diseño coherente, con apoyo de literaturas y en especial de asesores expertos.
- *Selección equitativa de los sujetos:* se consideró para el diseño de la muestra a sujetos que están directamente relacionados con el objeto de estudio y se escogieron por el aporte que entregarán a la pregunta de investigación.
- *Condiciones de dialogo autentico:* se considera a los participantes del estudio como interlocutores con facultad de particular en un dialogo sobre las situaciones que los afecta. Se promueve la participación de los actores relevantes incluyendo a diversas personas en la muestra de modo de obtener una información más acabada e integral del objeto de estudio. Así mismo la participación en esta investigación es voluntaria y se respeta los

- derechos de los participantes promoviendo espacios de simetría que favorezcan el dialogo y la libre expresión.
- *Evaluación Independiente*: como estrategia sugerida para minimizar al máximo las posibles distorsiones o juicios de la investigador frente a la investigación, el presente diseño ha sido evaluado tanto por el profesor guía de tesis, como por 2 otros profesores asesores especialistas.
- *Consentimiento informado*: como forma de asegurar que los participantes de la investigación están siendo parte de forma voluntaria y no forzada se les solicitará firmar un consentimiento informado donde se especifiquen los objetivos de la investigación y se comprometerá a no relevar la información obtenida fuera del contexto de la investigación (Anexo N°1)
- *Respeto a los sujetos inscritos*: los participantes tendrán la posibilidad de retirarse de la investigación si por algún motivo lo desean. A su vez se asegurará la reserva de la información. A su vez se generará un proceso de devolución a los participantes para informar de los resultados de la investigación

7 RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos en la presente investigación, en base a las entrevistas realizadas con el equipo directivo y dirigentes. Estos antecedentes se complementarán con información recopilada por la investigadora a través de la práctica profesional en el CESFAM investigado. Con el objetivo de facilitar la comprensión en el marco del modelo de base, se presentarán los resultados utilizando como categorías de análisis los diferentes aspectos del modelo de gestión del conocimiento para programas de proximidad comunitaria, presentados en la imagen a continuación:



7.1 CULTURA INSTITUCIONAL

En esta primera sección, se presentan los resultados que permiten caracterizar la cultura institucional del CESFAM evaluado y como ésta incide en los procesos de gestión del conocimiento.

Surge de las entrevistas, información sobre la caracterización de la relación entre dirigentes y equipo de salud, en relación a la calidad de esta, la confianza entre ellos y el historial que ha afectado los procesos de intercambio de conocimiento.

Los reportes de dirigentes y equipo coinciden en que existe una historia de malas relaciones, por conflictos puntuales del pasado respecto al rol y las acciones que les corresponden a los dirigentes: *“antes nos miraban como los que venían a sapear, venían a ver si cumplían o no cumplían, éramos no muy gratos para ellos...”* (Dirigente CDL). Esto ha generado en los equipos un recelo que afecta el nivel de confianza en dirigentes y la motivación para generar trabajo en conjunto, en cuanto se visibiliza a los dirigentes como una amenaza: *“Siempre se ha sentido que ellos nos atacan más que en el fondo trabajar en conjunto con nosotros...”* (Equipo Directivo). A la vez se reconoce dentro del equipo que esto afecta la posibilidad de cumplir con los compromisos con la comunidad: *“Hemos tenido históricamente peleas súper grandes, que nos han llevado a no cumplir algunas veces en temas con la comunidad... No logramos en el fondo hacer a lo mejor una pega en conjunto”* (equipo directivo).

A pesar de lo anterior, se reconoce que la interacción pasa por periodos de mayor conexión y trabajo en conjunto y otros de separación, sin tener claridad en el relato de que podría causarlo: *“antes teníamos más comunicación con los equipos, cuando estaba el Dr. M hacíamos más asambleas con los jefes de sectores y todos incluidos”* (dirigente). Es así como se reconocen momentos positivos de trabajo en donde se ha logrado resolver hasta cierto punto esa tensión: *“entonces parece que eso notó que se rompió un poco, ya no está eso del recelo, que nos miren como sapos...”* (Dirigente)

Otro factor a considerar es la relación existente entre los dirigentes, el equipo y el gobierno local. El equipo directivo reporta que si bien los dirigentes pueden criticar al municipio, los funcionarios no tienen incidencia a ese nivel y dependen administrativamente de la gestión de éste: *“en estos años hemos tenido dirigentes que han querido atacar al gobierno local, y que no es un tema nuestro, entonces se mezclan estas dos cosas”* (equipo directivo), *“me imagino que pueden estar en partidos políticos, que esta sensación de atacar los gobiernos locales sobre todo en tiempos de campaña y todo más que de un trabajo para la misma sociedad”* (equipo directivo).

Desde el equipo, se observan ciertas expectativas frente al rol que creen debieran cumplir los dirigentes, refiriéndose a la necesidad de una comunidad activa que se acerque a las jefaturas: *“que los dirigentes no vengan con los problemas, que vengan con el problema y la solución..., con alguna propuesta sólida y no con un montón de exigencias”* (Equipo directivo). Esto se relaciona con una visión de la función del equipo de salud, donde las jefaturas se ubican en una lógica de recepción de usuarios y no en la lógica de búsqueda para facilitar el acceso.

En relación a como se visualiza el conocimiento de la comunidad, podemos diferenciar diferentes aspectos. Por un lado, se observa desde el equipo, cierta expectativa de que los dirigentes comprendan el funcionamiento institucional: *“Siempre el tema que mayor reclamos hay es el tema de las horas, aunque les expliquemos en todos los tonos como se trabaja”* (equipo directivo). Esto puede traducirse en un obstáculo para la gestión del conocimiento, en cuanto corresponde a una visión profesionalizante donde se espera que la comunicación mantenga los códigos institucionales, sin considerar las características de origen del interlocutor. A pesar de esto y del acuerdo entre los miembros del equipo de que es relevante que los dirigentes tengan información sobre el funcionamiento del CESFAM, para cumplir a cabalidad su rol de orientar a la comunidad de usuarios, no se plantea la existencia de dispositivos formales y permanentes a través de los cuales los dirigentes puedan acceder a este tipo de conocimiento, lo que suma a la dificultad de intercambio de saberes. Es necesario generar procesos y dispositivos adecuados para poder dar a comprender las dinámicas de la institución a los dirigentes.

Por otro lado, no hay acuerdo dentro del equipo de salud sobre si los dirigentes contarían o no con información relevante para ellos. En ese sentido, el flujo de conocimientos está orientado desde el equipo hacia los dirigentes, en una lógica unidireccional de difusión de las prestaciones del CESFAM, más que en un posible aporte del conocimiento comunitario a la gestión del CESFAM. Esto al parecer no sería algo planificado, sino que ha evolucionado en el tiempo que llevan trabajando.

No obstante, se evoca la necesidad de generar otro tipo de relación, donde los dirigentes puedan tomar un rol más activo: *“creo que lo esencial que ellos nos podrían pasar a nosotros o informar son los lugares y donde y cuando se reúnen. Pero no sé qué otra información”* (equipo directivo), *“que ellos estén al tanto de que es importante que vengan, que no siempre la pega sea para allá, andar como pidiendo, sino saber que si necesitamos contar con su ayuda también”* (equipo directivo).

Por otro lado, y desde la visión de los dirigentes, existe la percepción de que el conocimiento de la comunidad en general y de los dirigentes en especial, no es validado como debiera ser, en cuanto no notan que se realicen cambios en el funcionamiento del CESFAM, en base a los aportes entregados: *“no, yo creo que no (se valida el conocimiento de los dirigentes), porque muchas de estas cosas que te hemos comentado se habrían revertido, no estarías solamente tú llamándonos, estarían constantemente atosigándonos”* (dirigente). Esto a su vez, refieren, afecta el nivel de confianza de la comunidad en los procesos participativos, ya que no se avanza en cambios concretos en base a las opiniones emanadas de diálogos con la comunidad: *“como no te consideran la gente no viene, “ qué voy a ir a perder el tiempo si nadie escucha”, son las mismas discusiones de siempre”* (dirigente).

En base a la revisión de las entrevistas, se observan diferencias en las prioridades planteadas por el equipo versus las de los dirigentes. Desde la visión del equipo y en función de las metas de trabajo del CESFAM, es una prioridad la atención de los profesionales en box (atención individual), realizando controles de salud, exámenes preventivos entre otros. Sin embargo, esto se contrapone con las solicitudes de los dirigentes que usualmente se asocian a la ejecución de actividades grupales en contexto comunitario. Estas diferencias en las prioridades deben ser procesadas a través la coordinación y comunicación diarias con los dirigentes, en cuanto los equipos reportan que deben gestionar las expectativas que les plantean los dirigentes: *“hay que estar constantemente diciéndoles. Igual vamos a gestionar por ejemplo talleres, pero dentro de nuestras posibilidades,*

cuidando que no se llene la agenda” (equipo directivo). En base a lo anterior, el equipo directivo reporta que últimamente no ha hecho operativos¹ “... por lo mismo, porque tú haces el operativo y la cantidad de gente que sacas, los bloqueos de agenda, versus lo que realmente se hace, no conviene... Pero el tiempo que ocupaste antes para poder convocar, llamar por teléfono, toda esa inversión de tiempo no se justifica, al final se pierde” (equipo directivo).

A su vez, la existencia de diferentes prioridades, tiene incidencia en la designación de miembros del equipo para el trabajo de coordinación con los dirigentes, ya que las jefas de sector reportan que debido a la priorización de ciertas metas de atención en box y la falta de personal, se designan tareas a funcionarios más que por sus competencias, por la disponibilidad de tiempo para realizar acciones en comunidad, por lo que en el pasado se han dejado de lado miembros del equipo con competencias para el trabajo con dirigentes: *“yo vi más que nada la disponibilidad que tenía de sacar gente más que ver que tan idónea era la gente” (equipo directivo).* Desde este relato, no existiría una visión del trabajo comunitario basado en competencias, ya que como se describe antes, es necesario priorizar otro tipo de acciones dentro del CESFAM. Esto puede configurarse como un obstáculo para los procesos de intercambio de información y conocimiento, ya que se corre el riesgo de que la persona asignada no cuente con las adecuadas competencias o habilidades blandas para generar una buena coordinación con los dirigentes.

A su vez, existen diferencias frente a la disparidad percibida entre la capacidad de oferta del CESFAM y la demanda de servicios planteada por la comunidad, situación que, junto a otras, ‘recalienta’ el funcionamiento institucional, generando problemas de salud mental en los equipos (instituciones calientes). A un nivel más concreto esto se expresa en la capacidad de resolución del equipo directivo, tomando en cuenta los recursos disponibles y como esta es percibida por los

¹ Un operativo corresponde a una actividad de salud que se realiza en sedes comunitarias. Por ejemplo, toma de exámenes preventivos, vacunación masiva, educación en salud, entre otras.

dirigentes como insuficiente, en cuanto no se logran alcanzar los cambios solicitados. Los equipos de sector reportan respecto a ese punto: *“ellos representan a la comunidad, entonces no llegan con una petición, llegan con 500.000, entonces al ser tantas es poco lo que uno puede abarcar, entonces uno se dedica a una, o trata de abarcar la mayor cantidad de cosas, pero siempre hay algo que queda insatisfecha en el fondo”* (equipo directivo).

Esta dinámica genera desgaste psicoemocional en el equipo: *“Nosotros siempre nos sentimos atacadas. Y al final se vuelve una lata trabajar con ellos, en el fondo la sensación que queda es que nos atacan”* (equipo directivo). Se percibe a los dirigentes como la fuente de las demandas de la comunidad, frente a las cuales no siempre pueden entregar una solución concreta, por lo que hay temor a acercarse a ellos, en cuanto se intuye que ese contacto implica la aparición de nuevas demandas: *“tratar de no hacer contacto, para que no te pidan ninguna cuestión. Entonces si fueran un poquito más comprensivos y además un poquito más realista se podrían generar estos cambios y lograr tener establecidos. Pero que también entiendan que ellos son dirigentes de un grupo y tenemos muchos dirigentes, entonces no siempre podemos estar con ellos, no siempre podemos cubrir las necesidades”*.

Si bien desde los dirigentes la falta de acceso a los servicios de salud es un tema central de preocupación, esto no se observa como algo problematizado en el discurso de los equipos, quienes conocen la realidad del servicio y la asumen: *“por ejemplo cuando nos dicen “es que no hay horas”, pero nosotros sabemos que efectivamente si hay horas y que obviamente a veces no van a encontrar porque tenemos una población más amplia los recursos siguen siendo los mismos el CESFAM ya se nos está achicando, entonces claramente va a haber gente que se quede sin hora, pero es una constante”* (equipo de salud).

Otro aspecto reportado -tanto por dirigentes como miembros del equipo- como un factor que incide de manera negativa en la capacidad de coordinación, son las diferencias en el funcionamiento respecto a los horarios y tiempos de trabajo: *“No hemos logrado que como asociación de funcionarios asistan a nuestra reunión,*

probablemente porque como son los días sábado, para ellos es un día familiar” (dirigente CDL). Los miembros del equipo refieren que por situación familiar/personal los actores relevantes como son dirección, jefes de programa, no siempre pueden participar en actividades en horarios fuera de la jornada laboral, la cual es de lunes a viernes de 8 a 17 hrs: *“el día sábado se hace más complicado que el equipo pueda participar, entonces ya casi que solo los ve la encargada, entonces creo que objetivamente eso dificulta un poco la comunicación (equipo directivo).*

A su vez, varios dirigentes con cargos directivos dentro del CDL realizan trabajos remunerados, por lo que no pueden asistir en “horario de oficina”: *“efectivamente un cdl tiene que estar más presente en el consultorio... a mí me es sido difícil por el tema laboral especialmente este año un poco más que el año pasado” (dirigente CDL).* Además de las dificultades para realizar reuniones de trabajo, existen dificultades para realizar otro tipo de coordinaciones fuera de “horario de oficina”, en cuanto los miembros del equipo requieren poner límites claros respecto a cuándo están disponibles y trabajando, versus sus horarios personales, mientras que los dirigentes no marcan esa diferencia, pudiendo intentar contactarse durante diferentes horarios del día: *“... es estresante, porque ellos igual son exigentes, entonces te escriben fuera de la jornada laboral, a las 9 de la noche día viernes (por whasapp)” (equipo directivo)*

Todo lo anterior afecta los procesos de intercambio de conocimiento, ya que les es difícil encontrar espacios comunes donde reunirse para revisar información relevante, o coordinar actividades en conjunto. A su vez, las diferencias en los tiempos institucionales y comunitarios, puede incidir negativamente en la motivación por mantener dicha relación. En cuanto los miembros del equipo perciben de mala manera que los dirigentes intenten contactarse en su “horario personal”, mientras que los dirigentes pueden percibir que no se les contesta con suficiente prontitud a sus consultas.

7.2 PROCESOS

Para lograr una adecuada gestión del conocimiento, es relevante contar con procesos adecuados que satisfagan las necesidades de los usuarios. Actualmente existe una enorme asimetría de información de los usuarios con respecto a los profesionales de la salud, donde a pesar de la existencia de medios de comunicación masivos, a las personas les es difícil comprender la información que se les entrega (Artaza & Méndez, 2011). En base a la información producida en este estudio, actualmente en el CESFAM existen diferentes estrategias dirigidas a favorecer los procesos de intercambio de conocimiento: *“Hay diferentes maneras, hay reuniones hay entrevistas, hay redes sociales como el whasapp, está el tema de la asamblea, hay distintas vías en que se puede entregar la información y ellos pueden venir perfectamente, nosotros no cerramos las puertas ni nada, si necesitan alguna información”* (equipo directivo). Algunas de estas estrategias han sido pensadas y formalizadas y otras que se han generado con el tiempo como respuesta espontánea a la necesidad de informar al público del CESFAM. Dentro de estas estrategias existen:

- Contacto telefónico
- Contacto vía whasapp
- Contacto vía correo electrónico
- Reuniones
- Publicación de carteles informativos
- Redes sociales (Facebook)

Los anteriores, sin embargo, no son entendidos como procesos estandarizados a nivel de CESFAM para el intercambio de información, y cada jefatura los utiliza indistintamente: *“...no existe algo, yo por ejemplo podría por ejemplo enviar todos los meses las fechas que voy a abrir la agenda, pero no se hace”* (equipo directivo). Algunos de estos sistemas son utilizados por la encargada de participación, pero la dirección y jefas de sectores no participan directamente de este proceso. El contacto directo a través de entrevistas con dirigentes no es una

estrategia que se utilice de modo general. Más que nada el contacto entre ellos es en reuniones formales con el equipo directivo y CDL, sin embargo, como se analiza anteriormente, esto puede verse afectado por las diferencias de horarios de los participantes: *“Este año no se ha dado eso (contacto o entrevistas espontaneas con dirigentes), pero si en otras oportunidades llegan a la jefa de sector y pueden hablar alguna inquietud y alguna sugerencia. Pero no ha sido recurrente el último año, el año pasado nos tocó más”* (equipo directivo)

Respecto a estos procesos de intercambio de conocimiento, desde el equipo existe la visión de que la información debe entregarse de forma muy clara y explícita, dado que los dirigentes no manejan a cabalidad el funcionamiento del sistema: *“Por ejemplo, si tenemos 9 médicos, eso no significa que esos 9 médicos vean solo las morbilidades, los médicos ven muchas otras enfermedades, muchos otros controles. Entonces esa información por ejemplo dárselas concretas, “existen 9 médicos, pero de estos tiene esta agenda, por lo tanto nosotros podemos dejar para las horas espontaneas esto”* (equipo directivo). Existe acuerdo respecto a que un buen proceso de intercambio de información y conocimiento, puede aportar a mejorar las relaciones, ya que se evitan malos entendidos y reclamos sobre acciones que ya se están realizando. Refieren que les ha ocurrido en reuniones anteriores, donde los asistentes no manejan la información adecuada: *“había una persona que reclamó mucho, de cosas que nosotros no hacíamos. Es uno de los ejemplos de la falta de conocimiento de las cosas que nosotros realizamos”* (equipo directivo).

Existen visiones diferentes sobre el nivel de efectividad de los procesos actuales de intercambio de conocimiento, tanto dentro del mismo equipo como entre el equipo y los dirigentes. Desde la visión del equipo, se considera que si bien se cumple con informar, la forma no sería la más adecuada: *“creo que puede haber muchas otras instancias que son mucho más directas, pero a mí me sirve. Me funciona. Por ejemplo, cuando yo abro agenda, yo pongo carteles... Y a mí me ha funcionado perfecto. Pero también siento que la persona que no vino en todo el mes al consultorio no se enteró* (equipo directivo). Mientras que desde los

dirigentes, se considera que la estrategia de coordinación a través de correos electrónicos es efectiva y permite difundir con la comunidad la información clave: *“porque si tu mandas un correo diciendo que hay tal evento, incluso puedes mandar un aviso, una invitación o un afiche...tú lo imprimes y listo. Dices “chiquillos, esta esto” (dirigente).* Si, se plantea la necesidad de parte de los dirigentes de potenciar los espacios personalizados de reunión, pero consideran que existen dificultades en cuanto quienes tienen más tiempo disponible son las personas de la tercera edad, los que no necesariamente cuentan con el manejo de la tecnología que les permitiría difundir la información de forma masiva a la comunidad: *“si esto fuera más cotidiano sería más fuerte, pero como nos vemos poco. Ahora el punto es que la gente que tiene tiempo para participar es el adulto mayor y eso hay que reconocerlo, tiene la disposición, tiene paciencia pero tiene muchas cosas en pro, pero también tiene cosas en contra, que el adulto mayor no va a llegar a otras edades, no porque no quieran, sino simplemente porque no manejan ciertas técnicas, porque no manejan las redes, porque ya los cabros de 20 de 30 se manejan por las redes, entonces ahí estas dejando toda la gente afuera” (dirigente).*

7.3 TECNOLOGÍA

De acuerdo a lo reportado por los entrevistados, dentro de las estrategias de trabajo utilizadas en la relación entre dirigentes y equipo del CESFAM se ha incorporado el uso efectivo y regular de diferentes tecnologías digitales de comunicación.

- Facebook

El CESFAM cuenta con Fan page o Página de Fans, la cual corresponde a una red social creada por Facebook para las empresas o personas emprendedoras que desean crear y diseñar marketing a través de ellas. Esta página es administrada por la funcionaria encargada del programa de participación y funciona con dos estrategias generales. En primera instancia a través de esta página se publican los diferentes servicios disponibles dentro del CESFAM, entregando información sobre modo de inscripción al CESFAM, como acceder a servicios, requisitos, campañas, horarios de atención, entre otros. Por otro lado, la página cuenta con un servicio de chat, a través del cual los usuarios pueden realizar consultas directamente a la administradora sobre temas específicos que requieran resolver. La página cuenta con 803 seguidores directos y un alcance que llega a más de 3500 personas.

- WhatsApp:

La aplicación de WhatsApp es utilizado en el funcionamiento cotidiano del CESFAM, tanto para la coordinación interna entre los funcionarios, coordinación intersectorial con otros equipos de la comuna y comunicación con usuarios y dirigentes. Lo anterior se hace principalmente a través de la creación de grupos de chat, organizados ya sea por equipos o por líneas de trabajo. En lo que respecta a la coordinación entre funcionarios se encuentran los siguientes grupos: consejo técnico, equipos de sector, equipo de salud mental, equipo eje preventivo promocional comunitario, entre otros. Además se utilizan grupos de WhatsApp con agrupaciones de

usuarios: taller de habilidades sociales, grupo de usuarios con Parkinson, usuarios haitianos, consejo consultivo, consejo de desarrollo local, etc. Estos grupos de chat son administrados por diferentes funcionarios, dependiendo del programa al que pertenezcan, algunas de las personas que los coordinan son la encargada de participación, encargada de migrantes, terapeuta ocupacional de salud mental y técnico en rehabilitación psicosocial. Independiente del uso de los grupos de chat, se realizan coordinaciones por el mismo medio, de forma individual.

- Correo electrónico:

Este medio de comunicación se utiliza como mecanismo más formal de entrega de información, tanto entre los funcionarios del CESFAM, como con los dirigentes comunitarios. Se utiliza principalmente cuando es necesario compartir documentos, ya sea remitidos por el servicio de salud, documentos de trabajo para revisión (ej.: planes de trabajo) o invitación a eventos oficiales de la comuna.

La comunicación con los dirigentes a través de este medio está a cargo de la encargada del programa de participación, quien remite a los dirigentes información relevante del CESFAM. No existe una periodicidad establecida respecto al envío de correos electrónicos, y dependen de la contingencia del CESFAM.

7.4 CONTENIDOS

7.4.1 Flujo CESFAM-Comunidad

Es posible identificar de los relatos del equipo y dirigentes, temas que se repiten en cuanto a información relevante a manejar por los dirigentes:

- Jefaturas.
- Dotación: tipo y cantidad de funcionarios que se desempeñan en el CESFAM
- Campañas y operativos (vacunación, toma de Papanicolaou, atención oftalmológica, etc.).
- Funcionamiento general de los programas (requisitos de ingreso, prestaciones incluidas).
- Flujogramas: en especial en lo que se refiere a “programas más demandantes”, como son el programa de salud cardiovascular y programa de atención domiciliaria.
- Fechas de apertura de agenda, para pedir hora de atención a profesionales
- Servicios externos: SAPU (Servicio de atención primaria de urgencia), UAPO (Servicio de atención primaria oftalmológica).

Tanto los miembros del equipo como los dirigentes coinciden en que para optimizar la función de los dirigentes, es clave que manejen la información respecto al funcionamiento del CESFAM, “ *que aprendan a moverse de otra manera, que no sea siempre buscar la hora médica*” (equipo directivo). Esto se traduce en la necesidad de que los dirigentes manejen “*el funcionamiento de cada sector, las campañas... a lo mejor tener una red más ampliada con ellos, por ejemplo, con el tema de la campaña que nos pudieran ayudar con el tema de los colegios*” (equipo directivo).

Cabe destacar que existen ciertas áreas prioritarias donde el equipo identifica que los dirigentes pueden realizar un mayor aporte, como son las gestiones en relación al programa de salud cardiovascular y programa de atención domiciliaria, “ *por*

ejemplo postrado (programa de atención domiciliaria), que es una de los programas más demandantes, porque hay mucha gente involucrada, porque el postrado es uno pero los cuidadores pueden ser 3-4, que sepan el manejo, que sepan en que momento hay que visitarlo” (equipo directivo).

Al contrario, existen ciertos programas respecto a los cuales no se requeriría el aporte de los dirigentes, debido al modo de funcionar de los usuarios, como es el caso del programa de salud sexual y reproductiva *“en general las mujeres no se acercan por eso a un dirigente, la gente que más se acerca a los dirigentes son personas que tienen a sus familiares postrados o que son del programa cardiovascular”* (equipo directivo).

A su vez, desde el equipo directivo, relevan la necesidad de que los dirigentes conozcan y trasparen a los usuarios una visión global sobre las posibilidades de acción del CESFAM, de modo de gestionar las expectativas sobre las posibles acciones a realizar, manejando los flujos de demanda de modo que éstas no sobrepasen la capacidad de atención del CESFAM. Plantean que es necesario que conozcan *“...como funcionamos, como funciona cada sector, cuáles son sus jefaturas, cual es la dirección, el tema de la dotación que contamos, la cantidad de gente que tenemos que atender que hay cosas que no vamos a poder resolver”* (equipo directivo), en lo concreto, que puedan entender la relación entre la dotación de funcionarios y la población bajo control.

Algunos temas en los que no hay coincidencia, es en la necesidad de los dirigentes de manejar aspectos generales de atención de salud y en el interés de los dirigentes de trabajar en temáticas de políticas públicas de salud.

Se observa que el dirigente está pidiendo educación en salud, para poder traspasar a su comunidad estos conocimientos, *“ahí uno a veces le preguntan, “mire, yo tengo artrosis ¿y qué significa eso?” entonces si uno no tiene el conocimiento no vas a poder ayudar”* (dirigente).

Se constata una cultura institucional que no confía en las capacidades de los dirigentes como mediadores o monitores de salud, pero a su vez se reporta que al equipo no le interesa este tema porque que está más allá de su alcance o

capacidad de resolución. Respecto a la profundización en temáticas de salud pública, no hay interés de parte del equipo de incluirlo dentro de sus líneas de trabajo, a pesar de que es una demanda que ha surgido en más de una oportunidad en espacios de encuentro comunitario. Se considera que no es un aporte a la gestión cotidiana en salud: *“todo el mundo sabe que es problema de salud pública, entonces daban ideas de opciones, como más horas médicas, las típicas, son las mismas ideas cuando uno va a estas reuniones siempre te piden lo mismo” (equipo directivo)*

7.4.2 Flujo comunidad-CESFAM

Desde la visión de los dirigentes, se considera que pueden aportar con conocimiento sobre como los usuarios evalúan el quehacer del CESFAM y sus diferentes funcionarios: *“como muchos vecinos efectivamente no anotan no escriben (en oficina de informaciones reclamos y sugerencias), nosotros recibimos de piel tanto las cosas positivas “mira este programa esta re bueno”, como los detalles. Nosotros estamos a este lado de la mesa y ese detalle para la dirección, es útil” (dirigente).*

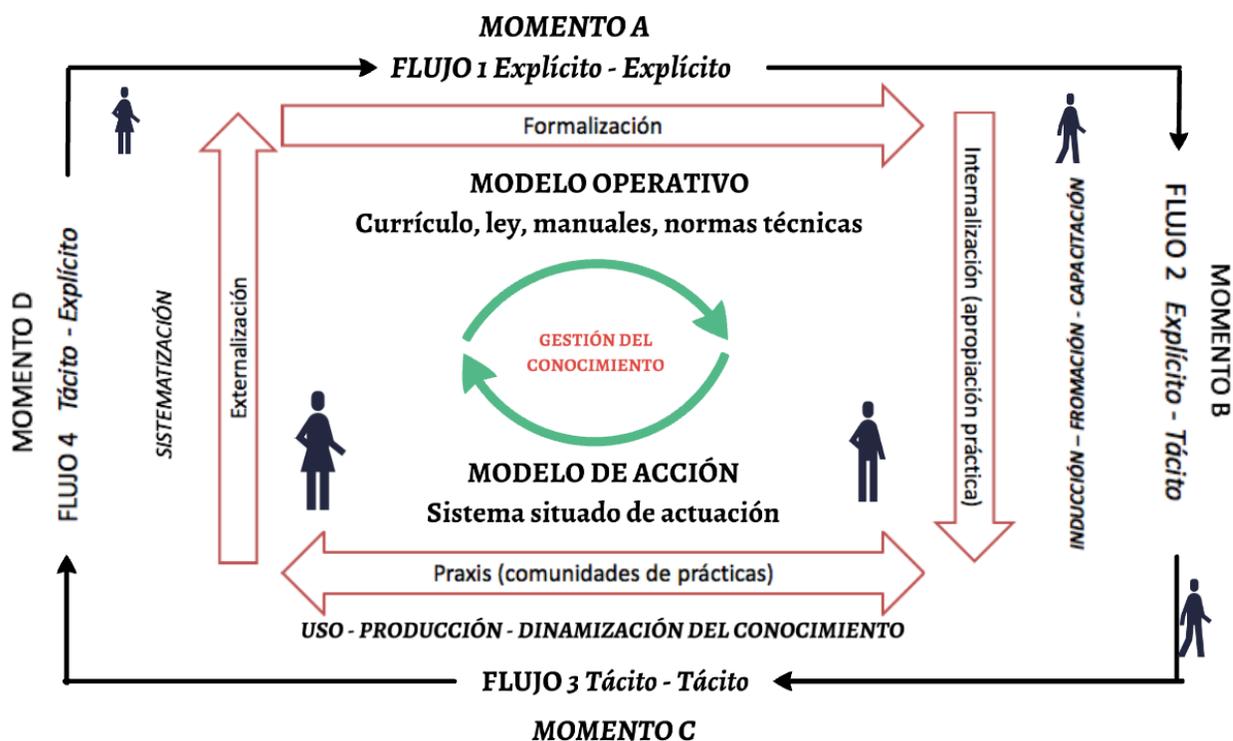
Sin embargo, no hay consenso dentro del equipo de salud sobre el nivel de importancia que este conocimiento mencionado por los dirigentes tiene para la gestión del CESFAM, viendo como pertinente solo aquella información relativa al funcionamiento de las organizaciones, como son los lugares y horarios de reunión que puedan proporcionar estos actores. Esto es un nudo crítico que complejiza la relación, pues no existe una validación del conocimiento con el que cuentan los dirigentes comunitarios. Existiría una validación centrada en el conocimiento experto de los agentes institucionales, y una falta de apertura hacia el saber de los dirigentes y de su relevancia para la gestión del CESFAM.

7.5 DISPOSITIVOS

El equipo plantea que si bien existen documentos claves, no se identifica un dispositivo de Biblioteca, donde se almacene el conocimiento y esté disponible para su uso, *“...existen las dotaciones, existe cada sector tiene sus equipos, quienes son los nombres de sus equipos. No existe un lugar físico para decirte “ya, vaya a buscarlo”, pero se puede entregar”* (equipo directivo). Los documentos existentes los tendrían diferentes miembros del equipo directivo (dirección, jefes de sector y jefes de programa), almacenados en sus computadores o sus correos electrónicos. Para los miembros del equipo, el acceso a estos es fácil, en cuanto los obtiene de sus mismos computadores o lo solicitan a dirección, mientras que para los dirigentes esto no es tan fluido, ya que no está claro el proceso por el cual deben pedirlos o cuáles son los documentos a los que pueden tener acceso y cuáles no. Además existe poca claridad no solo de la manera en que los dirigentes podrían acceder a esta información, sino que se expresan confusiones sobre las normativas que autoricen este acceso: *“una vez nos pidieron el plan comunal y se los podemos mostrar, pero de ahí a que se lo lleven eso es más complicado... Porque hay un tema legal entiendo que nos pasó, lo pueden ver y leerlo porque además está. Ahora si quieren imprimirlo, son como 500 hojas”* (equipo directivo). Se hace referencia a procesos de sistematización y formalización de conocimiento, pero los cuales no son explicitados de esa forma. El equipo plantea que ha generado y difundido material, pero no refieren un mecanismo formal de almacenamiento de estos: *“hemos hecho materiales educativos a lo mejor cada una y lo hemos difundido. O a lo mejor yo misma, cosas de funcionamiento lo he hecho dentro del mismo sector para dar alguna indicación a mí mismo equipo que tiene que ver con los programas pero es lo que va fluyendo en la necesidad del momento, pero no es como “programas”* (Equipo directivo)

8 CONCLUSIONES Y DISCUSION

En este apartado, se presenta una síntesis de los resultados obtenidos, detallando las conclusiones y la discusión que surge de éstas. Para organizar la información, se presentará usando como guía el Modelo de Flujo de Gestión del Conocimiento, en Programas de Proximidad Comunitaria, que se presenta a continuación:



Este modelo distingue 4 flujos del conocimiento al interior del PPC (Ermine, 2008) (Martínez, La Gestión del Conocimiento: Bases Conceptuales, 2018). Si bien se centra en el proceso generado por los profesionales para la dinamización del conocimiento, en el contexto de esta investigación se ampliará su alcance para analizar cómo funcionan estos flujos en los procesos de gestión del conocimiento entre dirigentes comunitarios y equipo de salud. A modo general el esquema describe el proceso a través del cual el conocimiento es dinamizado dentro de la organización. En el Flujo N°1 se formaliza el conocimiento en textos programáticos

o modelos operativos que orientan la implementación del PPC. El Flujo N°2, describe el proceso de internalización o apropiación práctica del conocimiento formalizado en el modelo operativo por los profesionales de la PPC. El Flujo N°3 considera el uso del conocimiento apropiado y la producción de conocimientos situados en la puesta en práctica del PPC en sus contextos de operación (praxis) y, finalmente, el Flujo N°4 presenta como se externaliza o sistematiza el conocimiento producido por los modelos de acción durante la puesta en práctica del PPC.

Partiremos desde el Momento A, relacionado al Flujo N°1. En este nivel, se encuentran las Orientaciones Técnicas respecto a los procesos de participación, los cuales emanan tanto del gobierno central (MINSAL), como del departamento técnico de salud perteneciente al servicio de salud metropolitano sur. Estas orientaciones son estudiadas por la encargada de participación del CESFAM, quien se encarga de asesorar a la dirección sobre las acciones a realizar, además de liderar los procesos de participación del equipo. Pueden distinguirse 4 niveles de conocimiento respecto a las orientaciones técnicas:

- Encargada de programa: las encargadas técnicas de los programas manejan en profundidad las orientaciones técnicas, asisten a reuniones con el departamento técnico y manejan información actualizada sobre las acciones que se le solicita al CESFAM.
- Equipo directivo: maneja a modo general las diferentes orientaciones técnicas, pero es asesorado de forma directa por los encargados de programa.
- Equipo de sector: su conocimiento sobre las orientaciones técnicas es general y está orientado a la acción, en sus respectivos campos.
- Usuarios y dirigentes: no tiene acceso formal a las orientaciones técnicas del CESFAM. Solo acceden de manera indirecta en base a su conocimiento sobre el funcionamiento concreto del CESFAM y las acciones que se realizan con base a las orientaciones.

En lo que respecta al Momento B o Flujo N°2, de internalización, podemos observar que no existe un proceso formal de dinamización formativa del conocimiento. No está instalado en el CESFAM un proceso de inducción para los dirigentes que desean involucrarse en las acciones de participación. Si bien se desarrollan capacitaciones, estas no están organizadas dentro de un plan sistemático y responden a necesidades que surgen en la contingencia. Se desarrollan talleres educativos con usuarios del CESFAM, los cuales se orientan al autocuidado en salud, pero no tiene un enlace con el programa de participación y no tiene una orientación hacia el empoderamiento o formación de líderes. Existe solo una experiencia en el programa de MAS (Adultos Mayores Autovalentes) que busca unir la educación en salud con la formación de líderes, pero esta no se enlaza con el programa de participación, ni con la agrupación de dirigentes que existe actualmente (CDL).

En el Momento C o Flujo N°3 nos encontramos con todas aquellas acciones que corresponden a los procesos de dinamización continua y dinamización socio comunitaria, incluyendo las prácticas de intervención y el uso permanente y situado del conocimiento. Las prácticas de gestión del conocimiento identificadas en el CESFAM, están teñidas por la existencia de una relación tensa entre dirigentes y funcionarios, por un lado, debido a historias de conflictos y desconfianza, en las cuales se mezclan además las interacciones que los dirigentes mantienen con el municipio, agregando matices políticos a las coordinaciones técnicas y comunitarias que deben manejarse.

A modo general, equipo de salud percibe a los dirigentes como una potencial amenaza, al generar demandas que superan las capacidades de respuesta del CESFAM.

La puesta en práctica y gestión del conocimiento se ven influidas por las dinámicas de la cultura institucional, especialmente en lo que refiere a las diferencias entre el funcionamiento institucional y las lógicas comunitarias. Algunas de las diferencias radican en:

- priorización de metas institucionales (cantidad de usuarios atendidos) por los agentes de salud versus priorización de acciones comunitarias (actividades en terreno y promoción de salud) de parte de los agentes comunitarios,
- lógicas estructuradas de relación institucional versus relaciones en el mundo de la vida/comunidad,
- oferta finita de servicios versus demanda siempre creciente de acceso a salud de parte de los dirigentes,
- tiempos institucionales versus tiempos comunitarios (horarios personales, jornadas de trabajo).

En lo que respecta al uso del conocimiento, es necesario destacar primero que se observa una diferencia en la valoración del conocimiento técnico/institucional y el conocimiento comunitario, lo que incide en cómo estos conocimientos son utilizados y dinamizados en las relaciones entre equipo de salud y los dirigentes. Tanto equipo como dirigentes dan gran importancia a que estos últimos comprendan el funcionamiento institucional. Se estima que si los dirigentes comprenden los códigos y mecanismos de funcionamiento institucional les será más fácil acceder tanto a la información como a los servicios que requieren. Sin embargo, no surge en el discurso del equipo de salud la necesidad de generar nuevos códigos para la comprensión del funcionamiento comunitario territorial. Los dirigentes perciben que sus saberes y experiencias no son validados como ellos desearían, existiendo pocos espacios donde realmente se tomen en cuenta sus sugerencias y aportes.

Se observa cierta pasividad en la interacción recíproca, en cuanto los equipos desean y esperan de los dirigentes que éstos se acerquen a ellos con sus propuestas y aportes, mientras que los dirigentes solicitan que los equipos sean más activos en la comunidad y se coordinen con ellos. La falta de formalización de espacios de intercambio de conocimiento genera este nudo crítico, donde ambos sectores se ubican en una posición de recepción, notándose la ausencia de un rol

más activo y propositivo de los actores en la búsqueda de mejorar los procesos de vinculación.

Se observa una diferencia en la posibilidad de acceso a información entre funcionarios y dirigentes. El modelo operativo del CESFAM, que corresponde a las orientaciones técnicas institucionales, es de poco o nulo acceso para los dirigentes. Es manejado casi exclusivamente por los referentes técnicos. Mientras que lo que se trasmite y se comparte con dirigentes y usuarios tiene relación con la praxis cotidiana del CESFAM, en lo que se refiere a horarios de atención, servicios y acceso.

Desde el equipo, se da prioridad a que los dirigentes puedan conocer la brecha entre la demanda de atención y la oferta de servicios, de modo de que los usuarios puedan comprender las dificultades que se presentan en el manejo de la demanda institucional. Por otro lado, los dirigentes se interesan en formarse en un rol de monitores de salud y aprender más sobre procesos de salud-enfermedad, sin embargo, no es una solicitud que sea recogida activamente por el equipo.

En lo que respecta al flujo desde la comunidad al CESFAM, los dirigentes consideran que a pesar de que cuentan con información valiosa, en especial sobre como los usuarios evalúan la atención entregada por la institución, existiría un bloqueo a los saberes que emanan desde la comunidad a la institución.

Los mecanismos que se utilizan para intercambio de conocimiento se pueden agrupar en contacto directo (entrevistas y reuniones), llamadas telefónicas y uso de tecnología, los cuales son utilizados de forma indistinta entre los miembros del equipo, existiendo evaluaciones dispares frente al nivel de efectividad que estos tienen.

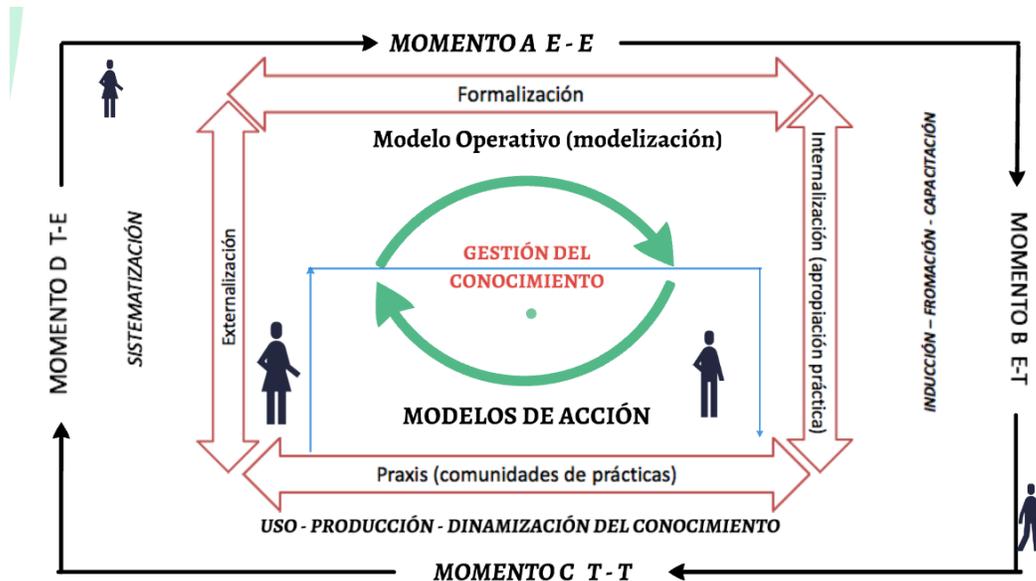
El nivel de acceso a la información entregada, tiene que ver con si el dirigente asiste o no al CESFAM (ej: para ver los afiches), si tiene conocimiento y uso de tecnología (para comunicarse por WhatsApp o Facebook) o si tiene contacto con algún miembro del equipo para llamarlo por teléfono o solicitar una entrevista. Cabe destacar que el uso de la tecnología, si bien está restringido a una población más joven, ha sido una estrategia que ha permitido ampliar el nivel de acceso y

mejorar los procesos de comunicación tanto con los dirigentes como con los usuarios en general.

En los equipos que ejecutan los programas de proximidad comunitaria se propone la existencia de procesos de cuidado y autocuidado, que les permitan aprender a gestionar su propia salud mental y resolver las complejidades que surgen en el marco de las instituciones calientes (Martínez, Los Programas de Proximidad Comunitaria, 2018). En el CESFAM existen actividades de autocuidado, que corresponden a espacios recreativos o deportivos 2 veces al mes en un horario protegido por el CESFAM. Pero no existe un programa formal de autocuidado que se centre en el desgaste de los usuarios en el contexto de instituciones calientes.

En lo que respecta al Momento 4 o Flujo 4, de sistematización y análisis de práctica, actualmente existen en el CESFAM algunos espacios donde se realizan. Entre ellos están las reuniones de equipos de sector, reunión de consejo técnico y procesos de evaluación guiados por el departamento técnico del servicio de salud sur. Los dos primeros se centran en coordinaciones internas sobre el funcionamiento del equipo, mientras el último es coordinado por la encargada de participación del CESFAM y busca monitorear el desarrollo de las acciones con la comunidad, en el marco de las orientaciones técnicas de trabajo y cumplimiento de metas, con énfasis en el nivel de participación de los dirigentes en la planificación y ejecución de las acciones comunitarias de salud. Sin embargo, no existe en la cultura institucional un espacio programado e instalado donde se realice un análisis profundo de las prácticas, siendo la prioridad del funcionamiento mantener al equipo de salud focalizado en el logro de las metas de atención. Las prácticas de trabajo no son analizadas de forma crítica y planificada, por lo que solo son revisadas en situaciones de contingencia para resolver situaciones puntuales. Debido a lo anterior, no se realizan procesos formales de sistematización en el quehacer del CESFAM que permitan recuperar los aprendizajes generados en la práctica situada. Tampoco existen dispositivos de almacenamiento y acceso a la información institucional.

No obstante lo anterior, a nivel de la praxis cotidiana, se trabaja con un sistema de observatorio de prácticas, que queda inserto en los modelos de acción, como se puede observar en la imagen (cuadro azul):



Este proceso permite generar un atajo en el proceso de gestión del conocimiento, donde si bien no existen procesos planificados de sistematización y formalización que vayan a cambiar las orientaciones técnicas, se van ajustando situacionalmente los planes de intervención a ciertas prácticas acotadas de trabajo con los dirigentes. De esta forma, con el fin de satisfacer las demandas de los usuarios respecto a los cuidados de salud y buscar las mejores estrategias de trabajo con la comunidad, se van generando acuerdos y formas de trabajo que varían continuamente. Un ejemplo concreto refiere a las diferentes estrategias de comunicación con los dirigentes, y la necesidad de flexibilización frente a los momentos de reunión. Si bien a principio de cada año se generan calendarios de reuniones entre equipo directivo y dirigentes, éstos deben ser reevaluados y otras estrategias surgen como alternativa cuando las reuniones no son posibles debido

a los tiempos dispares entre institución y comunidad. Estos ajustes se realizan de forma constante, haciéndose necesario aprender a tomar decisiones in situ, articulando flexiblemente los lineamientos programáticos de las orientaciones técnicas del programa de participación con el conocimiento que emerge del proceso concreto de trabajo y vinculación con los dirigentes.

Es necesario revisar y trabajada de forma constante la relación entre dirigentes y equipo de salud, e incorporar a la comunidad como un interlocutor válido, admitiendo que estos son sujetos que poseen capacidades, competencias, conocimientos y un saber práctico de alta validez ecológica, derivados de sus propias experiencias de vida. Considerar además, que los dirigentes cuentan con una buena recepción desde las comunidades a las que pertenecen, configurándose como un recurso en los procesos de difusión y comunicación en salud. (Martínez, *El Enfoque Comunitario*, 2006). De no hacerlo, se corre el riesgo de obstaculizar la capacidad de agencia de las personas involucradas y las posibilidades de vinculación comunitaria e institucional, por ejemplo al internalizar percepciones negativas sobre las personas en situación de vulnerabilidad (Martínez, *La Gestión del Conocimiento: Bases Conceptuales*, 2018). Es posible suponer que en la medida que se organicen de manera formal dispositivos para la gestión del conocimiento, podrían limitarse problemas en la relación social entre equipo y dirigentes, organizando el nivel de demanda, lo que pudiera mejorar la imagen sobre los dirigentes. Por ejemplo si se logra instalar un dispositivo de biblioteca, de fácil acceso a dirigentes, se alivia las consultas realizadas a las jefas de sector, en cuanto la información estaría disponible de forma permanente para la comunidad.

En el marco de la cultura institucional, es importante revisar las diferencias que surgen al observar las lógicas de funcionamiento comunitarias versus las institucionales y como afecta la relación de dirigentes y equipo y las posibilidades de intercambio de conocimiento. Esta situación observada en este estudio, tiene también sus referencias en la literatura, Martínez (2006), plantea que la “la institución y la comunidad poseen lógicas distintas de estructura y funcionamiento.

La institución está presidida por una lógica instrumental, digital, mientras que la comunidad se rige por una lógica de tipo substancial, donde predominan las relaciones más personalizadas (de sujeto a sujeto), naturales y orgánicas. Pero ambas lógicas no son incompatibles, pueden articularse e incluso complementarse en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, programas y proyectos de intervención social (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006)

9 SUGERENCIAS

En primer instancia se hace relevante rescatar las bases de la participación, tal como es sugerida desde las bases de la APS, en Alma Ata, promoviendo la autonomía y autoconfianza individual y comunitaria favoreciendo el ejercicio del derecho a participar en la planificación e implementación de su atención de salud (Rosato, Laverack, & Costello, 2008). A nivel nacional, nos indican los organismos técnicos que no solo debemos asegurar el acceso a la información pública, sino que debemos relevar la participación como una relación activa “cuyo *componente básico está constituido por la comunicación entre ambos, a través de la circulación de la información y el establecimiento de escucha, consulta y control social de las políticas públicas*, en el marco de alcanzar mejorar de la gestión pública. (Erazo, 2009). La participación y los procesos de intercambio de conocimiento, están intrínsecamente unidos, estudios anteriores han demostrado que la falta de acceso a la información y el débil desarrollo de las organizaciones sociales limitan la incidencia de la población en la formulación de políticas en salud (Celedon C. N. M., 1998) (Celedon C. N. M., 2000) y que para favorecer la implementación efectiva de la participación en salud, es necesario promover el acceso de las personas a la información sobre la participación, motivando a los dirigentes a buscar información sobre la salud (Pineda, 2014) . Sin embargo para eso, se hace necesario incorporar practicas gestión del conocimiento, que consideren la situación local y que favorezca el acceso, de lo contrario, como se observa en las entrevistas realizadas, se corre el riesgo de que los dirigentes caigan en procesos de frustración, al encontrarse con barreras de acceso, cesando en sus esfuerzos de buscar información. En paralelo, es importante fortalecer las relación entre la comunidad y el equipo de salud, en cuanto los procesos de participación en salud están afectados por las relaciones que se generan entre los actores, viéndose interferida la capacidad de trabajar desde la perspectiva de la población, la construcción de confianza y habilidades (Pineda, 2014). Es posible suponer que si

se logran instalar prácticas de gestión del conocimiento, esto podría apoyar en el fortalecimiento de las relaciones de compromiso y trabajo en equipo, en cuanto haría más transparentes los procesos de intercambio de conocimiento, estando de esta forma el conocimiento accesible. Por otro lado, sabemos que las características benéficas de la participación son atribuibles a la calidad de las redes sociales de los individuos (Pineda, 2014), por lo que podremos plantear que si los dirigentes logran incorporar dentro de su red al equipo de salud, en un marco de dispositivos formales de gestión del conocimiento podría verse beneficiada la participación en procesos asociados a salud. Para favorecer la generación de estas propuestas, es importante buscar estrategias para articular de forma eficaz las lógicas institucionales y comunitarias, dejando de lado la visión “experto/institución vs no experto/comunidad”. La institución debe reconocer a la comunidad como un sistema vivo, operante y autónomo, abandonando las posiciones organigráficas y verticalistas en el proceso de toma de decisiones, abriendo así espacios flexibles de participación para la comunidad (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006)

La incorporación de prácticas de gestión del conocimiento, permitiría favorecer el intercambio de conocimiento entre equipo y dirigentes potenciando la gestión de la atención y la satisfacción usuaria, aspecto muy relevado en los compromisos de gestión del ministerio de salud (Gobierno de Chile, 2015) y evaluado de forma constante. Lo anterior se fundamenta en lo indicado por la literatura, donde se señala que los usuarios de salud evalúan la atención recibida considerando no solo aspectos técnicos, sino que asignan mayor importancia a los que tiene relación con la comunicación con los equipos clínicos, el trato del personal administrativo, la información respecto de lo que está ocurriendo con su salud o la de sus seres queridos, la infraestructura, hotelería y servicios asociados al confort. Los aspectos de tecnología son evaluados en las últimas escalas, esto demuestra que si bien es importante asegurar un nivel de calidad técnica de la atención, es necesario priorizar los aspectos más relacionales, asegurando un buen trato al usuario, información veraz y oportuna, sistemas para escuchar activamente y

transformar la opinión del usuario en planes de mejora, y espacios de participación y control social. (Artaza & Méndez, 2011).

Para lograr una instalación efectiva de las practicas mencionadas, debe realizarse un proceso por etapas y con el compromiso y participación activa de la comunidad institucional y usuaria de la institución. En primera instancia se proponen algunos puntos clave para iniciar este proceso.

Dispositivos:

Actualmente no está estructurado un sistema de registro o almacenaje de la información accesible a la población. Si bien existen estrategias para acceder a documentos técnicos e información sobre el funcionamiento del CESFAM, estos son de acceso principalmente para el equipo. Es por esto que se sugiere la formalización del proceso de acceso a estos documentos, por parte del equipo y de la comunidad, considerando que información es acceso abierto a los dirigentes, que actores claves podrían tener acceso, en base a sus funciones y como sería la disponibilidad de estos documentos, ya sea considerando un espacio de almacenaje a través de medio digital o análogo. Es importante que dicho material, sea accesible no solo pensando en el mecanismo de almacenaje, sino también en el diseño del material, en lo que se refiere al lenguaje, generando documentos que usen lenguaje claro y adecuado a la población general o espacios de análisis conjunto de estos documentos, para facilitar la comprensión y dinamización de le conocimiento.

Procesos:

Se hace necesario organizar y acordar procesos de intercambio de conocimientos con dirigentes. Dichos procesos deberán ser trabajados de forma participativa con los dirigentes, de modo de asegurar que los acuerdos consideren la realidad local, no solo de la institución, sino también de los dirigentes y comunidad organizada. Es necesario establecer procesos formales de dinamización formativa, para generar la internalización del conocimiento que emana de los marcos operativos.

Lo anterior podría realizarse a través de un proceso de inducción y capacitación para los dirigentes comunitarios que participen o deseen participar de forma activa en la gestión del CESFAM. Se sugiere potenciar las estrategias de trabajo propuestas desde el modelo de gestión del conocimiento para programas de proximidad comunitaria, con las estrategias de acompañamiento, para el fortalecimiento de la agencia y el mejoramiento de los procesos de participación dentro del establecimiento (Martínez, Modelo Sociocomunitario, sin fecha). Dichas estrategias, con énfasis en las pautas relacionales entre las personas y las estructuras de oportunidad, permiten acercan a la realidad concreta de los dirigentes, las oportunidades, incrementando así la probabilidad de apropiación de éstas para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006, pág. 124). Es importante hacerse cargo de estas tensiones y diferencias en la visión entre dirigentes y equipo, en primera instancia promoviendo espacios de dialogo y análisis de las dificultades y buscando llegar a puntos de acuerdo, considerando una participación activa de los sujetos en la definición de sus propios problemas, en el diseño de las estrategias de intervención, en la implementación, evaluación y sistematización de las mismas de modo de pasar luego a una instancia de propuesta de cambios, dentro de los recursos disponibles (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006).Podríamos hipotetizar que en la medida que los dirigentes logran anclarse a la estructura de oportunidades de un CESFAM, a través de la inclusión en los dispositivos de gestión del conocimiento, se podría ver beneficiada y potenciada su agencia y capacidad de trabajo autónomo, permitiéndoles manejarse de manera más eficaz y estratégica en el sistema, cumpliendo la función sindicada por el programa de participación.

A nivel de los equipos de sector, sería importante estudiar más a fondo el nivel de sobrecarga y como éste afecta los procesos de intercambio de conocimiento. Los resultados arrojan que la percepción de sobre demanda de los dirigentes hacia el equipo directivo afecta en la relación entre ellos y en el nivel de motivación para involucrarse en las relaciones con miembros de la comunidad. Esta situación tiene

sentido con lo que comenta la literatura sobre las instituciones calientes (Martínez, El Enfoque Comunitario, 2006) y como las personas que trabajan en ella presentan un bajo nivel de satisfacción laboral, con riesgo de estrés laboral. En ese sentido, estas instituciones podrían beneficiarse de programas de autocuidado de los trabajadores.

Hace falta un cambio de mirada, donde se entienda el trabajo comunitario y la gestión del conocimiento como un sistema formal de trabajo, con base en las ciencias sociales y basadas en las características del territorio.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Artaza, O., & Méndez, C. (Septiembre de 2011). Redes Integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. *Documento OPS/OMS*. Chile.
- Asociación de Investigadores de Mercado. (2015). *Análisis nuevos modelos de Grupos Socioeconómicos*. Santiago.
- Celedon C., N. M. (1998). "Participación y Gestión en Salud",. *XII Concurso de Ensayos del CLAD "Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública"*. Caracas.
- Celedon C., N. M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health*, 99-104.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research designs: choosing among five traditions*. Londres: Sage.
- Eje Preventivo Promocional Comunitario, La Cisterna. (2018). *Informe Diagnóstico Participativo, Cesfam Santa Anselma*. Santiago.
- Encina, Y., & Quiroz, R. (2017). Gestión de Conocimientos en organizaciones públicas. En V. (. Martínez, *La Gestión del Conocimiento en los Programas de Proximidad Comunitaria*. Santiago, Chile.
- Erazo, A. (Abril de 2009). Norma General de Participación Ciudadana en la gestión pública del sistema nacional de servicios de salud. Chile: Depto. Asesoría Jurídica, MINSAL.
- Ermine, J.-L. (2008). Un modele formel pour la gestion des connaissances. *Traité IC2, Série Manegement et Gestion des STIC*, 23.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa* . Madrid: Morata.
- Gobierno de Chile. (2015). Orientaciones técnicas y metodológicas compromisos de gestión en el marco de las redes integradas de servicios de salud.
- Gonzalez, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Ibero americana de educación*(29), 85-103.
- Gretchen, R., & Marshall, C. (1999). *Designing Qualitative Research*. Londres: Sage Publications.
- Hernandez, R., & Fernandez, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Grall Hill.
- Ilustre Municipalidad de La Cisterna. (2018). *Historia de la comuna*. Recuperado el 23 de junio de 2017, de www.cisternal.cl: <http://cisterna.cl/002-historia-de-la-comuna.php>
- Martha Beatriz Peluffo, E. C. (Diciembre de 2002). Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación en el sector público. *Sere de Manuales, Instituto Latinoamericano y del Caribe de planificación económica y social -ILPES*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Martínez, V. (2006). *El Enfoque Comunitario*. Santiago, Chile: Magíster de Psicología Comunitaria Universidad de Chile.

- Martínez, V. (2018). La Gestión del Conocimiento: Bases Conceptuales. *Cuadernos de Trabajo, Magister Psicología Comunitaria, Gestión del Conocimiento desde el Enfoque Comunitario*. Santiago, Chile.
- Martínez, V. (2018). Los Programas de Proximidad Comunitaria. *Cuadernos de Trabajo, Programas de Proximidad Comunitaria*. Santiago: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Martínez, V. (2018). Modelo Sociocomunitario. *Cuaderno de Trabajo N°1, Programas de Proximidad Comunitaria*. Santiago, Chile: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Martínez, V. (sin fecha). *"Bases Conceptuales del Modelo de Gestión del Conocimiento en Programas de Proximidad Comunitaria"*.
- Martínez, V. (sin fecha). Los Programas de Proximidad Comunitaria.
- Martínez, V. (sin fecha). Modelo Sociocomunitario. Santiago, Chile.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. Sage Publications.
- Matus, C. (1987). *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Mohammad, K., & Shamsavani, F. (2014). "Relación entre la gestión del conocimiento y calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería en un hospital de escuela de Zaheda.
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pineda, F. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Monitor Estratégico*(6), 10-20.
- PNUD. (2012). *Desarrollo Humano en Chile*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rosato, M., Laverack, G., & Costello, A. (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revisited. *Lancet*, 372, 962-71.
- Rozas, G. (1992). Desarrollo, participación y psicología comunitaria. *III*(1), 51-56.
- Servicio de Salud Metropolitano Norte. (s.f.). Recuperado el 10 de Noviembre de 2017, de <http://www.ssmn.cl>: http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Sierra, R. (1994). *Técnicas de investigación social*. Madrid: Paraninfo.
- Subirats, J. (2012). *Análisis y Gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria. (sin fecha). Participación ciudadana en atención primaria: un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. Santiago, Chile: MINSAL.

- Valdenegro, M. (2009). Consejos de Participación en la gestión de hospitales de alta complejidad del Servicio de Salud Metropolitano Oriente: un tiempo de reflexión con tiempo para la acción. *Participación social en Salud, Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile*. Departamento de Participación Social y Trato Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Wathne, K. (1996). Towards a theory of knowledge transfer in a cooperative context. *Managing Knowledge-Perspectives on cooperation and competition*, 55-81.

11 ANEXO N°1

11.1 Consentimiento Informado - Entrevista

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por srta. Vinka Martínez Escobar, estudiante de Magister en Psicología Comunitaria, de la Universidad de Chile. La meta de este estudio es “Sistematizar las prácticas de gestión del conocimiento empleadas en la relación entre dirigentes sociales y equipo de salud en el marco del Programa de Participación de CESFAM de la zona Sur de Santiago”

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por srta. Vinka Martínez Escobar. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es “Sistematizar las prácticas de gestión del conocimiento empleadas en la relación entre dirigentes sociales y equipo de salud en el marco del Programa de Participación de CESFAM de la zona Sur de Santiago”

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Vinka Martínez Escobar al teléfono 992234810

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Vinka Martínez Escobar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)