

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA “DR. SALVADOR ALLENDE G.”

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CHILE



**PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SALUD MENTAL:
APROXIMACIONES A PARTIR DEL MODELO DE GESTIÓN
DEL CONOCIMIENTO, DESDE LA PERSPECTIVA DE
EJECUTORES/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
DE QUELLÓN**

Carla Garcés Ramírez

**AFE PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

PROFESOR GUÍA DE AFE:

VICTOR MANUEL MARTINEZ BAVANAL

Una firma manuscrita en tinta negra que corresponde al nombre Víctor Manuel Martínez Bavanal.

PROFESOR CO-PATROCINANTE: Joan Calventus Salvador

Quellón, 31 de julio del 2024.

Índice

Resumen	4
Formulación del problema	6
Marco teórico	8
1. Antecedentes.....	8
2. Participación Social y Salud Mental: contexto chileno.....	10
3. Discordancia de modelos de gestión en Salud Mental.....	15
4. Modelo de gestión del conocimiento.....	19
Objetivo general y objetivos específicos	26
Metodología	27
Tipo de estudio.....	27
Diseño metodológico.....	27
Contexto.....	15
Actores involucrados/as.....	28
Producción de la información.....	31
Análisis de la información.....	32
Consideraciones éticas	34
Resultados:	36
1. Mapa de flujos de conocimiento: Posta de Salud Rural.....	36
2. Mapa de flujos de conocimiento: Centro de Salud Familiar.....	59
3. Mapa de flujos de conocimiento: Centro Comunitario de Salud Familiar.....	79
4. Categorías transversales.....	107
4.1. Lo comunitario.....	107
4.2 Percepción general sobre las instituciones.....	114
Discusión	122
1. Sobre el conocimiento formal.....	123
2. ¿Qué nos dicen y qué entendemos?.....	129
3. ¿Qué se hace y quién lo hace?.....	137
4. De lo tácito a lo explícito.....	150
Conclusiones	158
Referencias	164
Anexos	167

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis profesores, Víctor Martínez y Joan Calventus, por su sabiduría, generosidad y buen humor, su acompañamiento ha sido fundamental para la culminación de este trabajo.

A Javiera Ojeda y Yanibel Contreras, de la red de APS de Quellón, y a Evelyn Alvarado y Marcela Cárcamo, del Servicio de Salud Chiloé, por el apoyo y la motivación que entregan a las mujeres investigadoras de la Isla de Chiloé.

A los/as ejecutores/as y usuarios/as de la red de APS de Quellón, les agradezco muchísimo la generosidad con la que compartieron sus relatos y vivencias, y el valioso aporte que sus observaciones y reflexiones ofrecieron a este trabajo.

Quiero agradecer muy especialmente a mis padres, Cecilia y Juan Carlos, por su incondicional apoyo y por creer en mí más allá de lo imaginable. También a mi hermana Sol y mis amigas/es/os, por su constante apoyo y motivación para seguir.

A mi compañero Matías, por su paciencia, por su risa, por nuestra familia.

Finalmente, mi agradecimiento más profundo es para mi pequeña ayudante de investigación, mi hija Amparo, mi mayor fuente de inspiración y alegría durante todo este proceso.

Resumen

La Participación Social [PS] se ha consolidado como un elemento fundamental para las Políticas Públicas de Salud Mental [SM], siendo reconocida como una condición en sí misma para la SM y para la mejora de la calidad de vida de las personas y comunidades (1), y siendo esencial para los procesos de inclusión sociocomunitaria y recuperación bajo el enfoque comunitario.

Distintas instancias internacionales consideran a la Atención Primaria en Salud [APS] como la forma más efectiva de resolver los problemas de salud física, mental y social de las personas (2); en ese contexto, la PS se establece como uno de los componentes cruciales para su funcionamiento, promoviendo la equidad y propiciando autonomía para las personas y comunidades en un contexto de alta demanda asociada a los determinantes sociales de la salud (3).

El correcto abordaje de las estrategias de PS aún representa un desafío con múltiples dimensiones, generalmente relacionadas por la literatura a su conceptualización, a la falta de financiamiento para dichas estrategias y, según una hipótesis del Plan Nacional de Salud Mental [PNSM], a problemas asociados a una discordancia de modelos de gestión (1).

La presente investigación aborda esta problemática al explorar los saberes y prácticas de los/as profesionales involucrados en las acciones de PS y SM, dado que la responsabilidad de estas actuaciones recae en ellos/as según los objetivos establecidos históricamente en los PNSM (4). Se centra en los/as trabajadores/as de la Red de APS de la comuna de Quellón, dando especial énfasis a la forma en que estos conocimientos se desarrollan y despliegan en territorios aislados donde la red institucional resulta insuficiente para cubrir la demanda en SM, tal como ocurre en el caso de estudio.

Para ello, el Modelo de Gestión del Conocimiento [MCG] propone entender cómo los conocimientos/saberes y prácticas institucionales, profesionales y comunitarias se armonizan, en función de promover la agencia desde los dispositivos públicos a través de la participación de sus involucrados/as, en miras a aportar a la articulación

institucional-comunitaria de los dispositivos, buscando una mayor validez ecológica en los procesos de implementación local de políticas públicas establecidas a nivel central (5).

En la evaluación del componente de PS en SM, se identificaron varias brechas críticas. Primero, las orientaciones técnicas se perciben como modelos teóricos desconectados de la práctica real, resultando en una retórica de la PS que no se traduce en acciones concretas. Segundo, existe una contradicción significativa entre las expectativas de los organismos centrales en cuanto a la implementación de procesos comunitarios y la exigencia de cumplimiento de metas que priorizan un enfoque biomédico. Esta contradicción genera una sensación de postergación del trabajo comunitario y limita la integración del enfoque comunitario en la atención. Además, la sobrecarga administrativa y la presión por cumplir con registros y actas afectan negativamente la calidad de la participación y el intercambio significativo entre equipos y comunidades. Las actas tienden a centrarse en compromisos formales en lugar de capturar conocimientos y prácticas relevantes, lo que limita su utilidad para la gestión del conocimiento.

Finalmente, se concluye que, para mejorar la implementación de acciones de PS y la SM en la APS, es crucial integrar la gestión del conocimiento en las estrategias participativas. Esto implica valorar los saberes y experiencias locales, promover la construcción colaborativa del conocimiento y superar el enfoque reductivo que prioriza los resultados cuantitativos sobre la inclusión y la participación genuina. La articulación efectiva de conocimientos institucionales, profesionales y comunitarios es clave para fortalecer el enfoque comunitario y mejorar la calidad de la atención en SM.

<p>PS: Participación Social</p> <p>SM: Salud Mental</p> <p>APS: Atención Primaria en Salud</p> <p>PNSM: Plan Nacional de Salud Mental</p> <p>MGC: Modelo de Gestión del Conocimiento</p> <p>[]: Notas de la autora</p>

Formulación del problema

La PS se establece como un elemento crucial para fomentar la recuperación en SM bajo un enfoque comunitario (1). En el contexto de la APS, a su vez, se establece como un pilar crucial para su efectividad, promoviendo la equidad y la autonomía en contextos de alta demanda asociada a los determinantes sociales de la salud (3).

A pesar de su importancia, el correcto abordaje de las estrategias de PS en SM sigue siendo un desafío complejo, marcado por problemas relacionados con su conceptualización, la falta de financiamiento, y una posible discordancia entre modelos de gestión (1). La presente investigación explora cómo los saberes y prácticas de los profesionales involucrados en PS y SM se desarrollan y despliegan, particularmente en territorios aislados como la comuna de Quellón, donde la red institucional resulta insuficiente para satisfacer la demanda en SM.

En el ámbito de la SM, la implementación de estrategias de PS ha sido limitada, en parte debido a la falta de apoyo político y financiero. La mayor parte del financiamiento en APS se ha destinado a acciones biomédicas, como la contratación de psicólogos y el aumento de la oferta de medicamentos psicotrópicos, en lugar de fomentar acciones comunitarias y/o participativas (2,6). En Chile, se observan inequidades geográficas significativas en el acceso y calidad de la atención, exacerbadas por la insuficiente formación en PS durante la formación de profesionales y la alta sobrecarga laboral en APS (2). El PNSM indica una baja presencia y coordinación de organizaciones de usuarios y familiares en la formulación de políticas y planes, y una escasa participación en la toma de decisiones (1).

En 2013, solo el 1,6% de los consultantes en SM estaban involucrados en organizaciones de usuarios, mientras que el 18% de las actividades regulares en salud incluían la participación de estas agrupaciones. Esta brecha es atribuida a la baja priorización de la PS por parte de los servicios de salud y a una falta de horizontalidad entre instituciones estatales y organizaciones sociales (4).

El problema central radica en la implementación efectiva de las estrategias de PS y SM, específicamente en cómo estos conocimientos y prácticas en APS se

desarrollan y aplican en contextos como la comuna de Quellón. La falta de una implementación efectiva se manifiesta en la baja participación de técnicos, usuarios y familiares en los dispositivos de salud (6), lo que limita la efectividad y la validez ecológica de las políticas públicas (7). La planificación centralizada y la tensión entre participación directa y representativa también han restringido la descentralización y la respuesta a las necesidades sentidas de la ciudadanía (8).

En la comuna de Quellón, la situación se agrava por la ausencia de dispositivos de atención secundaria en SM y la demora en la construcción de un nuevo hospital, que refleja la crisis de atención en salud y SM y la falta de recursos adecuados para el abordaje de dicha situación en la comuna. La investigación busca entender cómo los conocimientos y prácticas en PS y SM se desarrollan y despliegan en este contexto particular, explorando la armonización entre los saberes institucionales, profesionales y comunitarios, y cómo esto afecta la participación y la calidad de los servicios de SM.

La investigación es relevante porque aborda una brecha crítica en la implementación de políticas de PS y SM en un contexto de alta necesidad como Quellón. La comprensión de cómo se desarrollan y aplican las estrategias de PS en territorios aislados puede contribuir a una mayor validez ecológica de las políticas públicas y mejorar la efectividad de los dispositivos de APS en SM. Al identificar las tensiones entre la teoría y la práctica, y al explorar la integración de saberes institucionales y comunitarios, la investigación puede ofrecer recomendaciones para optimizar la implementación de la PS, fortalecer la coordinación entre instituciones y organizaciones sociales, y finalmente, mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades en contextos de alta vulnerabilidad.

Marco teórico

1. Antecedentes

1.1 Participación Social y Salud Mental

“Es obvio, pero no poco relevante remarcar que no es posible participar solo o sola. Participar requiere de otros/as y de un marco de relaciones sociales. Igual que la salud y la SM, no puede ser alcanzada sola, aislada” (1).

La PS, en sus distintos niveles y formas, se establece como un factor que *posibilita* la SM, así como una condición básica de la salud (1). En ese contexto, se establece que una comunidad dotada de *mecanismos efectivos* de participación contaría con un mayor capital social y mayores oportunidades para la protección y promoción de su SM, bajo la premisa de que las personas sólo pueden ser saludables en un marco de relaciones sociales, afectivas y comunitarias (1), considerando la afectividad como una de las dimensiones esenciales de las comunidades humanas, en tanto vivir en comunidad es afectarnos e intervenirnos recíproca y permanentemente, a partir de nuestra emocionalidad construida de forma colectiva (9).

Así, las redes sociales e interacciones que se promueven a través de la participación influyen positivamente en la calidad de vida de las personas (10), generándose un círculo virtuoso entre bienestar y participación, donde una promueve la otra (10) considerando que existirían ganancias a partir de la participación en colectivos que Bordieu asocia al capital social, entendido como los recursos reales/potenciales generados a partir de una red de relaciones, más o menos institucionalizadas, de conocimiento y reconocimiento mutuo (10).

La PS, como derecho ciudadano, se vuelve una *condición imprescindible* de la inclusión social (1) y la inclusión, a su vez, es primordial en los procesos de recuperación de las personas usuarias del área de SM, cuya recuperación depende más de la inclusión social y el ejercicio de sus derechos que de la atención psiquiátrica propiamente tal (1).

1.2 SM en APS

El malestar psíquico reportado ampliamente por personas y comunidades en Latinoamérica y el mundo, y su interrelación con la creciente prevalencia de diagnósticos relativos a *trastornos* de SM, han decantado en que la mejora en el acceso a tratamientos en SM constituya uno de los principales desafíos para las políticas globales de salud pública (2). En ese contexto, existe un reconocimiento histórico al potencial de la APS para el abordaje de los problemas de salud a través de la mejora en la disponibilidad de acceso a la red de salud pública (2,6).

La APS nace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible a través de la organización y actuación de los sistemas de salud, maximizando la equidad y prestando atención integral, integrada y pertinente, poniendo énfasis en la promoción y prevención y garantizando el primer contacto de los/as usuarios/as con el sistema de salud, considerando a las familias y comunidades como la base de su planificación y actuación (11).

La Declaración de Alma Ata (1978) señala la APS como la forma más efectiva de alcanzar niveles adecuados de salud física, mental y social (12); mientras que la Declaración de Caracas (1990) consideraba que ésta representa el principal vehículo para la entrega de servicios de SM (13). A su vez, el Plan de Acción sobre SM aprobado desde el año 2009 por los ministros de Salud de las Américas y el consejo directivo de la OPS/OMS, reconoce los servicios de SM centrados en la APS como una de las cinco estrategias fundamentales para contribuir al disfrute de una óptima SM, considerando la necesidad de disminuir las brechas de tratamiento a través de la participación de los equipos de salud general (6).

1.3 PS en APS

Distintas instancias internacionales han relevado la potencialidad de la PS en la APS, señalando que ésta es crucial para promover la equidad, el fortalecimiento de la voluntad política para los cambios que requiere el trabajo relacionado con los determinantes sociales de la salud, y para propiciar la autonomía de las personas y comunidades (3).

La declaración de Alma Ata (1978) señala que la PS y la autorresponsabilidad de las personas y comunidades son fundamentales en el funcionamiento de la APS, poniendo especial énfasis a la educación de la población para ampliar su capacidad de participar (12). Por su parte, la Conferencia de Ottawa (1986) plantea que el sector sanitario no puede proporcionar por sí mismo condiciones previas o perspectivas favorables respecto a la salud, sino que son las personas de todos los medios sociales quienes están implicadas, en tanto individuos, familias y comunidades; en esa línea, destaca la responsabilidad del sector sanitario para actuar como mediadores entre intereses antagónicos, en favor de la salud (14). La Declaración de Caracas (1990) enfatiza en la necesidad de desarrollar programas con características descentralizadas, participativas y preventivas, basados en las necesidades de la población (13); mientras que la comisión para los determinantes sociales de la salud de la OMS (2005-2008) resalta la necesidad de beneficiarse de la creciente función de la sociedad civil para compartir el conocimiento respecto a la SM y para apoyarse mutuamente (15). Actualmente, la conmemoración de los 40 años de Alma Ata ratifica la importancia de la PS en la Declaración de Astaná (2018), estableciendo como una de sus cuatro prioridades el desarrollo de estrategias participativas que empoderen a las personas y comunidades en el cuidado de la propia salud (16).

2. Participación Social y Salud Mental: contexto chileno

El Modelo Comunitario orienta los procesos de recuperación en el contexto de actuación de las personas, favoreciendo su participación, inclusión y el ejercicio de sus derechos como condición para la mejora de su calidad de vida (1); a partir de esto, considera especialmente importante el concepto de inclusión sociocomunitaria, considerando la inclusión social, como la capacidad de las personas para incluirse en las instituciones públicas, y la inclusión comunitaria, que supone la inclusión de las personas dentro de sus comunidades y contextos relacionales, fuera de la institución. La armonización de ambas sería la inclusión sociocomunitaria, que suma la capacidad de las personas para su inclusión y participación, más las capacidades de las estructuras institucionales y comunitarias para incluirlas (1).

El PNSM de Chile (2017-2025) enmarca la PS dentro de sus valores y principios asociados al respeto y promoción de los derechos humanos y la considera fundamental tanto para el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, como para el Modelo Comunitario de Atención en SM; para ambos la PS, el empoderamiento y la organización de usuarios/as y familiares son esenciales en la co-construcción de procesos integrales de recuperación (1).

En esa línea, el enfoque de *recovery* transforma el rol pasivo que históricamente se había dado a los/as usuarios/as, en un rol proactivo como personas expertas en el manejo del padecimiento psíquico y el funcionamiento de los dispositivos de SM, promoviendo el acceso a mayores niveles de poder en el control de sus vidas y sus procesos de atención (1). Por otra parte, el PNSM releva la PS a través de uno de sus objetivos estratégicos, en donde el proceso de Mejora Continua de la Calidad en la gestión organizacional de los nodos de la Red Temática de SM considera la participación de usuarios/as en el desarrollo de propuestas y procesos de mejora de los dispositivos de SM (1).

A su vez, el Plan de Acción de SM (2019-2025) indica dentro de sus principios orientadores la descentralización y participación, señalando que la PS es esencial para el necesario reconocimiento de la diversidad de realidades del país, recalcando la necesidad de abordar y beneficiarse de éstas. Para ello, tiene como objetivo la generación de mecanismos que permitan aumentar las acciones de participación e inclusión social de personas con padecimiento psíquico (17).

Todo esto, posiciona la participación como una de las líneas de acción del PNSM, cuyo objetivo busca el desarrollo de espacios de PS, en los niveles ejecutor, consultivo y decisor, sobre políticas, planes, programas e intervenciones de SM, con énfasis en usuarios/as, familiares y grupos vulnerables, postergados y excluidos (1).

2.1 Praxis de PS y SM

La orientación comunitaria de los PNSM ha promovido históricamente el desarrollo de objetivos asociados a la PS de usuarios/as, organizaciones de usuarios/as y sus

familias, otorgando responsabilidad a los equipos sanitarios para el desarrollo de estos (4).

Para el primer PNSM (1993), se describe como objetivo *“asegurar espacios que posibiliten la presencia de la comunidad y sus distintas formas de organización en la programación, ejecución y evaluación de las acciones de SM”* (4); el segundo PNSM (2000) amplía dicho objetivo, y prioriza la participación de usuarios y familiares, otorgando a los equipos de salud la responsabilidad de estimular el protagonismo de estos agentes (4)

El actual PNSM centra su foco en el desarrollo de normativas para que los equipos de salud implementen mecanismos de participación (1) a la vez, declara que la PS efectiva de usuarios/as y familiares requeriría de un cambio cultural respecto a la forma en que los equipos de salud se relacionan con las personas participantes de dispositivos públicos de SM en todos los niveles de atención, en función de que estos últimos puedan acceder a más poder de decisión y autonomía respecto a sus vidas, tomando roles activos dentro de los establecimientos de salud (1); así también, la Red Temática de SM plantea como desafío la generación de mecanismos y estrategias participativas e inclusivas *“para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local”* (18), buscando la generación co-construida de soluciones, así como la conformación y fortalecimiento de redes locales (18).

2.2 Brechas para la puesta en práctica de estrategias de PS

Pese a los avances epistemológico-técnico-prácticos nacionales e internacionales en la materia, diversos autores señalan que la PS en dispositivos públicos de SM se ha encontrado con distintas brechas para su efectiva puesta en práctica. Se consideran las limitaciones encontradas en la literatura respecto a su conceptualización y a la precarización de la SM, ahondando en la hipótesis del PNSM sobre una discordancia de Modelos de Gestión; todas estas, situaciones que afectarían la participación de las personas y comunidades en todos los niveles de atención (1).

Respecto a su conceptualización

La literatura asocia los problemas relativos a la PS con una falta de consenso en cuanto a qué se entiende por ésta (3), lo que dificulta las posibilidades de elaborar una conceptualización universal que responda a prácticas comunes.

Sobre las formas en que la participación toma cuerpo en la política de salud pública chilena, existen muchas y muy variadas estrategias institucionales: Consejos de Desarrollo Local (CDL), Presupuestos Participativos, Promotores Comunitarios de Salud, Consejos Consultivos, Consejos de la Sociedad Civil, Audiencias Públicas, Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales en Salud, entre otras (1, 18); en ese contexto, algunos expertos postulan la existencia de inconsistencias conceptuales respecto a lo que se comprende por PS en el marco legislativo chileno, ya sea en las actuaciones que vienen derivadas de políticas o marcos legales más amplios, como también de mecanismos que están situados en políticas sectoriales más específicas, como los anteriores (19).

Destaca que numerosas definiciones corresponden a miradas más bien teóricas y filosóficas sobre la PS, "*faltando un entendimiento desde la mirada de quienes están involucrados[as]*" (20). Dicha falta de consenso se explica, a grandes rasgos, por formas dicotómicas respecto a cómo se ha comprendido tradicionalmente la PS: como un medio, o como un fin (21).

Algunos/as autores/as conceptualizan la PS como un medio, comprendiendo que la recomendación de participación de usuarios/as y sus familias en la construcción y evaluación de políticas públicas y servicios de SM, respondería a una práctica más bien simbólica de la misma y no una de real generación de autonomía en las decisiones que afectan la propia vida (21). Tomando en cuenta el marco legal en que se desarrollan estas actuaciones, la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, la Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública y la Política Nacional de PS en salud, encontramos que éstas se centran, a grandes

rasgos, en formas institucionales de PS (3), relacionadas con actuaciones en salud donde la PS es comprendida como un medio para la mejora institucional.

Por otro lado, la PS entendida como un fin implica que las personas ganen control sobre la toma de decisiones que afectan la propia vida, fomentando la vinculación con la comunidad donde se vive (21). Esta participación requiere de un contexto en que se entregue mayor poder de decisión a los/as actores involucrados/as (31); sin embargo, existen menos ejemplos de la PS comprendida y ejecutada de esta manera (3).

Respecto a la precarización de la SM

Otra de las brechas importantes para la ejecución de acciones de PS en SM se relaciona con la precarización de este sector en las políticas, planes y programas públicos. Se sostiene que ésta suscita la generación de políticas públicas altamente costo-efectivas, a través de la implementación de programas evaluados en función de una economía de la salud que no impacta en las esferas de la sociedad donde la situación expresa sus síntomas (22).

El PNSM también identifica como una brecha el bajo gasto público en la materia, señalando que éste obliga a desarrollar intervenciones principalmente curativas, aumenta la automedicación y sobrecarga a los equipos de salud (1), especialmente en territorios aislados y con redes institucionales insuficientes para cubrir la demanda de personas con padecimiento psíquico, como lo es la comuna de Quellón, ubicada al extremo sur de la Fūta Wapi Chilwe [Isla Grande de Chiloé, en Chesüngun] en la Región de Los Lagos.

La provincia de Chiloé se caracteriza como un territorio con un conjunto de factores que afectan su potencial de desarrollo, entre ellos, la calidad de vida de sus habitantes, la obstaculización del asentamiento de nuevos contingentes humanos y la dificultad en el acceso a los servicios públicos del Estado (8); dicho contexto releva la importancia de los centros de APS para el acceso a atención en SM, considerando que hasta la fecha no se han implementado Servicios de Atención Secundaria en SM en la Provincia. En Quellón, específicamente, la situación se

hace aún más precaria, considerando que el nuevo Hospital para la comuna, que comenzó su proceso de construcción hace más de 10 años, a la fecha, se encuentra a la espera de ser inaugurado.

Contexto

La comuna de Quellón, perteneciente a la Región de Los Lagos, se encuentra ubicada en el extremo sur austral de la Fñta Wapi Chilwe en el archipiélago compuesto por la Fñta Wapi y sus 40 islas aledañas. Para sus habitantes, la falta de acceso a servicios públicos y la falta de conectividad se presentan como necesidades constantes, considerando lo accidentado de la geografía de la Fñta Wapi y sus islas, a lo que se suma que durante la estación invernal el desplazamiento se restringe significativamente, afectando especialmente a la población rural de las comunas que componen el archipiélago (8).

Debido a su aislamiento, su escasa y altamente dispersa población y la presencia deficitaria del aparato público, Chiloé se considera en situación de desigualdad en relación con el resto del país (8). La comuna de Quellón se encontraría atravesada por determinantes sociales de la salud en ámbitos socioeconómicos, territoriales y sanitarios que generan un impacto en el acceso a los servicios de SM y, por lo tanto, en las posibilidades de participación en salud y SM de sus habitantes. Considerando esta situación de desigualdad, fue fundamental explorar la experiencia de los/as actores que se ven involucrados/as en el funcionamiento de la red de APS de la comuna de Quellón.

La red asistencial de APS del Servicio de Salud Chiloé contempla 10 Centros de Salud Familiar [CESFAM], 14 Centros Comunitarios de Salud Familiar [CECOSF] y 72 Postas de Salud Rural [PSR]; de ellas, 1 CESFAM, 3 CECOSF y 14 PSR se encuentran en el territorio dependiente de la comuna de Quellón (31). Hasta la fecha, el archipiélago no cuenta con el nivel secundario de atención en SM -a través de Centros Comunitarios de SM [COSAM/CESAMCO]- y la comuna de Quellón aún se encuentra a la espera de la inauguración de su nuevo Hospital.



Esquema N° 2: Red de Establecimientos de APS de Salud de la comuna de Quellón (32).

3. Discordancia de modelos de gestión en Salud Mental

“Asistimos a una preocupante discordancia entre el ideal de la gestión basada en el modelo comunitario de SM y las exigencias de una gestión basada en gran medida en el cumplimiento de metas cuantitativas en todos los niveles de complejidad que no necesariamente corresponden a las necesidades de la población. Esto distrae la atención de las autoridades locales, desplaza las acciones de promoción y prevención, y limita la participación efectiva de la comunidad en las acciones de salud en todos los niveles de atención”

(1).

Para comprender la hipótesis planteada por el PNSM, se ahonda en definiciones sobre el llamado *Modelo basado en el cumplimiento de metas cuantitativas*, así como en el *Modelo Comunitario*:

3.1 Modelo basado en el cumplimiento de metas cuantitativas

A grandes rasgos, se postula que el *modelo basado en el cumplimiento de metas cuantitativas* hace referencia al planteamiento institucional de las actividades que la APS debe desarrollar y, especialmente, la forma que tiene de medir el cumplimiento de dichas acciones por parte de los equipos de salud.

Las actividades de la APS se desarrollan según una *canasta de prestaciones* definida por decreto presidencial de forma anual (16) y su cumplimiento es medido en términos de resultados de salud y de gestión, que monitorean tanto los Servicios de Salud como el propio MINSAL, calculando y controlando dichas acciones a través de diversos instrumentos de evaluación del desempeño: Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), Metas sanitarias, Índice de la actividad de APS (IAAPS), la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), entre otros (16); para efectos de la presente investigación, nos referiremos a estos instrumentos de forma general como *metas*.

Las metas se entienden como un sistema complejo de intervención y evaluación de las acciones sanitarias (23), y son fijadas por el Ministerio de Salud y adecuadas para cada comuna por sus respectivos Servicios de Salud, encontrándose asociadas al pago de asignaciones al desempeño colectivo según su porcentaje de cumplimiento, y establecidas a partir de objetivos sanitarios trazados para la década 2021-2030 (23) donde la PS se levanta como uno de los cuatro ejes de acción del Modelo de Salud integral, que propone como objetivo al 2030 “*fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud*” (23), dando especial énfasis a la *gobernanza* de los sistemas sanitarios a través de la incorporación de la ciudadanía en procesos de definición e implementación de políticas, para el aumento de su pertinencia y efectividad (23). La forma de control de dichas metas se refleja en la supervisión de éstas de parte del Servicio de Salud y su relación con el sueldo/bonificaciones de los/as funcionarios/as, lo que incluye una infinidad de prácticas: el control de las agendas, asignación de tiempos por prestación, estimación de número de controles, entre otros (23).

En ese contexto, existen investigaciones que señalan que el énfasis desmedido del sistema de salud público en evaluar sus programas en función del número de personas atendidas y/o prestaciones entregadas, atentaría contra la calidad de la atención (6). Sumado a esto, la literatura indica que la PS en los dispositivos públicos de SM chilenos se encontraría mediada por el diagnóstico clínico-psiquiátrico, ubicándose como punto de partida para toda política e intervención en el campo de la SM pública, desde canastas de prestaciones, orientaciones técnicas, registros estadísticos, a los procesos de tratamiento que se traducen en las prácticas de los/as ejecutores/as, debido a esto, se plantea que “*sin diagnóstico específico, no hay intervención ni oferta posible*” (2).

Por último, en términos de financiamiento, el PNSM declara que si bien es posible estimar globalmente los recursos que se necesitan para cubrir brechas existentes respecto a las acciones en SM, existirían brechas de información que deben ser resueltas para elaborar un programa de financiación, entre ellas, no se tienen cuantificados los recursos utilizados en intervenciones comunitarias (1).

3.2 Modelo comunitario de SM

Sobre el segundo, el modelo comunitario según el PNSM no estaría definido por el espacio físico, sino más bien por las interacciones entre las redes sociales que “*constituyen la vida de un barrio determinado*” (1), por lo que la atención de SM estaría inmersa de dicha realidad comunitaria, participando de ella (1).

Para profundizar, la literatura indica que el Modelo Comunitario sería un enfoque metodológico que orienta el trabajo entre las instituciones y las comunidades con las que se vincula, lo que le permite diseñar, implementar, seguir y evaluar políticas, programas y proyectos que faciliten el cambio socio-comunitario. Lo anterior, implica que la intervención comunitaria requiere de la estimulación y planificación de la PS de los/as actores en la definición de sus propios problemas y soluciones locales para el diseño de las estrategias de intervención, su implementación, evaluación y la sistematización de estas, reconociendo y validando el capital social y saber práctico de las personas y las comunidades (24).

El modelo comunitario será entonces el acercamiento más próximo a la experiencia, que regula desde ésta su validez y utilidad, buscando la elaboración de teorías de pequeño alcance, de carácter situacional, estratégico y orientado a la acción, centrándose más en el cómo del funcionamiento de las comunidades que en el por qué, mucho más propio de la teoría y, en el campo de la SM, del diagnóstico. Todo ello, hace que la arquitectura del enfoque comunitario esté orientada a lograr la interpenetración entre el mundo institucional y el mundo comunitario de la vida a través de la participación de sus involucrados/as (24).

4. Modelo de gestión del conocimiento

Las brechas en la ejecución de prácticas asociadas en PS expuestas previamente, sugieren la existencia de un problema con diversas dimensiones, no exento de dificultades teórico-prácticas para su abordaje. Para aproximarnos a una comprensión acabada del fenómeno, se presenta el MGC.

“La gestión del conocimiento debiera empezar por derribar los muros internos que paralizan a los programas de la política pública (bloqueando la producción y circulación de su propio conocimiento interno) para enfrentarse con decisión y coraje al más compacto de los muros: la brecha entre la institucionalidad y la comunidad” (25).

4.1 Bases conceptuales del MGC

Los lineamientos que siguen presentan las bases conceptuales del MGC, en función de comprender su orientación, su contexto de ocurrencia, distinciones teóricas importantes, sus características principales y su aplicación práctica.

Prácticas de planificación situacional

Los dispositivos públicos de SM se sitúan en la frontera entre lo institucional y lo comunitario, lo que significa que su diseño es centralizado, pero ejecutado localmente, por lo tanto, si bien tienen una proximidad geográfica con las personas, su proximidad metodológica se aleja del enfoque comunitario como lo entendemos, donde las acciones de acompañamiento se propician en y con las comunidades (5).

La planificación en base al modelo comunitario postula que toda intervención comunitaria debe ser planificada de forma situacional y, a partir de esta, programada de manera rigurosa, procurando siempre mantener espacios abiertos y regulados de participación de los actores comunitarios (24). En ese contexto, la planificación situacional es una metodología de mayor flexibilidad que la planificación normativa que usualmente se utiliza en la política pública chilena. Planifica en función de situaciones que son siempre únicas y cambiantes, por lo tanto, toma la perspectiva de los/as actores estratégicos/as implicados/as en el escenario de la intervención y producción del conocimiento (7).

En este contexto, se postula que la PS, el saber y las prácticas profesionales y comunitarias en torno al cuidado de la SM, son fundamentales para que los/as ejecutores/as puedan comprender las trayectorias de recuperación de las personas y funcionar como intermediadores/as entre la institución y las comunidades para el fomento de la PS y la inclusión sociocomunitaria.

Comunidades de práctica

Nos referiremos a estas comunidades como el nicho en el cual las prácticas adquieren su forma y se nutren, produciendo vínculos entre sus miembros a partir de los aprendizajes adquiridos cuando son compartidos de forma recíproca y colaborativa; la pertenencia a una comunidad de práctica se da a partir del compromiso de las personas en procesos de negociación permanentes sobre el sentido de dichas acciones. (26)

Así, las comunidades de práctica resguardan el conocimiento tácito que la institucionalidad no puede capturar, constituyéndose en sistemas de registro informal de saberes y prácticas situacionales, desarrollando prácticas comunes y produciendo una base de conocimientos basada en intuiciones, convicciones y constataciones que se sustentan en la experiencia, (re)elaboradas a través de la conversación, incluyendo relatos con fuertes resonancias afectivas (26); lo anterior, fortalece las competencias de los equipos, a la vez que busca consolidar su

identidad, siendo encargadas, también, de formar a las personas que ingresan a los Programas (26).

Sin embargo, la comunidad conformada al interior de la matriz institucional de trabajo no está diseñada desde la institucionalidad y, por lo tanto, su patrimonio de conocimientos y saberes no necesariamente se encontraría reconocido por la misma (26).

Modelo Operativo y modelos de acción

El modelo comunitario enfatiza una distinción clave en los dispositivos públicos: su marco de Modelo Operativo y sus modelos de acción, indicando que ambos se encuentran en planos ontológicos distintos (7).

Los Modelos Operativos se diseñan para guiar la implementación y ejecución de las políticas públicas, por lo que, en el ámbito público del accionar en SM, el ejemplo más claro serían los Planes y Programas nacionales y las orientaciones técnicas ministeriales. Por su parte, los modelos de acción se ubicarían en el campo de las prácticas situadas, configurándose como las acciones de puesta en práctica de los marcos operativos y técnicos (7).

Conocimientos y Saberes

La presente investigación se adscribe a la distinción entre los conceptos de conocimiento y saber; el primero sería un conocimiento explícito, asociado a teorías, postulados y leyes, de carácter universal y autoritario que pretende ser impersonal e indirectamente da significado al mundo; y el segundo, asociado a saberes tácitos, estaría sustentado en las experiencias y creencias, producido a través del diálogo y consensos y basado en testimonios que recogen la experiencia personal y directa con el mundo (27).

La literatura (27) señala la existencia de, por lo menos, tres planos de producción del conocimiento:

El primero sería el conocimiento experto, también llamado conocimiento institucional, basado en lógicas de producción científicas que, en el marco del Modelo Operativo, se expresa a través de textos y manuales, basando “*la objetividad de su conocimiento de la realidad a través de la frenética medición*” (27), sustentada en el principio de universalidad.

Sobre el segundo, el conocimiento producido por implementadores/as de programas y proyectos, también llamado saber profesional, que se encuentra en el plano de los modelos de acción, produciendo aprendizajes colectivos, de manera natural y espontánea, generando un patrimonio de conocimientos sobre su quehacer.

Y tercero, los saberes comunitarios y populares, compuestos por matrices de conocimientos, prácticas y representaciones locales, a través de las cuales las personas comprenden y se ajustan al entorno natural de la vida, producto de interacciones continuas y constantes.

Dicha propuesta exige aproximaciones teórico-constructivas que integren de manera dinámica “la concurrencia entre el nuevo conocimiento teórico adquirido en el terreno de la ciencia y en el contacto productivo con las personas de ‘carne y hueso’, que le dan vida a las comunidades locales” (27); en ese contexto, se postula que existiría un monopolio del conocimiento experto/institucional como vía única para la producción de conocimiento, que decanta en el menosprecio tanto de los saberes comunitarios, como del conocimiento producido en las comunidades de práctica; desarticulación que generaría un debilitamiento en la capacidad de comprensión de la realidad comunitaria.

Características del MGC

El MGC responde a una práctica situacional, que propone gestionar el patrimonio de conocimientos que (re)producen los dispositivos públicos en la acción; lo anterior, a través de la dinamización del conocimiento de los/as participantes del dispositivo a nivel local en la puesta en práctica de los programas estatales, con el fin de que cada miembro tenga la oportunidad de “*vivir experiencias de aprendizaje y*

crecimiento que contribuyan a mejorar la toma de decisiones y los resultados obtenidos” (7).

La gestión del conocimiento, como método de intervención comunitaria, requiere considerar el conjunto de acciones que los/as profesionales del área de la SM pública destinan a la promoción del desarrollo de las comunidades a través de su participación en la transformación de su propia realidad (28). Todo esto la hace una herramienta que permite visibilizar y valorar la producción de conocimiento local, común y situado de personas y comunidades, ejecutores/as y tomadores de decisiones, *“posibilitando una mejor articulación con los lineamientos programáticos institucionales (...) contribuyendo así a optimizar su puesta en práctica, dándole mayor pertinencia a su diseño y, por ende, mayor validez ecológica” (5).*

Flujos de Gestión del Conocimiento

El MGC sería entonces “lograr la mejor articulación posible entre modelo operativo y los modelos de acción en los procesos de implementación y ejecución” (7) al explorar sistemáticamente las formas en que el conocimiento institucional se articula con el saber y praxis profesional y comunitaria, en búsqueda de generar escenarios de poder y toma de decisiones compartidas. Lo anterior, facilita los diseños de acoplamiento, poniendo en práctica “una diversidad de saberes situacionales sobre un elemento compartido” (5), e impulsando nuevas formas de organización y equilibrio de poder entre el mundo institucional y el mundo comunitario de la vida.

Para ello, existen cuatro flujos de gestión del conocimiento donde se producen conocimientos y aprendizajes

Flujo 1: de formalización del conocimiento en textos programáticos

El primer flujo de gestión del conocimiento trabaja con el conocimiento explícito, en el campo del Modelo Operativo, poniendo a disposición de los/as ejecutores/as la información conceptual, metodológica y operativa que la institución necesita para cumplir los objetivos propuestos; para ello, considera los textos que entregan los lineamientos que orientan la implementación del dispositivo, considerando misión,

visión, objetivos, metodologías y estrategias, agregando a esto los sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones de los/as ejecutores/as. Para efectos de la presente investigación, se consideran como textos orientadores de las prácticas de PS y SM en APS a: el PNSM, las Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [MAIS], la Estrategia de Cuidado Integral centrada en las personas [ECICEP].

Flujo 2: de internalización/apropiación práctica del conocimiento

El segundo flujo va del conocimiento explícito al conocimiento tácito, funcionando como una práctica de traducción: del conocimiento formalizado, a la práctica en contexto de los/as ejecutores/as. Aquí se sitúan las operaciones de Asistencia Técnica desplegadas por la institucionalidad para asegurar la traducción más pertinente posible: procesos de formación, inducciones, capacitaciones; proceso que es diseñado, coordinado e impartido desde la matriz institucional; aquí es donde nos enfrentamos a un punto crítico del MGC: *“nunca podrá existir una correspondencia punto por punto entre el Modelo Operativo y su ejecución práctica: siempre tendremos aquí una brecha/diferencia”* (7), sin embargo, para efectos del MGC, dicha brecha es una oportunidad de producción de conocimientos situados, comunes y locales y, por lo tanto, de poder de gestión de la funcionalidad del dispositivo, aterrizándolo en su contexto de ocurrencia.

Flujo 3: de producción y uso del conocimiento

El tercer flujo del conocimiento se compone por conocimiento tácito, no explicitado, *pero explicitable*, y se sitúa especialmente en la praxis, donde tiene lugar la producción de conocimientos desde las prácticas, así como el uso flexible y situado de éste en los procesos de acompañamiento al usuario/a, sintonizando el saber profesional y el saber comunitario. Así, tanto la producción como el uso del conocimiento serán los componentes del Patrimonio de Conocimientos de la comunidad de prácticas, siendo componentes fundamentales para la puesta en práctica del dispositivo. Por ello, las conversaciones formales e informales entre profesionales, análisis reflexivo de las prácticas, así como el sentido de equipo y

sus roles serán especialmente importantes al generar una comprensión compartida de visiones, misiones, objetivos, metodologías y estrategias en las comunidades de práctica.

Flujo 4: externalización o sistematización del conocimiento

El cuarto flujo hace referencia a la transformación del conocimiento tácito a explícito, externalizando el conocimiento generado en las comunidades de práctica, a través de la sistematización de sus saberes y prácticas, que puede manifestarse en múltiples niveles y expresiones. Por ello, el presente flujo recurre al Patrimonio de Conocimientos de los dispositivos, buscando la observación y análisis de las propias prácticas; idealmente, esto decantaría a la integración de dicho conocimiento explicitado a la información formal del dispositivo, creada a nivel central, buscando dar mayor pertinencia a las acciones desplegadas en los territorios.



Esquema N° 1: Flujos de gestión del conocimiento sobre PS y SM en APS.

Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Explorar los saberes y las prácticas relacionadas con Participación Social y Salud Mental en dispositivos de Atención Primaria en Salud, en base al Modelo de Gestión del Conocimiento, a través de la perspectiva de ejecutores/as de la red de Atención Primaria de Quellón.

Objetivos específicos

- 1) Conocer la percepción de ejecutores/as sobre los saberes y prácticas relacionadas a Participación Social y Salud Mental en la red de APS de Quellón, tomando como referencia el Modelo de Gestión del Conocimiento.
- 2) Describir de qué forma los saberes y prácticas de Participación Social en Salud Mental varían según el contexto institucional de distintos dispositivos de la red de APS de la comuna de Quellón.
- 3) Validar la relevancia de los resultados mediante la devolución del conocimiento gestionado a los/as actores involucrados/as, asegurando su adecuada comprensión y alineación con sus perspectivas.

Metodología

Tipo de estudio

Se desarrolló un tipo de estudio exploratorio de los saberes y prácticas relativas a PS en SM en el contexto de la APS de Quellón, buscando comprender la puesta en práctica de estas orientaciones y estrategias planteadas a nivel central, en miras a subsanar algunas tensiones que se producen en la articulación institucional-comunitaria.

La presente corresponde a una investigación de tipo transversal, ya que se desarrolló en un momento único, a propósito de la presente investigación; y retrospectiva, en tanto la exploración de las actuaciones de PS en base al MGC se da a partir de las prácticas que ocurrieron en la red de APS de Quellón hasta el momento en que se realizó la investigación (29).

La limitación metodológica del estudio se relaciona precisamente con el tipo de estudio seleccionado, en tanto las investigaciones de carácter exploratorio, al plantear un acercamiento global hacia fenómenos relativamente poco investigados, como es el caso que nos convoca, suelen caracterizarse por ser más amplias y dispersas que otros diseños, generando resultados aproximados más que concluyentes (29).

Diseño metodológico

Su diseño es de carácter cualitativo, al explorar las distintas perspectivas de los/as actores involucrados/as en el área de SM de la APS, relevando sus puntos de vista, interpretaciones y significados respecto a su experiencia articulando el Modelo Operativo y los modelos de acción, explorando el ordenamiento interno del espacio subjetivo e intersubjetivo/comunitario construido por los participantes (30).

Su diseño metodológico es fenomenológico-empírico (29), puesto que explora, describe y comprende las experiencias de los/as actores involucrados/as en la red de APS de la comuna de Quellón, desde el punto de vista de cada participante, así como los puntos comunes que permiten la construcción colectiva de sus experiencias respecto al fenómeno mencionado, dando especial énfasis a la

esencia de las experiencias compartidas: lo que varias personas experimentan en común respecto a un fenómeno/proceso, desde múltiples perspectivas.

Las variables exploradas se relacionan con los cuatro flujos de gestión del conocimiento, relacionados con: a) la formalización del conocimiento sobre PS en SM en textos programáticos, b) la internalización/apropiación práctica del conocimiento institucional relacionado con la materia descrita, c) la producción y uso del conocimiento apropiado por las comunidades de práctica, y d) de externalización/sistematización del conocimiento producido (5).

Actores involucrados/as

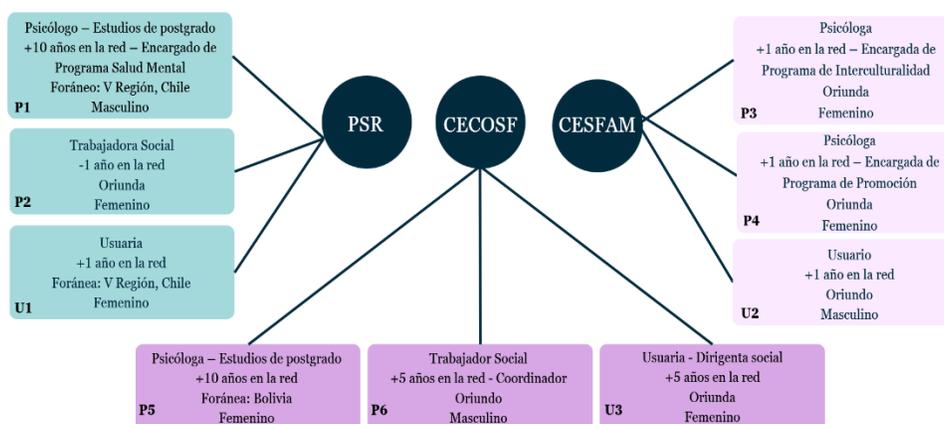
Debido a que los PNSM han otorgado responsabilidad a los/as ejecutores/as para el cumplimiento de las acciones de PS en SM (4), la producción de datos consideró como población a profesionales de dispositivos de APS de la comuna de Quellón con usuarios/as del área de SM; a la vez, se considera la perspectiva de usuarios/as de dicha área en cada dispositivo, buscando triangular la información, así como capturar diversidades y singularidades en los saberes y las prácticas generadas en la red de APS.

La muestra incluye a nueve entrevistados/as en total, considerando a tres representantes de cada dispositivo incluido en la investigación: dos del nivel ejecutor y uno/a del nivel usuario. Se recogieron percepciones de ejecutores/as del área de SM de la red de APS, considerando profesionales con más de 10 años ejerciendo en la red y profesionales con menos de un año de ejercicio de su profesión, con mayor y menor formación académica; personas radicadas en Quellón que vienen desde otras regiones y países y personas oriundas de la comuna; psicólogos/as, trabajadores/as sociales, coordinadores/as, encargados/as de programas -SM, promoción, interculturalidad-; y de usuarios y usuarias del área de SM, considerando también a dirigentes/as vecinales; todos/as ellos/as, representantes de tres instituciones de la red de APS de la comuna: el único Centro de Salud Familiar [CESFAM], uno de los tres Centros Comunitarios de Salud Familiar [CECOSF] y profesionales que ejercen en dos de los tres equipos rurales, que realizan rondas en las 14 Postas de Salud Rurales [PSR] y sus respectivas estaciones.

Se descartó la inclusión del Centro de Atención Adolescente [ATINA], debido a la complejidad que implican las consideraciones éticas en el trabajo con menores de edad; así también la inclusión del Laboratorio Clínico Básico/Unidad de APS Oftalmológica [UAPO], y del Centro Comunitario de Rehabilitación Integral en Salud [CCRI], en tanto la orientación de ambos estaría principalmente basada en la rehabilitación física.



Mapa de actores: Entrevistados/as



Esquema N° 3: Mapa de actores: Entrevistados/as

A la vez, en la validación de resultados de investigación se consideró la participación del equipo completo de un segundo CECOSF de la comuna, con trabajadores/as con distintas formaciones y roles dentro del dispositivo, con un total de 11 personas; así también al estamento de Trabajadores/as Sociales de la Red de APS de la comuna, con un total de 9 personas.



Mapa de actores: Validación



Esquema N° 4: Mapa de actores: Validación

La muestra considera, en total, a la gran mayoría de dispositivos de APS de la comuna, siendo seleccionada con el fin de recoger distintas perspectivas acerca del fenómeno en estudio, en tanto la articulación institucional-comunitaria que propone el MGC implica considerar los contextos de forma local y situada. Lo anterior, permitió describir la variedad de saberes y prácticas que puedan existir según el contexto institucional de la red de APS, considerando su diversidad territorial y densidad de atención de usuarios/as.

Se definieron como criterios de inclusión de participantes de la presente investigación a: personas, hombres, mujeres y/o disidencias sexo-genéricas, vinculados/as al área de SM en APS de la comuna de Quellón, pertenecientes a alguno de los tres dispositivos de APS previamente descritos; incluyó experiencias de personas oriundas de la Isla de Chiloé y personas que han migrado a la Isla.

Como criterios de exclusión, la investigación no consideró a organizaciones de usuarios/as, no consideró a familiares, no consideró a personas que no se encuentren vinculados/as al territorio de Quellón; no consideró ejecutores/as de la atención secundaria y terciaria en salud; no consideró a directivos/as; y no consideró a personas que no participen de los dispositivos previamente descritos.

Se realizó un muestreo por conveniencia, considerando dicha estrategia para acceder a la muestra debido a la biografía de la investigadora; oriunda de Quellón, se ha desempeñado en la red de infancia de la comuna en relación constante con los equipos de salud de la comuna como gestora de redes de apoyo de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social, lo que facilita el contacto y comunicación con los/as actores mencionados/as; a partir de esto, se gestionó la participación de los/as profesionales a través de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de la red de APS de la comuna; mientras que la participación de los/as usuarios/as se gestionó a través de los/as ejecutores/as entrevistados/as, invitando a participar a usuarios/as interesados/as.

Producción de la información

Se utilizaron fuentes primarias de información para recopilar datos, con el fin de desarrollar una descripción compartida respecto a la esencia de la experiencia para todos/as los/as participantes, considerando lo que vivieron y de qué forma lo hicieron (29), explorando los saberes y prácticas de PS en SM basados en los cuatro flujos de gestión del conocimiento y así analizar posibles distinciones entre los dispositivos descritos. Todo ello, considerando la perspectiva de las técnicas conversacionales para la recogida de datos (33).

Como técnicas de producción de datos, se consideraron 9 entrevistas semi-estructuradas [Anexo 1], una a cada uno/as de los/as seis ejecutores/as representantes de sus Centros de Salud, además de las entrevistas de triangulación de información a un/a usuario/a de cada dispositivo [Anexo 1]; en ellas, se recopilaron datos de identificación y se indagó en los saberes y prácticas respecto a los 4 flujos de gestión del conocimiento.

A esto se suman dos *reuniones de devolución de resultados de investigación*, estructuradas como grupos focales (34) [Anexo 1], conducidas por la investigadora y basados en la gestión del conocimiento de sus colegas en torno al tema de interés, orientadas a validar la relevancia de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas semi-estructuradas, asegurando que la perspectiva entregada por los/as ejecutores y usuarios/as se alinee con la de otros/as trabajadores/as de la red de APS, dando respuesta al tercer objetivo específico de la presente investigación; para ello, los focus group tomaron lugar en dos tipos de reuniones de trabajadores/as de la red de APS: una reunión de equipo de un CECOSF de la comuna, distinto al dispositivo al que pertenecían los/as entrevistados/as; y una reunión del estamento de Trabajadores/as Sociales de la Red, considerando la relevancia de su rol en los procesos de PS.

Dichas estrategias pasaron por la revisión del profesor Mg. Ps. Víctor Martínez Ravanal como experto en la materia, considerando su experiencia profesional y académica centrada en la incorporación del enfoque comunitario en las políticas públicas, con énfasis en el ámbito de la SM comunitaria.

Análisis de la información

Los resultados se obtienen a partir de la aplicación de un análisis de contenido temático del corpus textual, producido a partir de las técnicas de producción de datos descritas. Para estos fines, se utiliza la herramienta open-source para el análisis cualitativo de datos textuales Taguette, con el objetivo de proponer una generalización analítica de la información, tomando como modelo de referencia la gestión del conocimiento en sus cuatro flujos. También, es importante considerar que las significaciones atribuidas responden al contexto de ocurrencia de los/as actores involucrados/as, considerando que la interpretación de dichas significaciones responde a dimensiones de jerarquías, roles, funciones, el tiempo que llevan ejerciendo en la red de APS, su origen, entre otros factores detallados en los mapas de actores.

En primera instancia, se analizaron las narrativas de cada entrevistado/a, para proceder a la identificación de unidades de significado para la generación de

categorías, temas y patrones; a partir de esto, se elaboraron descripciones genéricas del fenómeno en estudio y su estructura, considerando especialmente las condiciones contextuales y situaciones a la base de la producción de información. Posterior a ello, se generaron narrativas que combinaron descripciones y estructuras que permitieron transmitir la esencia de las significaciones y experiencias de las comunidades de práctica, considerando categorías, temas y elementos comunes y diferenciados en las narrativas de los/as profesionales y usuarios/as. Para estos objetivos, se establecieron categorías esenciales y meta-categorías, así como para las categorías diferentes, presentando la saturación cuando no aparecieron nuevas categorías sobre el fenómeno descrito (29).

Consideraciones éticas

La investigación se adhiere a los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia, justicia, honestidad, responsabilidad, cortesía, equidad profesional y buenas prácticas de administración dictadas por la Declaración de Singapur respecto a la integridad en la investigación, tal como señala la política de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Asimismo, cumple con las normativas que determina la ley chilena y los estándares éticos internacionales.

La investigación considera lo dispuesto por la Ley 21.331, sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de SM, con énfasis a su artículo 28° sobre el deber de los investigadores de tener los consentimientos informados de las personas investigadas [Anexos 2 y 3] y el resguardo de su derecho a elegir su incorporación en cualquier tipo de investigación científica biomédica, considerando a la vez los términos de la Ley 20.120. Se releva dicha ley debido a que sus consideraciones aseguran que la investigación pueda tener potenciales beneficios para las personas e implica riesgos mínimos para ellos/as. Sumado a esto, el proyecto considera lo dispuesto por la Ley 20.584, sobre los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en tanto considera la participación de usuarios/as para la triangulación de información, vinculando los principios éticos señalados en su marco regulatorio sobre la participación de usuarios/as en investigaciones científicas.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos enfatiza en la necesidad de que los/as participantes del estudio conozcan y tengan claridad sobre los objetivos del estudio y procedimientos de la investigación, detallados en los consentimientos informados [Anexos 2 y 3]. Los consentimientos informados, además, permitirá a los/as participantes tomar conocimiento sobre el resguardo su anonimato y la confidencialidad de los datos recopilados, así como el resguardo de su dignidad, bienestar e integridad, recalcando la importancia de la voluntariedad de su participación en la investigación, pudiendo retirarse en cualquier momento, sin que ello genere perjuicios o modificaciones respecto a su participación en el centro de salud; asimismo, destaca la improbabilidad de que existan riesgos

directamente relacionados a su participación en la investigación, relevando los pasos a seguir en dicho caso. Por último, se informó respecto a la responsabilidad de la investigadora sobre el resguardo del anonimato de los/as participantes y sobre los costos de la investigación, destacando los beneficios sociales de la misma, que permiten la mejora de políticas, planes y programas en el contexto de la salud pública, a través de la información que recopilamos a partir de sus experiencias y perspectivas.

De esta forma, destaca que el presente estudio supuso riesgos mínimos para la integridad física y psicológica de los/as entrevistados/as, ya que sólo buscó conocer su opinión como ejecutores/as y usuarios/as del área de SM, en función de comprender de mejor manera las formas en que las acciones de PS funcionan en la red pública de SM. Dicho esto, considerando que algunas personas pudieran sentir preocupación por posibles consecuencias que puedan tener sus respuestas, se enfatizó en que toda la información contenida en sus respuestas fue completamente anonimizada, guardada de forma confidencial y para fines exclusivamente académicos e investigativos. Además, ante posibles complicaciones asociadas a su participación en el estudio, se compartió la información de la investigadora responsable Ps. Carla Garcés Ramírez para abordar la situación, tal como señalan los consentimientos informados.

La investigación cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEISH) y con el informe favorable del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Los Ríos, del que depende la red de APS de Quellón [Anexo 4]; además, con la autorización del Servicio de Salud Chiloé, a través de su dirección y comité ético clínico, y con la autorización de la Directora del CESFAM de Quellón, responsable de la Red de APS de la comuna [Anexo 5]; todo ello, en función del resguardo de los derechos de las personas participantes de la investigación.

Resultados:

Mapas de flujos de conocimiento: Saberes y prácticas sobre PS en SM

Los resultados obtenidos se presentan a través de *Mapas de flujos de conocimiento* que buscan construir imágenes de los saberes y prácticas de los equipos y usuarios/as de la red de APS de la comuna, considerando las PSR, el CESFAM y los CECOSF.

Dichos mapas se comprenden y utilizan como estrategias de reflexión para los equipos y usuarios/as, buscando dar cuenta de la realidad única de cada institución; por lo tanto, la diferenciación realizada entre instituciones no refiere a una mera distinción administrativa, utilizada con el fin de clasificar, sino que se presentan comprendiendo que las significaciones negociadas y el conocimiento gestionado dependerá de la perspectiva contextual de quién esté hablando y desde dónde lo hace.

Finalmente, se exponen apartados referidos a *lo comunitario*, y a perspectivas generales sobre las instituciones estudiadas, en tanto surgen como reflexiones transversales a los resultados expuestos.

1. Mapa de flujos de conocimiento: Posta de Salud Rural

En primer lugar, se presenta el mapa de flujos de conocimiento de los/as representantes de las Postas de Salud Rurales [PSR], ubicadas en territorios Quelloninos rurales dentro de la Fūta Wapi y en islas aledañas.

1.1. Flujo 1: Sobre formalización del conocimiento

Conocimiento sobre textos programáticos

Los textos institucionales conocidos por los/as profesionales no se refieren específicamente al trabajo en las Postas Rurales, sino más bien a un nivel genérico del trabajo en APS, dícese “MAIS, que es el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario” (P1), “hay un manual de salud familiar también, donde te explica todo” (P2), además, se hace referencia a textos de creación local, que guían la implementación de los dispositivos de APS, “hay un plan de salud [comunal] anual” (P2); todos ellos, percibidos como lineamientos institucionales rigurosos “[son] orientaciones, ciertas directrices, digamos, obligatorias” (P1).

Sobre participación se percibe que, pese a que se destaca su importancia “desde los temas más teóricos y públicos se nos insta a que hagamos participación” (P1), las orientaciones no tendrían el suficiente nivel de profundidad, “en las orientaciones técnicas de APS en la APS, en el PNSM, en las orientaciones técnicas para la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, en todas ellas, en realidad, son como ‘la participación es muy buena, es muy necesaria’, pero no hay mucho más que eso” (P1).

Lo anterior, relacionado a las herramientas que puedan emplear, “las estrategias y trabajos propios de la PS son bastante pobres a nivel teórico ¿ya? Y bastante [pobres] a nivel técnico (...) Las orientaciones o la documentación que existe tampoco es tan buena” (P1), percibiendo que la información expuesta en los textos orientadores de los programas de APS no considera orientaciones para la praxis: “En sí no había como algo que me dijera específicamente ‘ya: tú tienes que hacer esto, esto y esto’” (P2), “no te aparece qué estrategias ocupar, cómo desarrollar, cómo hacer un buen plan de participación con tu comunidad donde puedas trabajar permanentemente (...) No es como algo tan fácil, de que yo le pueda decir a una persona ‘tome, desarrolle esto’” (P1).

En esa línea, las orientaciones técnicas y teóricas sobre participación se perciben como una falencia institucional “yo diría que ahí, esa es como una de las principales falencias que tenemos (...) creo que hay falencias, digamos, técnicas y teóricas [sobre participación], bien importantes” (P1). Se indica, además, que las orientaciones sobre participación que sí se presentan, serían acotaciones dentro de otros temas, como promoción en salud “no es tanto lo que hay en participación, son pequeños, digamos, pequeños incisos, en otro tipo de orientaciones o en otro tipo de trabajo” (P1); así los/as profesionales plantean abiertamente la necesidad de textos que tengan un contenido más práctico, haciendo referencia a la extensión de los textos desarrollados a nivel central, y su poca conciliación con la carga laboral: “[necesitamos] algo práctico, también para trabajar en salud, no nos vamos a leer, atendiendo todos los días y todos los días con pega, no nos vamos a leer un documento de 300 o 400 páginas (...) necesitamos algo más o menos chico, digamos, y comprensible, pero creo que ahí hay harta falencia, en el tema de participación, al menos” (P1).

Estrategias de PS planteadas desde el nivel central

Existe la noción sobre un aprendizaje del conocimiento institucional que se va adquiriendo paulatinamente “yo creo que cuando uno entra, va aprendiendo a [lo] largo [del] tiempo, a largo plazo” (P2), tanto sobre los textos orientadores de los programas “hay un plan, un plan

de salud anual, sí, solamente que yo no sabía de su existencia, hasta cuando me solicitaron realizar ciertas actividades, pero sí existe” (P2), como de actividades a realizar “Incluso, con los meses, se me iban sumando más cosas que no sabía que tenía que hacer, pero que eran... que tenían que hacerse anualmente” (P2).

Respecto a estas formas institucionales de participación, existen distintos niveles de conocimiento.

La ejecutora con menos años ejerciendo en la Red tiene nociones sobre la estrategia de Promotores Comunitarios de Salud “eran personas de la comunidad, para ser capacitados de monitores de salud. Eso sé, hasta el momento, más detalles no sé” (P2) . Sin embargo, no se encuentra familiarizada con estrategias como Consejos de Desarrollo Local, Presupuestos Participativos, Consejos Consultivos y Audiencias Públicas, “no me suena[n]” (P2); por su parte, la representante de los/as usuarios/as de la PSR no reconoce ninguna de las estrategias señaladas en el ámbito de salud o SM de la comuna “pa’[ra] na’[da]” (U1).

El ejecutor con más años en la red reconoce las estrategias, posicionándose críticamente; algunas no han sido implementadas, por ejemplo, sobre los presupuestos participativos en salud, indica “eso no se ha hecho nunca. Sé de qué se trata, pero acá no se ha hecho” (P1).

Por otra parte, releva la estrategia de promotores comunitarios de salud, señalando que se ha trabajado desde las PSR con equipos “en constante formación” (P1) por parte de profesionales de la red de APS de Quellón y del Servicio de Salud Chiloé, “sobre todo en los sectores más alejados” (P1); además, se indica que ha sido una estrategia ampliamente utilizada por el dispositivo de atención de SM infanto-juvenil de la comuna [ATINA] “más que nada en adolescentes, que fue en conjunto el [Liceo] Politécnico con el ATINA, (...) el médico de ATINA trabajaba también como profesor en el *Poli* y empezaron a formar a promotores de salud dentro del entorno de la comunidad escolar como una de las estrategias, yo creo, más bonitas del último tiempo” (P1). Pese a esto, se perciben brechas asociadas al pago realizado a los/as promotores comunitarios de salud, insinuando que su institucionalización podría haber dificultado su implementación: “muchos de esa gente, que antes trabajaba como un servicio, digamos, a la comunidad, como promotores de salud, finalmente después ven que muchos de sus compañeros de trabajo son contratados, entonces les pagan (...) si yo veo que, no sé, mi vecina, hace la misma pega que yo, pero a ella le pagan y a mí no, yo voy a querer que me paguen... entonces eso hace, de repente, (...) que [estas estrategias] no sean tan eficaces” (P1), refiriéndose a “cargos que (...)”

partieron como cargos comunitarios y ahora que son institucionales” (P1), poniendo varios ejemplos “como los facilitadores interculturales, los gestores comunitarios, los facilitadores comunitarios” (P1).

Indican que muchas de las estrategias planteadas desde el nivel central se dan bajo el marco de criterios estructurados, establecidos como formas de control social: “desde el Ministerio, digamos, del nivel central, se establecen ciertos criterios, (...) muchas de las estrategias de participación son muy centradas en el control social poh, en el control, digamos, desde las instituciones, hacia las comunidades (...)” (P1). En ese sentido, se percibe que las instituciones se vuelven utilitaristas en el entendimiento y práctica de las acciones de participación “somos bien utilitaristas, en el sentido de como decía Bolados, esta antropóloga, de tener un control social de la participación desde salud, digamos, de tratar de controlar a las organizaciones, para que digan lo que queremos” (P1). Bajo esta misma línea, ahonda en el CDL para ejemplificar: “Consejo de desarrollo local funciona (...) como una necesidad más de nosotros tener el Consejo desarrollo local, más que del Consejo de desarrollo local para hacer cambios (...) cuesta, digamos, que esta institución, que es el Consejo de Desarrollo Local, tenga el poder de decisión y el poder de trabajar en la salud que, creo yo, debiera tener” (P1).

Por último, se hace referencia a instancias en que la institucionalidad se limita a rendir cuentas, en lugar de colaborar activamente con la comunidad “Lo que se hace, por ejemplo, a nivel del Servicio de Salud, son cuentas públicas, pero eso es otra instancia... Es una instancia para decir: ‘hicimos esto, gastamos esto, e hicimos esto otro’, pero no es para trabajar cuáles son nuestros problemas y qué es lo que queremos hacer” (P1).

Tras todo lo anterior, se hace referencia a formas de participación fuera de la institucionalidad y su efectividad, refiriéndose a las multitudinarias protestas ocurridas el año 2013, demandando un nuevo Hospital para la comuna, “cuando fue el *Quellonazo* de la salud, no necesitaron ningún Consejo de desarrollo local. Es cortar las carreteras, gritar, quemar y vamos a tener cambio, y vamos a lograr lo que queremos, digamos, entonces, es bien complejo” (P1). Sobre estas formas de participación, ahondan: “es bien complejo... y sigue siendo, en cosas más pequeñas, digamos, es mucho más efectivo una señora que vaya a reclamar y que grite fuerte o que se alíe con algún ente político o comunitario, más que tener un plan con un grupo de dirigentes, trabajando continuamente. Eso se sabe, además” (P1).

Metas institucionales

Surge el concepto de metas, como orientadoras de los procesos y acciones de la APS, concebidas desde la obligatoriedad, “desde un punto institucional, (...) por obligación, nosotros trabajamos en salud muy orientado lo que tiene que ver con planificaciones y también con metas” (P1); obligación que también se relaciona con las metas de PS, “el programa de PS tiene una meta social (...) de hecho, participación es una meta sanitaria (...) [por lo tanto], al menos sabemos que algo de importante tiene y eso ya es algo (...) tenemos que cumplirla sí o sí” (P1), en esa línea, ciertas orientaciones desde el nivel central, traducidas en metas, separan las prácticas, entre deseables y obligatorias: “en ese tiempo, si bien, ya era como algo deseable hacer diagnósticos participativos, (...) hace pocos años que empezó a ser obligación hacerlo, como obligación real (...) entonces es importante... hay otras metas que no están asociadas con un sueldo de nosotros, entonces son importantes, pero no tanto” (P1).

Por último, surgen reflexiones a partir del concepto de metas, mencionando que la perspectiva cuantitativa de las acciones dificultaría la visión de las necesidades o recursos de las personas y comunidades: “en general, eso es así, el sistema de salud solicita y pide los números, y yo creo que ahí también falta un poco la visión de la gente” (P1).

Metas institucionales y su relación con el financiamiento de la APS

Los/as profesionales reflexionan sobre el nivel de incidencia que tienen las metas sobre el financiamiento del programa de SM. Comentan que, en principio, tenían mayor acceso a la distribución de los recursos, “el programa de SM antes era como un convenio, entonces, no estaba como dentro de la cartera básica, propiamente tal, sino que tenía platas aparte, como tenía platas aparte, teníamos mucha más facilidad para administrar esos recursos” (P1). Posterior a esto, mencionan cambios en la distribución de recursos, actualmente se manejan desde un *nivel central*, “estos recursos están en el saco común, llegan al saco común y se administran desde el nivel central, digamos, ya sea comunal, regional o provincial” (P1), lo que implica la pérdida de poder e incidencia de los equipos sobre el financiamiento, “el lado malo, es que tenemos mucha menos capacidad para poder administrar esos recursos (...) obviamente, quienes ejecutamos el programa de SM no tenemos poder de decisión sobre esos dineros” (P1).

En ese contexto, se producen modificaciones en las metas asociadas a PS: “la plata lo es todo en este caso, y en ese sentido, ya no tenemos esas metas, que eran metas orientadas... específicamente se llamaban metas comunitarias de SM, y que estaban orientadas a instancias de trabajo de promoción y también de participación en SM” (P1) lo que se traducía, en la práctica, en trabajo directo con las personas y comunidades, “trabajo con organizaciones comunitarias y organizaciones de base, o con organizaciones de usuarios” (P1).

En general, el tema de PS en salud se percibe como una preocupación del equipo en función de su calidad de meta, “es preocupante o preocupa porque es parte del sueldo, entonces, es una meta que afecta directamente los sueldos de las personas” (P1). En la práctica, señalan que el desarrollo del Plan de Salud Comunal es la forma en que se financia la APS comunal, “este insumo, que es el plan de salud, como te digo, es lo que realmente hace que nos den o no la plata” (P1), precisando sobre la incidencia que tendría el escenario político local, en el financiamiento de la APS “la gran importancia para nosotros de la municipalidad es que nos apruebe el Plan de salud, pero el plan debe ser aprobado políticamente por el Consejo, que eso es lo validado por la ley que se necesita, pero técnicamente por el Servicio de Salud” (P1). Sin embargo, el Plan de Salud termina siendo concebido como un trámite, “sería muy raro en verdad que no te den la plata, porque dejaría de funcionar la APS en la comuna, pero sí hay que cumplir lo mejor posible con este trámite, digamos, que yo sé que en otro lado un trámite no más, pero acá, por lo menos, tratamos de tomarlo en serio” (P1).

1.2 Flujo 2: Sobre internalización/apropiación práctica de los textos programáticos

Socialización del conocimiento institucional

Sobre la socialización de los conocimientos y prácticas planteadas desde el nivel central hacia los/as ejecutores/as, los/as entrevistados señalan que tuvieron diferentes experiencias tomando conocimiento, en general, sobre distintos textos: “*lo que sí nos llegó ha sido lo del PNSM, las orientaciones para SM, todo eso sí me llegó*” (P1); “[El manual de Salud Familiar] *Ese sí, me lo pasaron cuando entré, fueron parte de los archivos que recibí, junto con otros protocolos*” (P2), recibiendo la información de forma digital “*la encargada de calidad, me acuerdo, en ese tiempo, me mandó los archivos por correo*” (P2).

La responsabilidad de leer los protocolos compartidos se percibe como una iniciativa personal: “sí, los tenía que leer (...) me lo enviaron, ya ahí, yo creo que ya es responsabilidad mía, como ver qué es lo que entendí, o qué es lo que tengo que hacer” (P2), “si me preguntas si alguien lo leyó, no podría dar fe de eso, tendrías que preguntarles ahí a los colegas” (P1); sobre la obligatoriedad de informarse a través de los textos programáticos y protocolos compartidos, existe poca claridad “yo creo que es una obligación, no sé si todo el mundo lo hace o no” (P2). Además, es importante señalar que, en general, los textos programáticos y protocolos son compartidos con los/as encargados/as de programas, de forma más acabada: “lo de SM sí me lo presentaron, hasta me invitaron ahí a trabajarlo y todo, como encargado del programa de SM” (P1).

Por último, destaca que suele existir una responsabilidad en los/as profesionales de buscar orientaciones técnicas de forma autónoma sobre PS “técnicamente ‘cómo desarrollar una actividad’, tenemos que seguir buscando en Ciencias Sociales y alguna cosa en salud pública, pero que llegue así, directamente a los profesionales, no” (P1).

Procesos de inducción

Se profundiza en las formas de inducción propuestas en APS, como forma de acceder al conocimiento institucional. Sobre estas, existen experiencias bastante disímiles, “estuvimos como dos semanas y pudimos... en realidad, fue como una inducción ideal, como que me pudo pasar todos los pacientes bien, enseñar todo lo que debía y todo” (P1), por otro lado, “cuando yo entré, la inducción fue muy básica. Generalmente, no tuve una inducción donde te dijeran qué, específicamente, hace un [profesional], en ese momento” (P2).

En general, pareciera que la forma y calidad de las inducciones se dan por factores contingentes, percibidos como fortuitos: “tuve la suerte de que el [profesional] que me precedía, como que se iba a ir y no se fue (...) estuvo dos semanas conmigo” (P2); en comparación, “el *** [sectorización de la PSR], tiene otro [profesional] y, en ese momento, estaba con licencia, (...) yo no tuve la oportunidad de que ella me dijera: mira, yo hago esto y esto... No” (P2).

Se indica que el modelo de inducción tendría falencias, especialmente, asociadas a la cantidad de actividades que hay que realizar y el escaso tiempo para aprender “son pocos los días que tiene una persona para darse cuenta y para saber todo lo que tiene que hacer, es mucho trabajo, es mucho registro, son muchas actividades muy distintas, también, lo

que hace que sea muy fácil que uno se equivoque o que pierda cosas, o que no registre cosas” (P1).

En esta inducción, se reconoce la importancia de incluir información sobre el territorio en que los/as ejecutores/as desarrollarán sus saberes y prácticas “aquí viene mucho funcionario que es de afuera, que no vive acá y nunca he vivido en Quellón, ni en Chiloé, entonces es súper necesario, también, hacer una inducción contextualizando, digamos, cuál es el territorio y las características propias del territorio” (P1). Sin embargo, los/as funcionarios perciben sus colegas darían poco valor al conocimiento comunitario, “la inducción tiene una parte, por ejemplo, una parte para poder establecerse en el territorio, pero la gente, los funcionarios, no lo valoran tanto” (P1), y mucho más al conocimiento institucional “queda[n] con la deuda de que necesita[n] mucha más inducción de nuestros registros, y de las actividades diarias que tienen que hacer” (P1).

Procesos de capacitación

Sobre las capacitaciones como otra forma que tienen los/as ejecutores/as de acceder al conocimiento institucional, encontramos que éstas se organizan a través de planes de dos tipos: “*uno provincial y uno comunal*” (P1); en la práctica, indican que se generan espacios protegidos para dichas instancias, “*yo leí el correo y todos nos fuimos, nos hacen los bloqueos en la agenda y nos vamos para allá*” (P2).

Los/as ejecutores/as de la PSR consideran que los temas abordados suelen ser recurrentes “[se repiten] salud familiar, tuberculosis y enfermedades crónicas no transmisibles” (P1), “yo, el año pasado, creo que participé en 2, una de salud familiar y otra era de enfermedades crónicas no transmisibles” (P2). Sobre la forma en que estas capacitaciones se estructuran, indican que los temas se escogen al consultar a encargados de programas: “[se] pregunta a los encargados de programa, como en qué materia habría que capacitar, y a los gestores” (P1); niegan haber sido consultados por su perspectiva respecto a la necesidad de capacitarse en alguna materia en específico. De estas capacitaciones, los/as entrevistados/as comentan sobre la obligatoriedad de algunas de ellas “se nos exigía tener capacitaciones de salud familiar, son obligatorias, porque es parte de nuestro modelo y para poder certificarnos” (P1), agregando la relación de las capacitaciones con el cumplimiento de indicadores “antes teníamos que tener capacitados, creo que todavía existe ese indicador: tener capacitado a más del 90% de los funcionarios en salud familiar” (P1). Pese a esto, no hay certeza sobre la noción de obligatoriedad “yo creo que son obligatorias... O

sea, en el fondo, si tú no estás, no estás capac-... no vas a salir certificado, en el fondo” (P2).

Las instancias de capacitación sobre PS que lograron ser incluidas, surgieron a partir de la percepción de encargados de programas, cuando lo visualizaron como una necesidad: “como éramos circo pobre, era ejecutor, planificador y todo, y evaluador interno, podía armar, digamos, la capacitación de acuerdo a la actividad y a las falencias que yo fuera viendo, digamos, como equipo, entonces lo puse ahí dentro de esos, más de algún año, creo que fue más de un año que incluimos participación” (P1), focalizándose en herramientas: “[incluimos] específicamente lo que es diagnóstico participativo, dentro de la capacitación” (P1). Sin embargo, en general, se nombran muy pocas instancias de capacitación sobre PS, “en realidad las capacitaciones en participación, sobre todo desde el servicio de salud a los trabajadores sociales y para el resto de profesionales, son muy pocas” (P1); el profesional con más de diez años de trayectoria en la red, señala: “de participación, yo recuerdo 2 o 3 capacitaciones que nos haya dado el Servicio de Salud (...) que hemos brindado nosotros, (...) módulos dentro de la capacitación de salud familiar, (...) no más” (P1); por otro lado, ejecutores/as con menos tiempo ejerciendo, niegan haber participado en alguna capacitación relacionada con el tema “CG: el tema de participación ¿ha surgido en esas capacitaciones que has tenido? P2: No. CG: ni participación, ni participación en SM ¿nada parecido? P2: No” (P2); además, no logran establecer una asociación entre modelos más generales y PS: “CG: Y sobre participación ¿han tenido capacitaciones? P2: No, no que yo sepa, insisto: MAIS, sobre el modelo familiar integral y comunitario” (P2).

Formación de pregrado

La formación de pregrado, como una manera adicional en que los/as ejecutores/as pueden acceder al conocimiento institucional, se percibe una disparidad entre profesionales sobre el conocimiento asociado a PS “lo que veo, también, en los otros profesionales, hay mucha disparidad, hay trabajadores sociales que tienen muy claro cómo se hace esto, otros que no tanto, y en los profesionales de la salud, en verdad es poquito” (P1); también, existe la percepción de una formación insuficiente: “falencias que existen, digamos, en la formación de pregrado de los profesionales, en lo que tiene que ver con el modelo comunitario, en general, y la participación, en particular” (P1), percepción que se generaliza sobre los/as profesionales de APS, “[sobre la formación en PS] para el resto de profesionales creo que

también es poco (...) se sabe que [la participación] es importante, pero no... De verdad, les cuesta" (P1), haciendo distinciones entre profesionales "falta mucho, de verdad, yo veo que no hay una formación adecuada de los profesionales e incluyo a los psicólogos y también a los trabajadores sociales, y el resto todavía menos" (P1).

Se puntualiza especialmente en la formación de los/as psicólogos/as, en APS, calificándola como deficitaria: "la formación como psicólogo a lo que es salud pública, específicamente, de APS, también era muy deficiente" (P1); generando distinciones con un/a psicólogo/a clínico/a, "como psicólogo, yo creo que una gran falencia sería esa, sería la formación, digamos, de pregrado, que de verdad es muy, muy deficiente, en lo que tiene que ver con un psicólogo de la salud, en primera instancia, no clínico, de la salud, y un psicólogo de la salud, además, de APS, que además del enfoque clínico, también tiene que tener un enfoque comunitario, y eso es algo que, como formación, yo todavía lo veo falente" (P1).

Definición de participación

Sobre la definición de participación que los/as profesionales manejan, como forma de traducir el conocimiento institucional en conocimiento profesional, encontramos que conceptualizan la participación, teóricamente, como la capacidad de incidir: "la participación en SM sería la posibilidad que tienen las personas, las comunidades, las organizaciones comunitarias, de poder intervenir y poder hacer cambios en pro de una mejora de la SM, de la población, de las comunidades y de las personas" (P1), agregando concepciones prácticas sobre ésta: "Yo lo veo desde el punto de vista de los talleres que hacemos, más que nada, o de repente se trabaja con familias que necesitan algo, necesitan un requerimiento, uno, como dupla psicosocial, también puede ofrecer contención en crisis, eso, para mí, también sería desde los profesionales cómo participan en el área de SM" (P2).

En general, existirían brechas asociadas a la acepción de PS, señalando que existe una falta de entendimiento sobre el concepto, "en el equipo, está este tema de no entenderlo mucho" (P1), además de confusiones con otros conceptos, especialmente, con promoción de salud "la mayoría no lo tiene tan claro, no podrían diferenciar la promoción de la participación" (P1). Se puntualiza sobre esta brecha en el equipo de la PSR: "en el ámbito más de nosotros, que es rural, los TENS y paramédicos de las postas, que son los líderes, digamos, de la salud de cada sector rural, tampoco lo tienen claro y ellos deberían tenerlo claro, porque es el agente de salud de esa comunidad" (P1).

Definición de participación de y desde los/as usuarios/as

Sobre la forma en que los/as usuarios/as participan, los/as ejecutores/as tienen concepciones diversas.

Se concibe que los/as usuarios/as participan como consultantes “participan asistiendo, siendo parte de las proposiciones que uno puede hacer” (P2); también, como personas que exigen mejoras institucionales “en general el usuario, digamos, promedio, ve la participación como una instancia en la que se pueden buscar mejoras, ya sea reclamando o pidiendo recursos, a las instituciones” (P1), sobre esta última concepción, se ahonda en que la participación se reduce a dicha exigencia, “los usuarios entienden la participación como una forma de reclamar o de pedir recursos, que es en lo que se ha reducido mucho, a eso” (P1), situación que también es percibida por los/as usuarios/as, “hablando con ellos también, llegamos al tema que la participación está como cuando hay que reclamar, cuando algo ya no funciona” (P1). Asimismo, los/as ejecutores/as perciben complicaciones para trabajar por transformaciones con la comunidad, “poder participar para trabajar de manera conjunta, cierto, para poder hacer cambios, nos cuesta un poquito más, en general” (P1), siendo especialmente difícil en el área de SM “no se está haciendo un trabajo, digamos, conjunto, donde cada uno pone de su parte para poder mejorar cierta circunstancia (...) en el caso de SM sobre todo” (P1).

En general, tanto la comunidad como los/as ejecutores/as señalan que habría poca participación de parte de los/as usuarios/as y las comunidades: “cuando uno llama a la gente, es muy difícil que vayan” (P2), situación reconocida por la comunidad “el problema que estamos teniendo ahora, es un problema que la misma comunidad reconoce, y es la baja participación de ellos mismos en estas instancias” (P1), “las comunidades, todas, en mayor o menor medida, tienen la queja de la baja participación de ellos mismos, como comunidades, en la estrategia de PS, en general” (P1); sí, comentan sobre diferencias entre sectores: “a diferencia de *** [sector rural de la comuna], por ejemplo. Tenemos dirigentes que son muy, o sea, tú lo llamas a una reunión y ellos van, van siempre los mismos de siempre, pero van. Van y van con buena disposición, con propuestas: hagamos esto, qué podemos tener de ustedes, nosotros, podemos tener esto; por ejemplo” (P2).

Al consultar por explicaciones sobre este fenómeno, los/as ejecutores/as hipotetizan sobre distintos motivos: costumbre, “yo creo que simplemente es un tema de costumbre, no tienen mucha buena participación” (P2); también, en razón de la rutina de las personas, “muchas

veces, no sé si por tiempo, por la fecha, porque es fin de semana, no lo sé” (P2); además, indican que finalmente, termina siendo una decisión personal, “se generan estrategias desde el Departamento de Salud para que la gente asista, pero el resto ya es decisión de las personas” (P2).

Sobre la conceptualización que la representante de los/as usuarios/as de la PSR hace sobre participación en SM, señala “participación, desde yo querer lograr algo en relación a mi SM, o yo informarme sobre la SM, o yo diagnosticar cómo está mi SM, pero, en el fondo, sigue siendo la misma acción en relación a un tema determinado, en este caso, de SM, cuán bien o mal estoy yo de acá [apunta su cabeza]” (U1); señalando que dicho involucramiento se puede dar en dos sentidos, por un lado: “la participación... que tiene un beneficio personal, como ir a las consultas y todo eso, es importante, porque, obviamente, nos permite a nosotros mantenernos saludables” (U1), por otro, “participar de otras formas, sirve como retroalimentación para los equipos de salud, por ejemplo, en esta instancia que te decía yo, de los libros de reclamos y sugerencias, tú puedes hacer ver qué cosas eh... están... se están ejecutando bien y cuáles podrían mejorar” (U1).

La usuaria percibe que existe la posibilidad de incidir en la institución, con propuestas desde la comunidad, “te dan la opción, porque me acuerdo haber conversado hace un tiempo con la encargada de la posta, haberle contado que soy voluntaria en una ONG ambientalista, y salió ahí como: oye, podríamos hacer algo en conjunto” (U1), ante esto, su percepción es que, por lo menos, existe la voluntad de parte de la institución, “yo me doy cuenta de que, claro, que está la opción para uno proponer hacer cosas; que se ejecuten, es otra cosa, pero... pero se ve que hay voluntad” (U1).

Por otra parte, propone otros tipos de incidencia, asociados a su participación en el proceso terapéutico en sí mismo, “sobre participación en SM... creo que, una mejora es que nos podrían permitir elegir, de alguna manera, a los profesionales, creo que eso podría... a los profesionales de SM” (U1), utilizando su propia vivencia como ejemplo: “yo llevo 2 años atendiendome con el mismo psicólogo, pero si yo me fuera en este momento de *** [sector rural de la comuna], hasta ahí no más llegué, hasta ahí llegué con mi tratamiento, con todo... tendría que empezar de 0 con otra persona... entonces, si a mí me dirán la opción de, ya, me cambio de lugar, pero, por último, seguir sólo con la atención con él ¡genial! No se puede, el sistema no te lo permite. Si te permitieran decidir... o, por último, intentar pedir[lo], sería bueno, ese nivel de participación sería super bueno en SM” (U1).

1.3 Flujo 3: producción y uso del conocimiento

Praxis desde la perspectiva de ejecutores/as

Sobre sus prácticas habituales, los/as profesionales indican que cumplen una variedad de estrategias y acciones.

Como principal tarea, hacen referencia a la atención directa con usuarios/as “lo primero es cumplir con la demanda asistencial” (P1); “*estudios de familia, visitas de seguimiento psicosocial*” (P2), “*familias que tienen algún requerimiento y que nosotros podemos ayudar con eso*” (P2). Además, consideran estrategias asociadas a la promoción y prevención en salud al ser consultados por participación en SM. Sobre esto, puntualizan, “[*lo que hacen*] *tiene que ver más con estrategias más promocionales, tiene algo de participativo, pero es más promocional y también preventivo, es lo que nos piden, digamos, instituciones del intersector (...) que nos piden ese tipo de actividades*” (P1).

Sobre las prácticas de PS en específico, los/as ejecutores/as relevan dos instancias “*la participación, desde SM, está más que nada representada en dos ámbitos, que son dos planificaciones que se hacen a nivel sectorial*” (P1) haciendo referencia al Plan de Promoción de Salud y el Plan de PS.

Sobre las prácticas de PS que entregan el contenido a estos planes, encontramos, específicamente, los diagnósticos participativos: “*estos planes se van nutriendo, específicamente, de actividades que aparecen en otra actividad participativa, que es el diagnóstico participativo en salud, que también se hace por cada establecimiento, es decir, por cada posta, en el ámbito rural*” (P1). Sobre la base de estas prácticas, es que surgen temas especialmente importantes para las comunidades, desde lo local: “*Por ejemplo, no sé, en el sector de *** [sector rural de la comuna] salió muchas veces que había problemas de alcoholismo, problemas de violencia intrafamiliar ¿que hicimos nosotros? en la planificación de diagnóstico participativo, pusimos como actividad: conversatorios. Conversatorios sobre alcohol, conversatorios sobre violencia intrafamiliar, qué hacer en caso de, posibles programas*” (P2).

Estructura de la praxis de ejecutores/as

Sobre las prácticas de los/as ejecutores, existiría una estructura prediseñada a la que deben atenerse.

Ejemplifican esta situación, señalando la estructuración de actividades específicas “se exige, por ejemplo, que ciertas actividades tengan que tener cierta cantidad de personas, viéndola o asistiendo, si hay una actividad online, tiene que cumplir con cierta cantidad de personas, y si es una actividad masiva tiene que cumplir con una cierta cantidad de personas” (P1), así también del general de las actividades realizadas en el año “por ejemplo, en diciembre tenemos que cerrar el mes, todavía no cerramos diciembre, todavía estamos haciendo REM, terminándolo de revisar, que son las estadísticas semestrales, digamos, estamos terminando la parte anual... en noviembre, se está haciendo la planificación del próximo año... ahora en enero y febrero estamos planificando este año... entonces, en general, nunca paras, y cada mes tiene su propia actividad (...) y empieza todos los años como lo mismo, entonces, no alcanzamos mucho como a parar” (P1). Todo esto, supervisado por los/as distintos/as encargados/as de programas y coordinadores/as, “Entonces, en este caso, es la coordinadora quién se lleva todo ese peso, que empieza... voy a decirlo, quizás con una mala palabra, pero empieza a paquear, digamos, a que se cumpla lo que tiene que cumplirse y ya se informó” (P1). Dicha estructura, además, se encuentra con un contexto sanitario general y local siempre cambiante “y ya, de un mes a otro, la situación de salud cambió. Tanto en lo que puede pasar fuera, digamos, mañana puede aparecer un nuevo COVID y ya cambió todo, y todo lo que se hacía no importa, y también porque cada mes hay distintas cosas que hacer” (P1).

Específicamente pensando en las actividades asociadas a PS en salud, ejemplifican la situación mencionada a través del Plan de Salud Comunal, “cada año se revisa y se actualiza el plan de salud, se supone que el diagnóstico participativo ahora se hace en un plan de 3 años, antes hacía anual, ahora se va como renovando, año a año, pero cada 3 años tú deberías hacer como el formal, esto es como el plan para trabajar 3 años ¿ya? porque en 1 año en verdad no alcanzas a trabajar con problemáticas que afectan a una comunidad” (P1).

Lo anterior, debido a que existe claridad sobre su obligatoriedad, planteándose como una exigencia por parte del Servicio de Salud: “el diagnóstico participativo es como una instancia de trabajo en salud ¿ya? en la formalidad, se nos pide un diagnóstico comunal, se nos pide desde el servicio de salud” (P1), siendo interesante destacar que, la percepción de obligatoriedad no existe desde siempre “desde ahora se exige ¿ya? [pero] esto se viene haciendo [hace] muchos años” (P1). Sobre esto, destacan la necesidad de coordinación para dar cumplimiento a la planificación anual y cómo esto estructura sus actividades

durante el año “[se] trabaja desde marzo en un cronograma de trabajo para poder hacer el plan de salud del siguiente año, entonces ahí tiene que hacer un cronograma de cuándo es nuestro diagnóstico técnico, cuándo va el diagnóstico participativo, cuando viene el plan de salud, la planificación y todo eso, para para poder hacer este insumo que es el plan de salud” (P1).

Praxis de PS en APS

Los/as ejecutores/as mencionan que existirían brechas en sus prácticas, asociadas a su rol en la APS: “cumplir con la demanda asistencial es algo que es bastante difícil, entiende que soy un psicólogo para... te nombre ¿cierto? son 8 postas y cuatr-cinco estaciones... entonces son varios lugares, hay lugares bien alejados, también, entonces, cuesta” (P1).

Perciben que su orientación promocional y preventiva no es tan apremiante para la población “en general, nosotros, nuestra atención, no es de urgencia, es preventiva y promocional, entonces no, nunca va a ser tan apremiante y va a ser apremiante cuando haya un problema más puntual o real” (P1), puntualizando en características particulares del territorio “para las personas de la isla, es mucho más preocupante que, en una urgencia, no tengan la lancha para sacar a un usuario, porque obviamente eso es de vida o muerte... el hecho de que su alimentación sea mala durante toda su vida y después terminen en esa urgencia, no es tan importante” (P1).

A lo anterior, agregan que la población percibe que las atenciones clínicas serían más apremiantes que las atenciones enfocadas en lo promocional, preventivo o participativo, “si tú le preguntas [a los/as usuarios/as] ¿quieres que el psicólogo esté haciendo actividades de promoción, o actividades de participación, o actividades con la comunidad, o que está atendiendo en el box? y lo mismo va con el médico, o la matrona... ¿qué va a elegir la gente? que estamos atendiendo en el box, y ojalá más” (P1), percepción que, de cierta manera, los/as profesionales terminan compartiendo, “nosotros sabemos que sería mucho mejor que estemos haciendo promoción y prevención, participación y trabajo comunitario, o con el intersector, a largo plazo... pero en el corto plazo, la gente necesita horas, porque ya está dañada” (P1).

Praxis de participación desde la perspectiva usuaria

Al ser consultada por su percepción sobre la accesibilidad de la información para la comunidad, la representante de los/as usuarios/as de la PSR indica “yo siento que está al acceso de todos (...) en todo momento” (U1), destacando la disposición de los/as ejecutores/as de la PSR: “tienen muy buena disposición, siempre tienen cartelitos (...) siempre están comunicando, aparte que siempre hay alguien” (U1). La representante comenta que existen diversas formas de acceso a la información: formas presenciales “hay afiches pegados, o me comunican directamente los profesionales que están ahí, las TENS, que siempre están en el SOME, o la misma encargada de la posta” (U1); y formas virtuales: “también me informo por WhatsApp, ellas publican siempre la información en los estados (...) aparte, si no tienes WhatsApp, está el número de teléfono, y te contestan al tiro” (U1), “me dieron el número [de teléfono] y me explicaron que yo podía llamar para tener información, para saber sobre horas disponibles, para agendar también (...) no solo con las horas a control, sino con talleres y todo eso” (U1).

La representante de los/as usuarios/as de la PSR considera que, en general, las instancias de participación son importantes “de todas maneras, sí. Creo que la participación en salud es importante” (U1), señalándolas como formas de vinculación comunitaria “es importante que nos conozcamos entre vecinos, porque esto era para vecinos, vecinos y vecinas de acá del sector, entonces, primero nos conocemos, sabemos quiénes viven acá alrededor, sabemos un poquito más allá sobre sus vidas, qué hacen, qué les gusta (...) generamos lazos de comunidad, sirve para eso” (U1); y reconoce diversas prácticas de participación.

Primero, señala su participación en calidad de usuaria: “participo tanto en lo que respecta a mi salud, por ejemplo, si necesito atención del médico, de nutricionista, de matrona, de psicólogo, etcétera, acudo a la posta rural, en este caso” (U1); especificando en instancias que refieren específicamente a SM “me acuerdo que, una vez también me invitaron a participar a un taller sobre SM, pero no pude ir” (U1).

Por otra parte, indica “también participo en otras actividades a las que llaman a participar a la comunidad, por ejemplo, en talleres, charlas informativas, otros eventos de efemérides, también participo si es que puedo” (U1), dentro de éstas, encontramos instancias que refieren a temas diversos: “el último que fui, más que un taller, era una especie de... no sé si exposición, pero tenía relación con el... con el trabajo, más bien, con los oficios, que desempeñan ciertas mujeres, varias mujeres de acá del sector” (U1). Ahonda en otros beneficios que generan estas instancias “sirve también, en este caso, para ellas, que eran

las expositoras, sirve para poder quizás subir su fuente de ingreso, porque dan a conocer la mercancía, en el fondo, que venden” (U1). Sobre esta instancia, profundiza en su rol: “me acuerdo que fui de oyente en realidad, más que a exponer algo, y ahí estuvimos compartiendo con esas personas y otros que andaban como yo, como de oyente” (U1).

La usuaria refiere que “también participo, creo que podría considerarse, en retroalimentar las labores (...) pido que me presten el libro de felicitaciones y lo hago llegar, para tal profesional, por tal y tal, sugerencia” (U1). Sobre esta última forma de participación, hace hincapié: “creo que la carta de felicitación, de reclamos o sugerencias, es un medio que existe y que no se le da mucha bola, disculpando la expresión... Es el medio que tiene a disposición el sistema para que nosotros podamos comunicarnos, en este caso, con quienes toman las decisiones” (U1). Sobre esto, puntualiza que, desde la institución, también instan a participar de esta forma: “le cuento a la misma encargada: oye, sabe qué, fue súper buena la atención de esta persona, y aquí y allá, y ahí ella me dice: oye, qué bacán que te haya gustado, pero ¿sabes qué? nos haría súper bien que tú puedas hacer esto por escrito ¿podrías dejar ahí, una notita en este libro?” (U1). Siendo interesante considerar que, desde la perspectiva ejecutora, dicha estrategia no es considerada como una instancia participativa “[una] instancia que es considerada como participación, que son los reclamos de la OIRS, no encuentro nada participativo ahí, pero para el sistema sí es participativo” (P1).

Participación como praxis terapéutica

Las prácticas de PS son percibidas, por ejecutores/as y la representante usuaria, como instancias terapéuticas.

Los ejecutores/as perciben sus beneficios, tanto para ellos/as, como para los/as usuarios/as “me parece que es un espacio terapéutico, tanto para ellas, como para nosotros” (P2), generando esta relación a partir de instancias institucionales de conversación entre pares: “sí [es terapéutico], entre los mismos pares, de repente, abrir espacios de conversación” (P2).

Por su parte, la representante de los/as usuarios/as reconoce la terapéutica en las praxis participativas, “me siento distinta y me siento bien cuando participo, cuando salgo de lo común, uno lo siente adentro” (U1), “a mí me gusta compartir, me gusta conversar con gente, conocer experiencias y... y cuando aprendo cosas, siento que me hace bien poh,

entonces, claro que puede ser terapéutico” (U1). La usuaria asocia esta terapéutica a instancias que denomina como extraprogramáticas: “Participar de otras instancias, como extraprogramáticas, por así decirlo, puede ayudar a... como el... el, no sé, en lo espiritual, por así decirlo, como qué bacán, conocer gente, genial, poder participar de este espacio juntos, es como otro tipo de ganancia... a nivel como, espiritual” (U1).

Sobre esto, hace el alcance, señalando que no todas las personas percibirán estas instancias como terapéuticas “era algo difícil de explicar, y creo que varía de persona a persona, en todo caso” (U1); ahondando “quizás para otra persona que... que es más tímido, que no le gusta tanto compartir, puede que sea una experiencia totalmente desagradable, y va a estar sufriendo en una... en una instancia así, (...) pero depende de la persona” (U1).

Quehacer profesional

Los/as ejecutores/as conceptualizan como parte de su trabajo tareas individuales y comunitarias, señalando como parte importante de su quehacer el “poder desarrollar un trabajo de mejora, digamos, individual, familiar, pero también comunitario, de la SM de las comunidades” (P1) agregando la necesidad de concientizar a la comunidad “que las comunidades logren desarrollar, digamos, conciencia de la importancia de la SM” (P1), haciendo hincapié en su disposición para acompañar estos procesos “que también entiendan que, en este caso, su posta o su estación, es un lugar donde pueden buscar, digamos, solución, o buscar ayuda, en lo que respecta a su SM” (P1).

Ahondan en el rol de trabajadores/as sociales y psicólogos/as. En general, en la red de APS y, específicamente, en el trabajo en SM y PS.

Se destaca sobre el papel de los/as trabajadores sociales como los/as profesionales que suelen encargarse del programa de PS: “En realidad participación, históricamente, ha sido como un programa que rebota a los trabajadores sociales” (P1); debido a esto, es que suelen dirigir y desarrollar las prácticas de PS, “¿quién queda encargado como estamento? son los trabajadores sociales, generalmente son ellos los que quedan encargados del plan de participación y del diagnóstico participativo” (P1). Lo anterior, debido a que se percibe que son ellos/as quienes tendrían una formación de pregrado más acabada sobre PS: “[son los/as encargados/as del programa de PS] un poco también apelando a que son ellos quienes tienen la mejor formación en esa área” (P1). Esta percepción posicionaría a los/as

trabajadores/as sociales, junto a los/as psicólogos/as, como los/as ejecutores/as que tendrían mayor formación en PS: “[Sobre quiénes tienen una mejor formación de pregrado en participación] Probablemente, los trabajadores sociales y los psicólogos, en menor medida, tampoco todos” (P1).

Sobre el rol de psicólogos/as en APS, perciben que su trabajo está condicionado a las características de la APS, “en APS nuestro perfil debería ser un perfil de un psicólogo de la salud, con competencias clínicas, pero también con competencias comunitarias, de participación y de promoción” (P1). Sobre esto, se tensiona la concepción de psicólogo/a de la salud, versus un/a psicólogo/a clínico/a, al parecer, producto de una expectativa de parte de la gran mayoría de los/as agentes involucrados en la APS, desde el equipo, hasta los/as usuarios/as: “hay un requerimiento, digamos, en este caso... una expectativa, no sólo del medio, sino que también de los colegas] (...) tanto del equipo, como de los directivos y también de los usuarios, de psicólogo clínico” (P1).

Todo esto, decanta en una reflexión sobre la dotación de profesionales y sus roles: “no se trata de que el mismo psicólogo haga todo, probablemente, lo que necesitamos es que haya más psicólogos, pero haciendo distintas cosas (...) en general, debería haber una matrona, haciendo actividades promocionales, preventivas y participativas, pero no deberían sacar esas horas de la misma matrona que está haciendo la atención clínica, por ejemplo” (P1).

Responsabilidad profesional para desarrollar praxis de participación

En general, señalan que la responsabilidad de desarrollar prácticas bajo lineamientos comunitarios, como las prácticas de participación, se relaciona a la iniciativa de cada profesional o grupos de profesionales, más que a lineamientos institucionales que promuevan el involucramiento, “generalmente, tiene que ver con profesionales que estén muy atentos, digamos, a estudiar estas cosas, a darse cuenta, a estar interesado a lo que está pasando en salud pública” (P1). Lo que se asocia al empoderamiento de los/as profesionales de la comuna respecto a su labor: “había un grupo de profesionales muy empoderado en su trabajo, muy mateo, digamos, muy estudioso, muy atento a lo que es transcurría y muy interesado en estudiar, en formarse (...) era gente que estaba muy a caballo de estas cosas y que empezó como a establecer que, si bien [el diagnóstico participativo] no era obligación provincial, para nosotros sí era obligación hacerlo, bueno y me parece que eran buenas estrategias” (P1).

El empoderamiento e interés de los/as ejecutores/as, termina graficado en la visión de la red de APS: “Sale graficado en lo que es nuestra visión, digamos, la visión del departamento es como, constituirnos como la mejor institución de la provincia (...) pero, yo creo, que sobre todo [fue iniciativa] de esos profesionales, de los más antiguos, de verdad lo trataban de hacer carne, digamos, trataban de que de verdad fuera así, entonces, trataban de estar siempre a la vanguardia de las actividades, en todo ámbito” (P1).

Esto se refleja, también, en la iniciativa para buscar estrategias de PS, en la praxis cotidiana: “Sacando actividades (...) así como más práctico, de cómo desarrollar un buen diagnóstico participativo... había también un compilado desde el Ministerio de salud (...) yo lo busqué, todo eso lo busqué” (P1); “Generalmente es lo que uno puede buscar, (...) hay algunas recopilaciones buenas de diagnóstico participativo, pero no es tanto, no es tanto lo que hay de participación (P1). Otro ejemplo se expresa en la posibilidad de los/as profesionales de generar acciones de PS, a partir de redes sociales fuera del área de la salud “la última experiencia bien bonita que [se] vivió, fue más que nada en adolescentes, que fue en conjunto el [Liceo] Politécnico con el *** [Centro de SM Adolescente], que desarrollaron ahí, el médico de *** [Centro de SM Adolescente] trabajaba también como profesor en el Poli, y empezaron a formar a promotores de salud dentro del entorno de la comunidad escolar, como una de las estrategias, yo creo, más bonitas del último tiempo” (P1).

Los/as profesionales, además, perciben que la relación con los/as usuarios/as se da en términos de una responsabilidad unilateral en el trabajo conjunto “hemos escuchado gente así como: oiga pero, ustedes son ustedes, así que si yo les digo que vengan aquí a las 8 el domingo, tienen que estar acá” (P1), situación que ha ido agudizándose con el tiempo “lo que era la salud rural antigua, no se daba (...) antes llegaba la gente a la ronda y las señoras tenían un pancito calentito, cafecito y todo; ahora, es como: ‘no y vengan cuando yo quiero” (P1), percibiendo que esto se da, principalmente, debido a prácticas asistencialistas de parte de la institución: “creo que también es una tradición que hemos desarrollado como instituciones, de ir volviéndonos muy asistencialistas, de hacernos cargo de todo nosotros, y no ir trabajando de manera conjunta con la comunidad” (P1).

Equipo

Sobre la noción de equipo, al consultar por los roles que cada profesional cumple, surgen los TENS y el equipo psicosocial como principales actores involucrados desde la

institucionalidad en las PSR, “en el ámbito más de nosotros, que es rural, los TENS y paramédicos de las postas, que son los líderes, digamos, de la salud de cada sector rural” (P1); “típico que hay alguna TENS, o nosotros como dupla psicosocial” (P2)

Es importante considerar que las conversaciones que tienen como equipo de la PSR, suelen dividirse entre conversaciones formales e informales.

Las conversaciones consideradas como formales, suelen relacionarse con el contenido asociado a las metas sanitarias “[como PS] es una meta que afecta directamente los sueldos de las personas, entonces es un tema que, al menos, se conversa” (P1); confirmando que, cuando los tópicos no tienen que ver con las metas sanitarias, suelen ser poco relevantes: “antes, cuando [PS] no estaba [como meta sanitaria], no se conversaba, era sólo era tema de la trabajadora social, y ya lo verá ella, al menos ahora, hace tiempo nos acordamos [de] que eso hay que cumplirlo” (P1).

Sobre las conversaciones consideradas como informales, estas suelen tener contenidos y formas más variadas “de lo que yo veo, conversamos sobre casos, conversamos, pero entre nosotros no más, a menos que sea como algo en especial, y queda en el correo” (P2), “tratamos de ponernos al día y conversar, entre formales e informales de comunicación y de saber qué es lo que nos falta, qué es lo que tenemos y cómo poder lograrlo” (P1), destacando que la referencia a *lo que falta* también está asociada a las metas cumplidas y por cumplir.

Sobre las reuniones de estamento, donde los/as trabajadores suelen reunirse según sus roles y profesiones: “todos los trabajadores sociales se juntan, por ejemplo, todos los psicólogos, todas las matronas, generalmente, como el último viernes de cada mes” (P2), el contenido de las mismas, en general, se asocia a prácticas cotidianas dentro del ejercicio de la profesión: “por ejemplo, la última reunión de estamento que nos juntamos nosotros los trabajadores sociales, fue para actualizar un protocolo de visitas domiciliarias” (P2); además, se perciben como instancias de apoyo entre colegas: “aprovecho a hacer todas las preguntas que no tengo respuesta; de hecho, llevo ahí, anotado en mi teléfono, sobre cosas que no entiendo. Tenemos un whatsapp también, así que siempre como que nos ayudamos con los colegas, en x situación” (P2).

1.4 Flujo 4: externalización/sistematización de saberes y prácticas

Prácticas de puesta en común en el equipo

Respecto a praxis de puesta en común de los saberes y prácticas del equipo, comentan que estas, también, se dan en ámbitos formales e informales.

Sobre las instancias formales, surgen en primer lugar las actas emanadas de las reuniones, sin embargo, pese a ser una práctica identificada como obligatoria, se encuentran brechas en su realización “deberíamos tomar acta, por lo menos, no sé si se toma siempre, pero deberíamos tomarla, es como obligación” (P1). Sumado al desconocimiento sobre su utilidad: “CG: ¿y qué hacen con esas actas? Participante 2: no tengo idea (risas) (...) yo creo que queda para el registro no más poh, deben tener ahí algo (...) quizás sí, sí hagan algo con eso, pero yo, no lo sé” (P2).

Otra instancia formal, se relaciona a los reportes, asociados a metas sanitarias: “tenemos un reporte. Tenemos reporte de metas, las metas sanitarias, tenemos reporte de IAAPS, que es otro tipo de meta, los reportes de trazadoras, que son otro tipo de meta; y algún otro tipo de documentos que tenemos, digamos, de convenios, también” (P1); “hay un reporte... hay un reporte de metas, donde está todo anual, todo lo que hace cada profesional, qué es lo que lleva, cuánto falta” (P2).

Además, sus prácticas, en general, deben quedar consignadas a través de registros, “es cierto, nosotros trabajamos, de hecho, nuestras actividades promocionales tienen que cumplir con el registro” (P1), sin embargo, surgen críticas respecto a esta forma de externalización institucional, “dentro del ámbito de salud, y esto es algo que suena rudo, pero es verdad, más vale registrarlo y hacerlo mal, que hacerlo muy bien y no registrarlo” (P1). Sobre esto, señalan “siempre es más importante el registro, que la acción, y eso es grave. Es grave, porque... se nota, en algunas instancias (...) ahora, la idea es tratar de hacerlo bien y registrarlo” (P1).

Prácticas de sistematización

Sobre las prácticas institucionales de sistematización de saberes y prácticas, los/as profesionales relevan el Plan Comunal de Salud como un insumo local de externalización institucional, en que se plasma la percepción comunitaria sobre las principales necesidades de salud, identificada a través de las Mesas Territoriales.

Sobre otras prácticas de sistematización que han sido desarrolladas en la institución, señalan: “lo pude hacer cuando tenía mi otro cargo, cuando trabajaba en el área técnica,

digamos, que es un trabajo más técnico-administrativo (...) me tocó hacer, sí, me acuerdo, un instructivo para diagnóstico participativo, y me costó” (P1). Pese a ello, se perciben dificultades para generar sistematizaciones de experiencias dentro de la institución, principalmente, asociadas al tiempo que implicaría y su poca compatibilidad con la carga laboral: “no tenemos mucho tiempo para parar a reflexionar sobre nuestras propias prácticas, lo hemos intentado alguna vez, lo hemos hecho alguna vez, pero sería ideal y poder hacer sistematizaciones, también, pero, la verdad, el tiempo no da” (P1).

En relación a prácticas de PS, comentan que es difícil encontrar sistematizaciones de experiencias: “algún tipo de sistematización, de cómo hacer un buen trabajo de participación, no lo he visto” (P1); comentan su percepción sobre su importancia: “creo que es necesario, creo que es la única forma de poder hacer una reflexión sobre nuestras propias prácticas, es poder sistematizar cierto trabajo que se hace” (P1); y sobre su utilidad: “en algún momento, va a haber otra persona que lo vaya a necesitar, es un documento que puede... o sea, a mí me hubiese gustado haber tomado un documento, y leer, y decir “ah, ok. Esto tengo que hacer. Así se hace” ... de mí área” (P2), “hubiese mejorado [su forma de trabajar], quizás más rápido” (P2).

Voz de los/as usuarios/as

Sobre instancias en que los/as usuarios/as puedan ser parte de estas prácticas de sistematización, encontramos que la representante de los/as usuarios/as no reconoce haber participado en alguna forma externalización o sistematización institucional, sino que ha aportado información sobre su experiencia en instancias informales “solamente lo he compartido en conversaciones, pero nada, así como, determinante, en informal” (U1).

Sobre la percepción de los/as ejecutores/as, existe un reconocimiento a la importancia de que las personas puedan plasmar su voz en las formas de externalización institucional: “yo creo que, de hecho, cada cierto tiempo surge la necesidad de darle voz a los usuarios, a través de documentos, de videos, de libros” (P1), a partir de lo anterior, ponen ejemplos prácticos, que no necesariamente aluden a la sistematización de experiencias en SM: “el otro día estábamos... la nutricionista estaba, por ejemplo, hablando de poder hacer recetas con comida sana, saludable [con participación de usuarios/as], creo que sería importante” (P1).

2. Mapa de flujos de conocimiento: Centro de Salud Familiar

En segundo lugar, se presenta el mapa de flujos de conocimiento de los/as representantes del único Centro de Salud Familiar [CESFAM] de la comuna.

2.1. Flujo 1: Sobre formalización del conocimiento

Conocimiento sobre textos programáticos

Respecto a textos orientadores que contienen el conocimiento institucional sobre PS, los/as profesionales del CESFAM comentan que existen ciertas orientaciones que conocen a partir del PNSM y textos locales “[hay información en] los planes, en general, el PNSM y también el Plan comunal (...) hay algunas cositas que tienen que ver con la participación y porque además también acá existe el programa de participación” (P4); en específico, refieren a actividades planteadas en los Planes de Participación locales “en el plan de participación hay actividades que tienen que ver con, o actividades que se tienen que ejecutar, en relación a problemáticas ¿cierto? que están más inmersas en la comunidad” (P4). Pese a esto, existen brechas asociadas a los textos descritos, “en algún momento había un texto relacionado a eso, de participación. Bueno, no sé, no recuerdo exactamente como, el nombre, pero sí sé que hay algo relacionado a la participación” (P3), “no es como que yo diga: Ah, ya, tengo que hacer esto, o esto es la participación, no” (P4).

Sumado a esto, existe la percepción de que hay mayor claridad en las orientaciones sobre promoción y prevención, “[sobre participación] quizás no tanto, quizás el enfoque más es como que tiene que ver muchísimo como con la promoción o prevención quizás” (P4). Agregando que existirían ciertos apartados sobre participación dentro de las orientaciones sobre promoción/prevención: “A veces, como que aparecen ciertas cositas de cómo nosotros podemos participar con la población, todo lo que tiene que ver con prevención” (P4).

Estrategias de PS planteadas desde el nivel central

Sobre estrategias de PS planteadas desde el nivel central, existen distintos niveles de conocimiento sobre las herramientas consultadas.

Se desconoce sobre los Consejos de Desarrollo Local, Presupuestos participativos, Consejos Consultivos, Consejos de la Sociedad Civil, Audiencias Públicas y Cabildos

ciudadanos territoriales, tanto de parte de profesionales como del representante de los/as usuarios/as del CESFAM, niegan conocer estas instancias al ser consultados "son conceptos que no había escuchado" (P3), "nunca he participado de nada de eso, no" (P4), CG: ¿[las estrategias nombradas] te suenan? U2: No" (U2).

Sí, existe mayor conocimiento sobre la estrategia de Promotores Comunitarios de Salud, que es conocida en mayor y menor medida: "son como estas personas que no son profesionales de la salud ¿cierto? pero que igual aportan como en el acceso" (P3); sí existe confusión con otras figuras de la red de APS, "CG: ¿[Conoce sobre] Promotores comunitarios de salud? Participante 5: No, no, no. Solamente gestores comunitarios. Sé que los CECOSF tienen gestores comunitarios, es como el único concepto" (P4).

Los/as profesionales comentan que las estrategias revisadas, como formas de participación estructuradas a nivel central, son conceptos o herramientas, en general, poco familiares: "así como en la práctica, como que yo me relacione con estos conceptos, no" (P3). El representante de los/as usuarios/as, por su parte, comenta que no son instancias que haya escuchado, en general, en el área de SM: "nunca lo he escuchado, por lo menos yo. En SM, es súper poco, de lo que me has consultado ha sido súper poco, de SM" (U2).

Metas institucionales

Los/as profesionales señalan que también conocen sobre participación en razón de su calidad de meta, "nosotros desconocemos un poco el tema de la participación acá, es como que hay que cumplir con las metas de participación, pero ¿qué metas son?, ¿qué hago yo?" (P4).

Indican que las metas institucionales se orientan a generar actividades individuales, grupales y comunitarias. Respecto a las primeras, existe una mirada crítica de parte de los/as profesionales sobre las metas que se relaciona con un excesivo énfasis en metas asociadas al cumplimiento de controles individuales de SM: "yo tengo que cumplir con ciertas metas de controles de SM individual, y eso genera que tenga que aumentar mis controles individuales para cumplir con las metas" (P3); "todo el mundo sí quiere cumplir metas, lo sé, hasta yo misma me urjo, a veces, cuando no cumplo con mis controles de SM, o mis ingresos de SM" (P4). Sobre las segundas, destaca la herramienta de controles grupales de SM: "los controles grupales, que antes no se hacían y que igual la Jefatura los solicitaba a todos. Es como una meta, una meta trazadora, comunal" (P3), donde se

conmina específicamente a los/as profesionales psicólogos/as a generar este tipo de prestación “Yo creo que lo obligatorio son son como dos [controles grupales de SM] en el año” (P3). En cuanto a las terceras, se indica que las actividades comunitarias son incentivadas, a través de las metas, “[el trabajo preventivo] también es una de nuestras metas poh, realizar mayores actividades afuera, con las comunidades, con los usuarios” (P3).

En ese contexto, se evidencia una disconformidad: “aquí se trabaja mucho en base a metas... Es una crítica igual. No me gusta tanto, porque siento que a veces es como ‘¡hay que tener muchos controles!’, o como ‘las personas son muchos números’ Y, si tú ves mi agenda, hay muchos controles” (P4), criticando una forma de gestión que pondría un énfasis excesivo en el cumplimiento de éstas “el modelo de gestión probablemente también pone mucho el foco o el énfasis en cumplir también con esas metas” (P3); “es como algo así de toda la vida, de que te piden metas, te piden indicadores” (P3).

Sobre esta última reflexión, se evidencia una asociación entre metas y una orientación cuantitativa del trabajo: “Tiene que ver como, con la productividad, tienes que darme números de lo que estás haciendo” (P4); esta noción, especialmente en el área de SM, genera una disonancia en las representantes de los/as trabajadores/as, relacionada a una devaluación o desvirtuación de la profesión: “se devalúa un poco el... el que te veo a ti, pero eres solamente un número para mí. No estoy viéndote en este, como en este modelo comunitario, de que tú eres Carla, y Carla vive en un lugar, y este es su barrio, esta es su comunidad, así se siente, está su familia, etcétera, sino que te veo como Carla y eres mi número y si tú viniste, ok, cumplí la meta, fantástico” (P4); “sé también que, si en algún momento veo a mis pacientes como números, lógicamente ahí voy a desvirtuar toda mi profesión y voy a seguir viendo a mis pacientes, los voy a ver siempre como un número más, más que como personas” (P4).

2.2 Flujo 2: Sobre internalización/apropiación práctica de los textos programáticos

Socialización del conocimiento institucional

Sobre la forma en que las profesionales, representantes de sus colegas, han tomado conocimiento sobre los textos orientadores del conocimiento institucional, comentan que éstos son compartidos desde la institución “los conocí cuando ingresé a la red” (P4), identificando ésta como la única instancia, en general, en que se comparten textos que

contengan conocimientos institucionales: “CG: en alguna otra instancia ¿han llegado, no sé, textos? P3: no, no, no” (P3).

Sobre ellos, comentan sobre cierta autonomía en la búsqueda de orientaciones: “[El PNSM] lo conocí recién acá, aquí recién lo imprimí, aquí recién lo ojeé (...) yo misma los busqué (...) por iniciativa propia” (P4) y a estrategias institucionales de PS “en algún momento, había escuchado el concepto [de promotores comunitarios de salud], y lo busqué (...) CG: Autónomamente, por lo que entiendo, tú lo buscaste. P3: Sí” (P3).

La autonomía en la búsqueda de orientaciones suele estar relacionada a la necesidad de acceder al conocimiento institucional. En primer lugar, para acceder al lenguaje utilizado en la institución: “yo, siendo nueva, lógicamente no entendiendo, quizás, tantas cosas, tengo que familiarizarme más, quizás, con el PNSM, con los conceptos, con los lineamientos, para que todos hablemos el mismo lenguaje y no andar tan perdida” (P4); y, en segundo lugar, para ejecutar ciertos aspectos del trabajo “por iniciativa propia y porque además también acá en el CESFAM como que tenemos, a veces, muchas tareas que ejecutar” (P4); “fue un trabajo súper autónomo para poder aprender de todo el trabajo que, que me competía a mí” (P3). Sobre esta autonomía, señalan que el acceso a dicha información no es algo que se incentive de parte de la institucionalidad: “Uno lo va conociendo de forma autónoma. No, no es como algo que te lo inculcan mucho en el quehacer laboral. (...) no es algo que esté como muy presente acá” (P3).

Procesos de inducción

Existen particularidades que permiten, o no, la continuidad de la información entre un/a profesional que se va y otro/a que llega “en mi caso, yo ni siquiera conocí a la colega que estuvo antes que yo, se fue antes” (P3), lo que limita los espacios de retroalimentación entre profesionales “por lo mismo no tuve como esa retroalimentación, entonces, en cuanto al trabajo que hacía ella, yo no, no conozco mucho” (P3), lo anterior, debido a factores casuales “tampoco tuve mucho tiempo de hablar con la psicóloga que estuvo anteriormente, porque ella no era de aquí, entonces no, no tuve tampoco esa parte” (P4). Esta experiencia, decanta en una sensación de cambio súbito, “como que llegué a trabajar e inmediatamente, entré hoy día y ya, ‘tú eres mi primera paciente y tengo que atenderte’” (P4) y de vacío una vez que los/as ejecutores/as abandonan los puestos de trabajo “cuando hay colegas que vienen y se van, no queda nada” (P3).

En cuanto al contenido de las inducciones, estas hacen especial énfasis en la inducción sobre los sistemas de agenda y estadística “la inducción fue netamente en temas, más que nada, estadísticos. Cómo registrar la estadística, cómo hacer mi agenda” (P4); no tanto así, sobre las prácticas a realizar en su quehacer: “nunca ‘ya, tu labor va a ser esta, tú tienes que hacer esto’, no” (P4); “si bien me hicieron inducción para aprender Rayén, el sistema de agenda, fue eso, pero todas las prestaciones que yo tenía, iba a tener, las fui sabiendo en la medida en que estuve acá, con mi colega” (P3), relevando el apoyo entre pares: “yo me acercaba a preguntarle, o al mismo *** [funcionario], que ya lleva muchos años, [o a] su esposa [que] también lleva muchos años” (P3).

Procesos de capacitación

Sobre los procesos de capacitación dentro del CESFAM y su incidencia en el contenido de las capacitaciones, comentan que éstas pueden surgir por dos vías “Te llega, así como obligadamente tienes que capacitarte en esto, o tú misma puedes buscar la forma, igual de una manera más autónoma, de capacitarte” (P3).

En cuanto a los temas que las capacitaciones abordan, suelen trabajar continuamente ciertos temas: “las capacitaciones como que, igual, se repiten constantemente” (P3), por ejemplo, “siempre tenemos capacitaciones que tienen que ver con salud familiar. De hecho, esa es como la que hacen todos años, salud familiar básico, avanzado. Esa es la, por estrella, por excelencia” (P4), “son, como, las capacitaciones sobre el modelo de salud familiar, capacitaciones sobre cuidados paliativos, capacitaciones sobre uso del sistema Rayen” (P3).

En general, se suele capacitar a encargados/as de programas en temas específicos: “soy la encargada de promoción de mi sector, de mi piso, entonces (...) me toca ir como a muchas capacitaciones de promoción” (P4). Este mismo fenómeno se presenta en las capacitaciones relacionadas a PS en salud, en que capacitan a encargados/as de programas afines, “solamente la tuvimos los que éramos referentes de promoción, junto con los gestores comunitarios” (P4).

En ese contexto, existe la percepción sobre una falta histórica del tema de participación en las capacitaciones “CG: y esas capacitaciones que has tenido, o históricamente, las capacitaciones que han tenido ¿ha habido alguna sobre participación? P4: jamás”; y cuando aparece, sería como un inciso dentro de otros temas: “estuve en una capacitación [sobre

participación], pero fue porque soy parte de promoción, ahí recién tuvimos una capacitación, pero era para ver prevención y promoción” (P4); en este inciso, destaca que se abordan miradas filosóficas y prácticas sobre la participación: sobre las primeras, “hubo una relatora que (...) nos habló mucho de Paulo Freire y de todo lo que él habló acerca de la participación, porque él como que hablaba mucho de participación también, pero como en las escuelas” (P4); y sobre las prácticas, “ella nos habló de participación, de cómo era el plan comunal de participación, cuáles eran las actividades de participación” (P4). Sin embargo, se generan dificultades para diferenciar la participación de la promoción: “hicimos una parte práctica, más que nada como para ver cómo podíamos nosotros, quizás, mejorar el tema, pero tampoco de participación, sino que era como de promoción, finalmente” (P4).

Definición de participación

Las profesionales del CESFAM construyen de forma polisémica la participación. Entienden la participación como una forma de ejercicio de derechos: “lo entiendo como algo muy democrático (...) como un derecho del ser humano, o sea, yo soy un sujeto que tiene derecho a participar en este mundo” (P4), ahondando en el concepto de participación en SM “la población tiene este derecho a participar, en sí, de su SM” (P4); también, como una responsabilidad: “desde mi labor, siempre es fomentar la SM de la comunidad” (P3).

A partir de esto, aparecen la inclusión y la posibilidad de generar cambios, como partes importantes del concepto “donde me siento yo parte de algo, soy parte de algo, para poder ejecutar algo. Y, quizás, generar alguna acción o algún cambio frente a ese ‘algo’ a lo que yo voy a ser partícipe” (P4); subrayando la potencialidad de la participación para identificar necesidades y buscar soluciones “para buscar soluciones a las problemáticas que aparezcan... buscar necesidades y ver cómo cubrir esas necesidades que aparecen dentro de un grupo” (P3).

Enfatizan, también, en la necesidad de participar con otros/as “es un proceso, donde, como dice la palabra, logramos también participar en conjunto con las demás personas, con grupos, con comunidades” (P3); específicamente, en su área, surge el concepto de convocatoria, asociada a usuarios/as siendo partícipes de la práctica “la idea es siempre poder convocar ¿cierto? a los usuarios, dentro, aquí, de la práctica de SM, convocar a los usuarios, a ser parte del trabajo que se realiza aquí en el CESFAM” (P3).

Sumado a lo anterior, destacan que la participación no sólo tiene que ver con la asistencia a prestaciones de SM: “participación activa (...) [en] SM tiene que ver no solamente con que yo veo un usuario para hacerle una terapia” (P4), “no es que yo solamente atienda a mi usuario” (P4), sino que la relacionan estrechamente con acciones preventivas y promocionales en salud “tiene que ver con que yo hago promoción, prevención, todo eso tiene que ver también con la participación de la SM” (P4), “en el CESFAM lo que hacemos mucho también es promover, promocionar, prevenir y eso tiene que ver también con una parte, yo creo que como enriquecedora, quizás, de la participación que tenemos como actores nosotros, dentro de la SM y la participación” (P4).

Definición de participación de y desde los usuarios/as

Las trabajadoras del CESFAM conciben la participación usuaria, en primer lugar, como una forma de compartir experiencias y expresar opiniones “la gente, en general, participa siempre a través de sus experiencias” (P3). Esta práctica, en general, se sitúa en instancias institucionales de participación: “en los conversatorios, ellos dan a conocer sus puntos de vista acerca de los temas y de las problemáticas que se llevan a cabo, expresan sus opiniones” (P3); haciendo referencia al concepto de inclusión, “yo creo que ellos lo entienden como una forma de incluirse, principalmente, en estos talleres, es la forma que tienen ellos de dar su opinión” (P3). En ese contexto, es que las profesionales perciben que las prácticas se dotan de simetría “si el paciente tiene alguna duda, alguna pregunta, es una forma en la que él también participa. De hecho, es súper enriquecedor también porque, a pesar de que, a lo mejor, el paciente me puede mirar como alguien que está más arriba. Trato siempre de que estemos, como ‘no me mire así, soy una persona igual que usted. Me puedo deprimir igual que usted, me puede pasar lo mismo que usted’ (P4).

Sí existe una apreciación crítica, relacionada con que se entregaría mayor valor a las prestaciones individuales, por sobre otras actividades “es como que la gente no participa mucho de ese tipo de actividades, pero sí participan muy activamente del control cuando tienen que venir a buscar el fármaco, del control cardiovascular, de la cita para hacerse tal examen, etcétera” (P4), percibiendo instancias fuera de éstas prestaciones, como ‘extraprogramáticas’ “siento que la gente participa mucho de sus controles activamente, pero si se les invita, quizás, a una actividad extra, no es tanta la participación que tiene la gente” (P4); esta situación se repite, incluso, en instancias donde las profesionales se insertan dentro de los espacios comunitarios “cada vez que hacemos actividades como

extraprogramáticas, no sé, vamos a hacer un taller de SM y lo vamos a hacer en una Junta de vecinos, llega uno, llegan dos (...) la gente no participa tanto. Eso es como muy triste” (P4). Y fundamentan esta brecha a partir de la falta de entendimiento de la población respecto a la necesidad de prevención “falta como esa educación, quizás, en la población, sobre todo en el tema más como preventivo. Porque la gente de verdad que participa súper poquito, de todas las actividades, en realidad” (P4).

Perspectiva usuaria

Sobre la perspectiva usuaria asociada a PS en SM, en primer lugar, encontramos que ésta se define a partir de la asistencia a controles “CG: ¿qué entiendes tú por participación? U2: Participación. Asistir” (U2), señalando que una ‘participación activa’ se relaciona con el cumplimiento de sus controles de SM “estar presente siempre en, o sea, yo en el caso mío, que soy usuario, siempre soy una persona que está, que estoy tratando de estar siempre un tiempo antes en mi hora cuando la pido. Ser responsable también, en ese sentido” (U2).

Sobre otras formas de participar en el centro de salud, el representante de los/as usuarios/as refiere a instancias asociadas a patologías de salud “CG: ¿Sabes si existe otra forma de participar en el centro de salud? ¿Te imaginas otra forma de participar? U2: Sí, bueno, como comentaba también soy diabético y también participo, obviamente, con el tema de salud de diabetes” (U2). Además de estrategias de urgencia en SM fomentadas por el MINSAL “he escuchado, hay unos números de teléfono (...) un psicólogo que funciona las 24 horas, creo, pero más que eso no, no he escuchado” (U2).

Sí, se destaca la importancia de participar “CG: ¿Y tú crees que la participación es importante? U2: demasiado” (U2), en primer lugar, como forma de autoconocimiento “para informarse, porque, obviamente, es para conocerse uno mismo” (U2) y, en segundo, como forma de conocer otras realidades “para reconocer las realidades, de repente, y como saber tratar, de repente, a una persona que... No sé poh, hay tantas condiciones que... para saber, conocimiento” (U2).

Destaca la definición que el usuario realiza de participación como forma de representar la realidad de las personas del área de SM, tanto de sí mismo “ser activo en la comunidad también, ser un representante” (U2), como de otros/as “y uno pueda ser también como un vocero, de distintos tipos de personas con condiciones” (U2), relacionado con un cambio en la perspectiva de las personas “se vienen nuevas generaciones y tenemos que ir a la

vanguardia, también, de nuevas condiciones que se vienen, (...) necesitamos avanzar y conocer y experimentar cosas nuevas y que no conocemos, y que la gente también conozca” (U2).

2.3 Flujo 3: Sobre producción y uso del conocimiento

Praxis desde la perspectiva de los/as ejecutores/as

Las ejecutoras perciben que la mayoría de sus quehaceres se centran en el desarrollo de controles individuales de SM: “lo que más hago durante el día... ¿Aparte de tener muchos controles de SM? (risas) (...) [es] lo que más tengo que hacer, uno, por agenda, (...) y, dos, porque es una meta” (P4). Además, destacan los controles grupales, trabajo que hace poco se volvió una meta, formando grupos que suelen ser categorizados según el diagnóstico de SM de los/as usuarios/as “[realizo] bastantes controles grupales, con mujeres en depresión, con ansiedad, mujeres en duelos, que están con un trastorno adaptativo” (P3).

Las *Mesas de Trabajo* surgen como la principal expresión del trabajo participativo; en ellas, suelen participar dirigentes/as de la comunidad, “personas que tienen como algún cargo, presidente de junta de vecinos, dirigentes, etcétera” (P3); también, ocasionalmente, se incluyen “algunos vecinos (...) [también] algunos usuarios del sector” (P3); de parte de la institución, participan profesionales y directivos “se realizan estos trabajos, en conjunto con ellos, con profesionales de la salud, directivos” (P3), así como profesionales del intersector, “invitamos a los profesionales del centro de día, del Hogar de Cristo” (P3), “alguna parvularia de algún jardín que tenga igual altos índices de vulnerabilidad” (P3).

De esta actividad participativa se nutre el diagnóstico participativo, donde “se conversan acerca de las mayores problemáticas de la comuna” (P3); de este, surgen principalmente dos tipos de trabajos en el CESFAM: individuales “trabajar con usuarios que están en un consumo mayor, como los que están en el centro de día” (P3); y preventivos, generalmente con el intersector “talleres en colegios, también conversatorios con mujeres que están sufriendo por algún tipo de violencia intrafamiliar” (P3), señalando que estos últimos incentivan una mayor simetría en la relación profesional-usuarios/as: “se invita a usuarios que tengan estas patologías, para conversar sobre esto de una forma no tan asimétrica, sino que se realiza, también, una especie de conversatorio” (P3).

Las profesionales subrayan que la importancia de esta actividad para ellas tiene que ver con la incorporación de la percepción de la comunidad “es importante para nosotros (...) esta mesa de trabajo nos permite tener la mirada de las personas que no están como profesionales de la salud, sino que da la mirada de una forma distinta, porque están en un contexto distinto, donde ven que [en] su terreno, sus sectores, su población, viven situaciones, a lo mejor, de vulnerabilidad, de maltrato, de violencia intrafamiliar, de consumo de droga” (P3).

Por último, existe la noción de una falta de tiempo para el desarrollo de sus prácticas, “CG: Pensando en tu práctica ahora, tal como está ¿sientes que te alcanza el tiempo? P3: No, no para todo lo que uno quisiera hacer tampoco” (P3), debido a una cantidad importante de tareas a realizar, muchas veces, imprevistas, “uno (...) no atiende solamente a los pacientes que están agendados, a veces aparecen inclusive como urgencias, o sea, personas que llegaron y están descompensadas emocionalmente y uno tiene que hacer contención, visitas domiciliarias que salieron de imprevisto...” (P3), señalando que existen instancias en que las prácticas administrativas, que la institución requiere, ocupan bastante tiempo “si llegan seis pacientes en la mañana, son seis fichas que tengo que subir y a veces vienen así uno tras otro, entonces como que se van acumulando y claro, entonces ahí tengo que ver la forma después de traspasar esa al sistema, entonces igual eso me come harto tiempo” (P3); lo anterior, deja de lado el trabajo que, en sus palabras, *realmente* deben hacer, asociado a la orientación promocional y preventiva de la APS “entonces, inclusive el trabajo que realmente uno tiene que hacer, a veces también falta el tiempo” (P3).

Intrabox

Las profesionales del CESFAM perciben que su quehacer se relaciona mayoritariamente con estrategias de atención individuales “muchas veces hacemos un trabajo muy *intrabox*” (P3), refiriéndose a controles de SM “literalmente mi vida está en estar encerrada en este box, todo el día” (P4); la comunidad, por su parte, tendría una percepción similar “es como que [dicen] ‘ah, la psicóloga está en el CESFAM y está en su box’, pero nadie sabe lo que hace” (P3), siendo un diagnóstico compartido por el equipo “nos dimos cuenta, una vez en una reunión, de que estábamos mucho tiempo en los boxes encerrados y nunca nos mirábamos cara a cara para hablar” (P4); todo esto, decanta en un trabajo individualizado, en que sólo a través de las fichas clínicas se conoce el trabajo entre colegas “[al] no salir

del box, y yo no me entero de lo que haces tú, ni tú tampoco te enteras de lo que hago yo, más allá de que tú atendiste quizás a Juanito Pérez, y yo lo vi en tu ficha” (P4).

Lo anterior, en ojos de las representantes de los/as trabajadores, dificultaría las prácticas de PS “en el CESFAM no podemos, quizás, tener una amplia participación porque, algo que siempre yo he criticado, es que somos psicólogos solamente de box” (P4), agregando que ésto implica una mirada simplificadora del proceso de intervención “nunca [estamos] en un quehacer más comunitario, como de salir del box, como de una participación un poco más activa, por así decirlo, de la SM, sino que nuestra participación es más en box, como que esta mirada es como bien, quizás, simplificadora” (P4), comentando que las instancias de participación también son entendidas como instancias dentro del box “efectivamente ambos participemos terapéuticamente de este proceso de terapia y, lógicamente, quizás la participación es netamente intrabox” (P3).

Por lo tanto, comentan que queda pendiente un trabajo fuera del espacio de los controles individuales de SM, “sería muy enriquecedor (...) sería maravilloso que los psicólogos pudiésemos salir del box” (P4); asociando este trabajo a la orientación de la APS, al igual que los/as trabajadores/as de la PSR, “nuestra pega como APS, tiene que ver con trabajo más preventivo, pero, a veces, estamos en el puro como tratamiento” (P3).

Las profesionales constatan que “los recursos humanos no dan” (P3). Primero, debido a la cantidad de usuarios/as en control “yo tengo bajo control 209 pacientes y hay un psicólogo solamente. Claro, no todos vienen como, con regularidad, pero sí siguen siendo hartos” (P3), lo que genera la percepción de una escasez de profesionales para cubrir la demanda, noción compartida por los/as profesionales del CESFAM “eso le pasa como a todos los profesionales aquí del sector, del CESFAM (...) yo creo que va por eso, por la sobredemanda de pacientes con el mismo recurso de siempre” (P3). Dicha situación, genera incluso la negación del acceso a tratamiento en SM a una cantidad importante de personas “hasta la fecha llevaré como (...) 80 pacientes en lista de rechazo, que son los pacientes que vienen a pedir horas conmigo [psicóloga], [pero] no hay horas” (P3); en consecuencia, el problema percibido sobre las atenciones *intrabox* continúa y se intensifica “entonces, ahí hay una necesidad de aumentar la agenda, y me sigo quedando en el box” (P3).

Estructura de la praxis

Las profesionales comentan que sus prácticas suelen estar supeditadas a la agenda, “no es como, ‘oh, mañana voy a hacer esta actividad’, y va a ser, no sé, en la Junta de Vecinos. No podría, no, porque ya hay una agenda, ya hay pacientes citados” (P4), sobre la que no tienen poder de decisión, “si yo quisiera hacer alguna actividad, tengo que programarla con mucho tiempo, y pedir un bloqueo” (P4). Esta situación se percibe como limitante respecto a otro tipo de prácticas, “ir yo como psicóloga y meter los pies en la tierra, en donde él está viviendo, con quien conversa, quién es la vecina, dónde es el patio donde él está caminando, eso también sería como super interesante, [pero] aquí [en el CESFAM], a veces, existe como esa limitación” (P4).

Específicamente, sobre la estructuración de prácticas de participación, surge nuevamente la noción de personas supervigilando el cumplimiento de metas “hay una persona que lleva este, este programa de participación y se encarga (...) [de que] las actividades se cumplan, (...) si algo falta por hacer, también ellos igual como que, meten presión, porque es su trabajo” (P3), tarea que se asocia al rol de los/as encargados/as de programas “ha pasado que, llegando a la fecha, por ejemplo, no se cumple [con una actividad] por X motivo, o no se realizan en esa fecha que se había programado, por tal motivo, entonces ahí, la encargada o el encargado está como pendiente de que esas cosas se vayan cumpliendo” (P4).

Participación mediada por la institucionalidad

Se evidencia que la institucionalidad sería la que permite (o no) la participación de los/as usuarios/as en las estrategias planteadas para su participación. Se ahondará en dos tipos de prácticas participativas que reflejan dicha situación: controles grupales de SM y Mesas de Trabajo.

Sobre las primeras, los controles grupales de SM no funcionarían a través de convocatorias abiertas, sino que las personas citadas “son los pacientes que están bajo control y que yo ya he venido atendiendo, y que yo ya los conozco en forma individual y sé que ellos pueden también trabajar en forma grupal” (P3), siendo la profesional quien invita a participar a las personas según su criterio “yo voy convocando, de forma personal, en la medida en que los voy viendo en los controles individuales” (P3). Lo anterior, debido a que se percibe que “no [a] todos los pacientes puedo convocarlos a un control grupal, conociendo las características” (P3), asociando dicha exclusión a posibles desbordes emocionales o *desestabilizaciones* “si veo que una paciente está muy desbordada (...) no voy a convocarla

a este control grupal, donde se va a exponer también a otra experiencia mucho más compleja que eso, que igual la puede como, desestabilizar” (P3); y también al carácter de los/as usuarios/as “mujeres (...) que tienen un carácter a lo mejor un poco más difícil como, confrontacional y todo, claro, no, no las convoco, como veo algunas características” (P3).

Por su parte, es importante destacar que actividades centrales en las prácticas de participación, como las Mesas de Trabajo, tampoco suelen funcionar a través de convocatorias abiertas a la comunidad “no es como que sea algo que uno promocioe o que publique para que todos [participen], no, (...) es algo más interno” (P3); sino que son convocadas desde directivos/as “eso parte siempre... bueno, desde el directivo ¿cierto? ya sea directora o subdirección” (P3) y ejecutadas por coordinadores sectoriales y profesionales “el coordinador hace como ese trabajo, principalmente, de buscar quiénes podrían ser parte de esa actividad (...) identifica a las personas, se hace en conjunto con la dupla [psicosocial] (...) uno evalúa como qué personas podrían participar” (P3). Sobre la convocatoria, se contacta personal y directamente a las personas escogidas, para realizar la invitación “la forma de convocar, uno les llama por teléfono y les sugiere poder ser parte de esto” (P3), “ya es algo que se viene haciendo hace mucho tiempo, entonces, por ejemplo, el presidente de la junta de vecinos acá lleva muchos años (...) uno le da a conocer que tal fecha es la mesa de trabajo, y asisten sin ningún problema” (P3).

Praxis de participación desde la perspectiva usuaria

Sobre la concepción de participación desde el nivel usuario, el representante comenta que esta se da en función de áreas en que desarrolla sus tratamientos: “yo participo de dos formas, porque soy diabético también [además del área de SM]” (U2), destacando una noción de participación asociada a la asistencia a horas de atención, el retiro de órdenes médicas y de medicamentos, “siempre estoy presente, o sea, al día con las horas. Y en la SM ahora igual, siempre poh, con los medicamentos. O de repente un poco, me demoro en las órdenes y todo eso, pero más de un mes no, siempre estoy al día con todo poh, con mis horitas” (U2), valorando el seguimiento que ha hecho a las orientaciones profesionales “he sido 100% activo con el tratamiento. Ha sido como el tratamiento que he seguido al pie de la letra, hasta el momento” (U2).

Por otro lado, el usuario se refiere a un nivel de participación del que le gustaría ser parte, asociado a un rol como agente comunitario que promueva la educación sobre SM en la población, “también [es necesario] educar mucho, sobre todo a la gente adulta, porque la

gente joven, obviamente, vienen con otro *training*, (...) pero la gente adulta, sobre 50 años, decirle 'sabes que, me siento así' o explicarles la forma de que hay nuevas visiones, todo eso" (U2), mostrando interés en cumplir ese rol en la comunidad, "educar es importante, yo que estoy dentro de eso [del área de SM], sería informante de lo que pasa" (U2).

El representante de los/as usuarios/as percibe que existen brechas en la participación del área de SM, asociadas a instancias grupales, en particular "están cortos en participación grupales, de SM, porque individualmente sí, yo puedo tener un... yo he sido responsable, y si veo una evolución, pero, en conjunto, no sé si lo habrán hecho con más personas" (U2). Sobre esto es importante considerar que, si pudiera, le gustaría participar "las instancias también de conocer experiencias, de repente, de SM diferentes (...) los que tenemos una condición o algo así, estamos [solo] con mi experiencia poh, no conocemos las otras experiencias que tienen otras personas, las condiciones y todo" (U2).

Sobre el rol que ha tenido la institución para dar a conocer otras formas de participación, fuera de la atención clínica, individual o grupal, el representante de los/as usuarios/as del CESFAM comenta que no ha tenido mayor información "hasta el momento, en el tema de SM, no. No me han dicho (...) que hay otras formas [de participar], otras instancias" (U2), tampoco ha recibido invitaciones al respecto "CG: Además de ir a tus horas (...) ¿Te han invitado a participar de otra manera en el CESFAM, en el área de SM? (...) U2: No, o sea, en participación, otra instancia... Esto es como, la primera vez" (U2); agregando que desconoce si el equipo de salud promueve o no otras formas de participación en SM "no lo sé si ellos promuevan, porque yo obviamente voy a mis horas porque yo las solicito, porque yo he sido bien... pero de ahí, más allá, si ellos hacen promoción o hacen juntas grupales, no sabría decirlo, porque no tengo esa información" (U2).

Por último, comenta que los cambios que realizaría a las prácticas en el área de SM asociadas a participación, se relacionan con su incidencia en su proceso de recuperación "nunca me han preguntado si quiero tener más sesiones o no, pero yo, por lo menos, siento que debería tener un poco más" (U2), comprendiendo que esta situación tiene que ver con la capacidad institucional de responder a la demanda asistencial "yo tendría sesiones todas las semanas, pero sé que no se puede, porque es una vez al mes (...) que es acorde a lo que puede dar el consultorio" (U2).

Participación terapéutica

Existe una concordancia entre la perspectiva de los/as representantes de profesionales y usuarios/as sobre la participación como un espacio terapéutico.

Respecto a las razones de esta concordancia, la vertiente que más converge tiene que ver con el enriquecimiento mutuo, en instancias grupales, a través de sus experiencias “yo tengo una condición, u otra persona tiene otro tipo, o no sé, si una persona está pasando por un proceso difícil, conocer que hay otras realidades, que sí se puede” (U2), “[y] de poder, a lo mejor, en base, también, a sus experiencias, enriquecer también al otro que está al lado” (P3); ahondando en la percepción de autoeficacia que supone ayudar a otros/as “si hay una persona que va un poco más avanzada en su autoayuda puede encontrar un poco de solución también” (U2), “se complementa ahí el grupo, yo creo que, de esa forma, también, ellos sienten que participan y se sienten, también, que están ayudando a otro, se sienten útiles” (P3).

Sobre esto, las profesionales lo asocian al espacio de controles grupales de SM “en los controles grupales siempre se da ese espacio, de que todos puedan hablar en torno a su experiencia y cómo las conductas que ellos hacen, o las cosas que ellos han hecho, les han servido a sí mismos y pueden aportar al otro desde su propia experiencia” (P3), agregando que es un espacio que los/as usuarios/as suelen buscar y apreciar “de hecho, no sé, llevan sus matecitos y cosas para compartir, también buscan, a veces, los espacios para llevar a cabo algunas de estas actividades” (P3), “termina siendo para ellos muy enriquecedor” (P3).

El usuario, por su parte, genera propuestas asociadas a formas grupales y abiertas de participación “podría ser como unas empresas, cuando hacen sus viernes de cada mes, juntar a todos los pacientes y, no sé, hacer una tarde recreativa, juegos, como esas cosas” (U2), indicando que estas instancias servirían como formas de incentivar el apoyo entre pares “sería como esencial para... también para contar tus experiencias, también es una forma de rehabilitación, en SM” (U2).

En general, se releva la importancia que tiene el encuentro con otros/as “es muy importante ese tema de la participación en conjunto” (P3), puntualizando que el beneficio otorgado por estas instancias tiene que ver con que producirían una sensación de inclusión “la participación tiene que ver con que yo me siento parte de algo ¿cierto? Participar tendría que ser como que mi usuario se tendría que sentir parte de, ‘soy parte de mi tratamiento’. O sea, estoy familiarizado con eso, me gusta ser parte de eso” (U4); indicando que los

procesos terapéuticos individuales también podrían ser considerados como espacios de participación “yo creo que cuando estamos en el proceso de terapia también estamos participando. O sea, el hecho de estar conversando mutuamente, cara a cara, es una forma de participar también. Nos estamos mirando, estamos compartiendo opiniones, estamos estableciendo un diálogo, es una forma de participar también” (P4).

Quehacer profesional

Sobre los roles que adquieren los profesionales dentro del CESFAM, las profesionales identifican el rol de los/as trabajadores/as sociales como designados/as para la coordinación sectorial, “cada coordinador que, en general, siempre son los trabajadores sociales” (P3); así también para los programas de participación “hay como un programa de participación, estuvo a cargo en su momento un trabajador social, el año pasado” (P3).

Sobre el rol de psicólogos/as de la red, en general, comentan la necesidad de superar la visión de los/as usuarios/as sólo a partir de su diagnóstico “ir derribando un poco, no sé si mitos, pero (...) tratar de quitarme este estigma de verte como con la clasificación diagnóstica. No, eres una persona, eres un ser humano” (P4).

Conversaciones del equipo

Las profesionales puntualizan que, en términos de contenido, las conversaciones se relacionan con las metas “el lenguaje que más se habla tiene que ver como, en torno a las metas” (P4). Sobre el tema que nos convoca, comentan que las conversaciones sobre PS se dan sólo en el marco de metas y actividades institucionales pendientes “como recordarlas más que nada, pero no es como que se converse (...) [sobre] participación, en sí, no mucho” (P3), puntualizando: “siento que la participación no ha sido una tarea que nos hemos formado como equipo. No” (P4).

Por otro lado, las profesionales recuerdan que una de sus más importantes conversaciones como equipo, surgió a propósito de la falta de comunicación entre colegas “nunca se estableció esta comunicación, quizás, entre ambos [profesionales], donde pudimos, quizás, llegar en común acuerdo” (P4), ya que perciben una falta de espacio y tiempo para ejecutar dichas acciones, “lo que siempre nos hace falta son esos tiempos de poder socializar algunos casos (...) se hace super importante buscar esos espacios, que no los tenemos hasta el momento” (P3); planteándolo como un objetivo del equipo “nuestro objetivo es

poder trabajar en conjunto como profesionales, porque, muchas veces, hacemos un trabajo muy individualista” (P3). Las conversaciones que surgieron a partir de la problemática planteada, lograron generar transformaciones en las prácticas cotidianas del equipo “hasta que comenzamos a juntarnos más en los pasillos, quizás, conversar un poco más, (...) usamos el box del trabajador social” (P4); en ese contexto, pudieron generar cambios en intervenciones individuales, aunando objetivos “ahí era como (...) ‘oye, qué podemos hacer’, ‘vamos a hacer este plan, este objetivo’” (P4), además de buscar mejoras en sus prácticas, “[comentaban] ‘vamos a hacer esta actividad y vamos a mejorar esto y esto’” (P4); lo que hace que el equipo perciba que los espacios de reflexión y conversación generaron soluciones a los problemas percibidos “nos dimos cuenta de eso y ha funcionado hasta los días de hoy” (P4).

Reuniones

El contenido de las reuniones suele relacionarse con *pendientes* “en general, nuestras reuniones de equipo tienen que ver con las cosas que están pendientes, en algunas cosas por mejorar” (P3), entre estas, una vez más, surge el cumplimiento de metas como tema central “dentro de esas reuniones de equipo siempre está cumplir con las metas, eso es como lo que se habla siempre en las reuniones, es que ‘tus números no llegan a la meta’ ‘¿Qué vas a hacer para llegar a la meta?’ Todo gira en torno a eso” (P4).

A partir de esto, señalan: “todos los fines de año es ‘necesito tener tus números’, y [los] números, obviamente, son personas, historias, son vidas” (P4). En esa línea, se puntualiza que el tema de participación se toca en las reuniones de equipo, en tanto haya que cumplir con alguna meta relacionada a ésta “en general es muy poco lo que se conversa en las reuniones de equipo sobre participación, en general, se habla cuando hay que como cumplir con alguna de las actividades” (P3).

2.4 Flujo 4: Sobre la externalización/sistematización de saberes y prácticas

Prácticas de puesta en común en el equipo

Sobre las formas de poner en común los saberes y prácticas del equipo, las profesionales indican que, pese a tener conversaciones muy fructíferas, que generan transformaciones en su trabajo, éstas no quedan registradas “creo que nunca hemos registrado algo así como tan importante (...) es como una reunión que se tuvo, en el box X, dijimos, ‘oye, podríamos

hacer esto' 'ya, ok', pero nunca como en una reunión de equipo quedó establecido en un acta" (P4).

Surgen las actas como instancias formales de registro, percibidas como una práctica ya consolidada "siempre hay alguien que toma el acta de las reuniones" (P4). Sobre su contenido, en general, éstas resumen los temas de cada reunión y los acuerdos, "cada reunión que tenemos leemos el acta anterior, a ver si se cumplió las cosas de las que dijimos (...) cuando tenemos la próxima reunión, hacemos el mismo ejercicio de leer el acta anterior, y ver qué se cumplió" (P3).

Respecto a su utilidad, por un lado, sirven para dejar registro de los/as asistentes a la reunión "hacemos actas, (...) donde anotamos a todos los que están en esa reunión y (...) al final cada uno firma al lado de su nombre" (P3), lo anterior, debido a que existe la noción de que son requeridas por distintos actores de la institución "hay ocasiones en las que como que las solicitan" (P3); dicha solicitud, puede ser hecha por la Dirección, "hay actas que a veces las piden desde dirección" (P3); por las coordinaciones, "está el acta, pasa por el coordinador, que es el que tiene el acta, después llega un nuevo coordinador y él asume el acta" (P4); o los/as encargados/as de estamentos "cuando hacemos reuniones [de estamento] como psicólogos, igual tenemos nuestras actas y esa acta la tiene el encargado del estamento, el psicólogo" (P3).

Sin embargo, señalan que no siempre son exigidas "otras veces quedan ahí" (P3); "no es como que estén ahí, los ojos puestos en [las actas]... no" (P3), "[el acta] la tiene él [encargado de estamento], principalmente, no es como que se las pidan, ni mucho menos" (P3). Además, existe desconocimiento sobre su utilidad "no sé si esa acta la revisa alguien. No sé si la directora, alguien la revisará. La verdad no sé" (P4); "CG: ¿Para qué sirven las actas? P4: Lo mismo me pregunto (risas)" (P4).

Sobre otras formas de puesta en común institucionales, no surgen comentarios sobre registros o reportes.

Prácticas de sistematización

Las profesionales consideran que sería importante implementar prácticas de sistematización de los saberes y experiencias que han adquirido, como trabajadoras del

CESFAM de Quellón, por diversos motivos, “si quedara algo plasmado, yo creo que igual serviría harto para enriquecer el trabajo” (P3).

Primero, como forma de respaldar el trabajo realizado, “sería útil para tenerlo como respaldo” (P3) dejando un legado a la institución a través de un documento físico “para que eso vaya también quedando como una prueba de las cosas que se están realizando, que quede algo físico” (P3).

También, se visualiza su importancia como una forma de compartir el trabajo que se realiza en el CESFAM, “podría servir, quizás, como para ampliar un poco más el conocimiento de otros, como para que conozcan qué es lo que estamos haciendo aquí” (P4); tanto con la comunidad “quizás como para ampliar un poco más el conocimiento de la comunidad, quizás de las demás generaciones” (P4), como con otros colegas “quizá, mis colegas tampoco saben qué es lo que estoy haciendo. Entonces, también sería positivo como para el quehacer profesional” (P4).

Sobre la mejora del quehacer profesional, ahondan en que la sistematización de sus saberes y prácticas podría servir a nuevos colegas que lleguen a trabajar al CESFAM “para que no se pierda lo que en algún momento un colega hizo, y se siga replicando si se vio que funcionó en algún minuto, se siga replicando y así sucesivamente” (P3), “quizás en algún momento, me voy a ir de aquí y va a llegar otro más, y quizás le va a servir a él como de apoyo también” (P4), y como una forma de traspaso de los conocimientos y prácticas adquiridas en el ejercicio de su trabajo “una forma de, de traspasar también esos conocimientos, pues esas como esos conocimientos, esas experiencias, a los demás” (P3).

Sobre la utilidad que un documento como este podría haber tenido en el quehacer de las trabajadoras, se refieren a posibles mejoras en el desarrollo de su trabajo “ igual eso daría como mayores luces de lo que uno podría seguir haciendo” (P3). Sobre esto, una de ellas concluye “Yo hubiese deseado que la psicóloga anterior me hubiese dejado algo como ‘¿sabes qué? esto hice yo, mira, esto se puede hacer así. Yo lo hice así, si te sirve, lo puedes seguir haciendo así o tú lo puedes mejorar’ pero es como... [estar] en la nada, entonces cuando uno tiene como, reportes del quehacer profesional, quizás, de otros profesionales, uno, puede quizás tomar eso para replicarlo, para mejorarlo. Así que hubiese sido buenísimo” (P4).

Sin embargo, al ser consultadas sobre las razones para no realizar esta práctica, sale a la luz el *factor tiempo* “Yo creo que ahí está como, más que nada, podría ser el factor tiempo. Sí, yo creo que el tiempo no da para hacer algo más” (P3), lo anterior, debido en gran medida a la demanda asistencial, “cosas que a veces surgen en la marcha, que hacen que el tiempo tampoco nos dé para incorporar algo más, que obviamente sería algo nutritivo” (P3); añadiendo que, pese a reconocer la riqueza de la instancia, el recurso humano sería insuficiente para su desarrollo “sería bueno, pero el factor tiempo yo diría que no está, porque, como te digo, aumenta la demanda y la necesidad, pero el recurso es el mismo, entonces, eso, yo creo que por eso no se realiza” (P3).

Voz de los/as usuarios/as

La incorporación de la perspectiva usuaria en la sistematización de saberes y prácticas en el CESFAM debería cumplir un rol importante, según las profesionales “su perspectiva de las cosas que, a lo mejor, se han realizado, su apreciación en torno a cómo ha sido su experiencia” (P3), relevando sus percepciones sobre espacios de mejora “su apreciación sobre qué cosas podrían faltar, qué cosas se podrían mejorar (...) es sumamente importante la visión que tengan ellos sobre la práctica de uno, de lo que uno realiza” (P3).

Sobre la perspectiva usuaria, el representante comenta que nunca ha participado de una instancia similar “CG: ¿has participado alguna vez en alguna forma de reporte, acta, informe que se haga en el centro de salud? ¿en algo que quede escrito? U2: No” (U2), comentando que no ha tenido oportunidad de aportar información sobre su experiencia en la institución “no, en el centro salud, no” (U2), pero sí, con su círculo cercano “con mi cercanía, sí. Yo hablo siempre del tema de SM. Es muy importante de hablarlo hoy en día” (U2).

Sobre la importancia de que la institución considere la perspectiva usuaria, el representante de los/as usuarios/as del CESFAM considera esto como una responsabilidad institucional “es importante, porque los centros de salud trabajan con un público, y ellos deberían conocer cuáles son los procesos de su gente” (U2), para ello, ahonda en la responsabilidad institucional de conocer a la comunidad y sus necesidades sentidas, para poder desarrollar su quehacer “saber a qué comunidad dirigirse también, y (...) qué tipo de plan en SM están trabajando y lo que se requiere también” (U2) y, a partir de estas necesidades, planificar su actuación “si un centro de salud se planifica mensual, anualmente, o semestralmente, es para ver las necesidades de la gente, es como cuando se hace un plan en educación también. Si yo hago un plan, y no va acorde a lo que se requiere, de qué sirve” (U2).

El representante de los/as usuarios/as destaca, a la vez, lo importante que sería poder compartir su experiencia “porque, a ver, contar mi historia también puede... yo creo que puede afectar de manera positiva”: tanto para él “es importante porque creo que, obviamente, uno da un testimonio (...) de cómo fue mi proceso, de una hospitalización, con la ideación suicida que yo tenía, a saber controlar un poco mis emociones, obviamente, de saber hablar los sentimientos que tengo, la forma de expresarme, de darme cuenta de cómo me siento, de cómo evoluciono, de cómo estoy” (U2); como para otros/as “yo creo que para una persona igual puede ser motivador, o puede ser de autoayuda” (U2).

3. Mapa de flujos de conocimiento: Centro Comunitario de Salud Familiar

En tercer lugar, se presenta el mapa de flujos de conocimiento de los/as representantes de los Centros Comunitarios de Salud Familiar [CECOSF] de la comuna.

3.1. Flujo 1: Sobre formalización del conocimiento

Conocimiento sobre textos programáticos

Los/as profesionales del CECOSF reconocen ciertas pautas que contienen el conocimiento institucional “hay que seguir ciertas pautas, y hay que cumplir también con esto” (P5).

En primer lugar, se refieren a la Pauta MAIS “hay una pauta que se llama MAIS, que es una pauta de evaluación de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [se visualiza el Manual MAIS en la pantalla de la computadora] (P5), refiriendo sobre esta: “[es] una pauta gigante, de que se ve muchos puntos donde nosotros tenemos... y entre eso está todo lo que es comunitario, se enfoca mucho lo que es comunitario” (P6). Se ahonda sobre su estructura: “esta es una de las pautas que se divide en diferentes ejes (...) son siete, ocho ejes” (P6) con temáticas, puntos por cumplir, sus indicadores y mecanismos de cálculo, lo que se traduce en un porcentaje de cumplimiento “si no cumples (...) va bajando tu porcentaje” (P6). El cumplimiento de los puntos de cada eje señalado, se visualiza como una exigencia y se supervisa por el servicio de salud “todo esto [mostrando la pauta MAIS] nosotros nos supervisamos [desde el Servicio de Salud] año a año” (P6).

En menor medida, se reconoce el Manual ECICEP “el ECICEP es una estrategia de cuidados integrales en salud, que es para personas que tienen multimorbilidad, que tienen muchas, muchas patologías, eh, y que no tienen una buena adherencia, por ejemplo” (P5).

Sobre las estrategias de participación y su regulación, existen contradicciones entre profesionales:

Algunos/as señalan que las acciones de participación están reguladas “esta pauta [MAIS] también regula, en parte, la participación de la comunidad en salud” (P5), estableciendo tipos de participación e involucramiento que *debe* tener la comunidad “hay una pauta que regula como el tipo de participación que tiene que tener la comunidad, o sea, esto que hace que se involucren, que se realicen las reuniones comunitarias, que haya gestores comunitarios también” (P5), considerando lineamientos pre-existentes “tienen que ver con lineamientos que vienen específicos, son... están dados” (P5) que desembocan en actividades específicas “dentro de eso, de participación, por ejemplo, te pide que se realice eh, lo que es las mesas territoriales” (P6).

Para otros/as, existe una sensación de falta de lineamientos respecto a las actividades a realizar y cómo realizarlas “no hay algo específicamente que sea ‘ya, participación es esto y tú tienes que hacer esto y esto otro’ (P6), además de una falta de protocolos o informes institucionales al respecto, “no es como que haya un protocolo, o no sé, un informe en donde te diga ‘oye, mira, tú como trabajador social tiene[s] que hacer estas funciones, (...) o este tipo de estrategias, cuando tengas un grupo tienes que hacer, no sé, cualquier actividad para romper el hielo’, no sé, cosas así” (P6); lo anterior, debido a que se percibe que dichas estrategias son parte de la formación de pregrado de los/as trabajadores/as “[desde la Red de Salud, dirían] tú, como trabajador social, tienes que... viene[s] con eso, entonces debería[s] hacerlo lo más bien” (P6).

Estrategias de PS planteadas desde el nivel central

Sobre la participación desde la institucionalidad, se percibe como una participación estructurada y preexistente “la participación, desde la institución, es una participación como muy regulada, ¿cierto?, como: ‘no, (poniendo sus manos como una barrera) tenemos que hablar de esto’” (P5); describiéndola como una participación que serviría a los fines institucionales, “como lo que le interesa a la institución recibir de la comunidad, es como una relación instrumental” (P5), no así a fines comunitarios “no es precisamente lo mejor, o sea, la mejor forma de tener una participación comunitaria, pero es así” (P5).

Se ahonda en las instancias que surgen desde la institucionalidad, indagando en el nivel de conocimiento que tienen profesionales y usuarios/as sobre ellos. Sobre Presupuestos

Participativos, Consejos Consultivos, Consejos de la Sociedad Civil, Audiencias Públicas, existe poca seguridad sobre su definición y utilidad por parte de representantes usuarios/as y profesionales.

Sobre el Consejo de Desarrollo Local (CDL), la representante usuaria, que también es una reconocida dirigente vecinal, conoce la instancia pero no ha participado “lo escuché, no recuerdo haber participado. Sí me suena, porque la han dicho [en el CECOSF]” (U3). Por su parte, la representante de los/as profesionales del CECOSF la identifica y destaca su importancia, “hay una instancia muy importante de participación en salud (...) se llama CDL” (P5), que es definido por la profesional como una organización comunitaria, “es una organización de la comunidad porque tiene que tener una personalidad jurídica” (P5) e indica que está creado para gestionar las necesidades de la comunidad y hacerlas llegar a la institucionalidad “tiene más peso en cuanto a llevar las inquietudes de la comunidad hacia lo que es Dirección o, si es necesario, Servicio de Salud y más arriba” (P5); pese a ello, destaca que ha habido una insuficiente participación, “sin embargo, la participación en esta instancia ha sido baja históricamente” (P5), hipotetizando que dicho fenómeno guarda relación con la amplitud de la instancia “probablemente tiene que ver con que, al ser una instancia de participación más grande, se pierde como ese vínculo que tienen, por ejemplo, los gestores comunitarios con su comunidad, porque esto es ya de toda la comuna” (P5).

En cuanto a los/as Promotores Comunitarios de Salud, existe bastante conocimiento desde ambas partes. Sobre la forma de acceso a esta información, como primera vía para participar, la representante usuaria señala haberse enterado a través de la institución, ya que es invitada como representante de su sector, “nos invitaron a todos los representantes de nuestro sector, como yo en este caso represento la población” (P5). Ambas participantes rectifican el nombre de la instancia, “Promotores... no es este el término específico” (P5), “nos dice[n] monitora[s]. CG: ¿Sí? U3: Sí, monitoras de salud” (U3).

En cuanto a Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales en Salud, ambas han escuchado sobre la instancia de forma reciente “lo he escuchado y lo he vivido también, en noviembre” (U3); sobre la práctica, destacan que hubo difusión del evento, a través de las redes sociales “se publicó a través de la red del DESAM” (P5), abarcando distintos actores “fuimos, pero por comunidades, por el tema de la salud” (U3), “hay participación desde las comunidades indígenas” (P5), ubicándose en sectores rurales de la comuna “se hicieron en Coinco, creo que fue” (U3), con temáticas asociadas a problemas de violencia vivida por la

comunidad “se hablaban de la prevención de la violencia de género hacia las mujeres, específicamente, migrantes e indígenas” (P5). Sin embargo, no necesariamente fue conceptualizada como un Cabildo Ciudadano Territorial y Sectorial en Salud, sino más bien, como una reunión con la comunidad “no sé si propiamente un cabildo, pero sí una reunión” (P5).

Una consideración importante, tiene que ver con los procesos de formación para estas instancias de PS. Sobre esto, la representante de los/as usuarios/as nos comenta su experiencia en primera persona “hemos ido a talleres, vinieron desde Castro a hacernos la charla dinámica, muy entretenida” (U3), dichos talleres, se centran en formas de dinamizar los espacios de participación “hemos aprendido, como, a funcionar un poco mejor [en] las formas de hacer la reunión, para que no sea tan como aburrido, como que todo hablar y todos te escuchan (...) cómo pararse, sentarse o, cómo hacer otra dinámica más entretenida (...) porque ya lo aburrido y lo rutinario no, no, aburre a la gente” (U3).

Metas institucionales

Sobre las metas institucionales, comentan que su cumplimiento se relaciona con el aseguramiento de prácticas que se condigan con las orientaciones comunitarias y de salud familiar del CECOSF “nos diferenciamos de un centro de salud a secas, por el hecho de que tenemos metas y lineamientos bastante bien establecidos relacionados con la salud familiar y comunitaria” (P5). El cumplimiento de estas metas, que se traducen en prácticas, es reportado al Servicio de Salud Chiloé que establece exigencias, como el cumplimiento de cierta cantidad de actividades específicas, “el servicio nos puede [pedir] tener actividades masivas, al menos una como CECOSF, entonces la cumplimos” (P6).

Una de las representantes de los/as profesionales, considera que las metas institucionales serían inespecíficas a la realidad local, a saber “este tema de las metas de salud es algo que es bastante inespecífico, en el sentido de que cada comunidad tiene su propia realidad, ¿cierto? Y cada realidad tiene [sus] factores de riesgo para la salud, y esto lo percibe, lo vive la comunidad, específicamente” (P5). A partir de lo anterior, existe la percepción de que existen muy diversas necesidades sentidas por la comunidad Quellonina, “Chiloé tiene una realidad que es muy específica, por ejemplo, en el ámbito de lo que lo que son los residuos y cómo afecta a la salud” (P5), “los perros, que están en las calles, que la comunidad percibía como una tremenda amenaza” (P5), “la plaza está botada, está llena de *curados*, es peligrosa, (...) La costanera es igual, no está habilitada” (P5).

Estas problemáticas han hecho eco en las instancias de PS promovidas por los profesionales, desde el área de salud, “he escuchado mencionar en una charla de salud cardiovascular, que se realizó el año pasado en el Mes del Corazón, precisamente, y salió de los adolescentes del Liceo (...), donde ellos decían ‘claro, pero ¿dónde vamos a hacer actividad física?’” (P5); cada una de estas necesidades sentidas, se perciben como ajenas a las metas de salud “no tenemos espacios públicos dignos. Y eso, en ninguna parte, en ninguna meta que viene reglamentada [por] el MINSAL yo lo veo como un factor de riesgo” (P5), o se establecerían de forma superficial “en algún momento, si, se nombra como ‘falta de’ o ‘segregación residencial’, por ejemplo, pero así como muy someramente” (P5); haciendo hincapié en que la necesidad que los adolescentes plantean afecta distintos ámbitos de la salud “que los niños no tengan lugares donde distraerse sanamente, no solamente tiene que ver con la salud cardiovascular, tiene que ver con la SM. ¿Te das cuenta? No hay espacios seguros ¿Y dónde está eso?” (P5).

A esto se agrega que, pese a que las necesidades sean acogidas por la institución de salud, no siempre se traduce en prácticas que los/as profesionales puedan desplegar “¿Dónde se materializa en una acción concreta que debemos hacer, desde salud? (...) no hay espacios públicos seguros, no hay actividades, no hay alternativas para los chicos, para los niños. Y sí, estamos hablando de prevención de consumo de alcohol y drogas, pero no tenemos ningún espacio seguro” (P5).

Se percibe que estas preocupaciones y necesidades son parte de la percepción y de las conversaciones de la comunidad, sin embargo, las metas exigen abordar otros temas, “la comunidad lo percibe, de alguna manera, lo percibe y lo habla; pero no, no, porque vamos a hablar de los problemas de salud cardiovascular, que está bien, que es importante, pero vamos también a ver el otro lado, las otras problemáticas” (P5).

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de negociar con la comunidad, puntualizando que esa decisión tiene que ver con los equipos de salud “yo como CECOSF tengo este interés, pero mi comunidad tiene este interés, entonces negociamos ¿cierto? eso ya es de cada equipo” (P5), sosteniendo la importancia de entregar relevancia a los problemas y necesidades, pero también a las soluciones locales “sí, hay estos problemas de salud, pero las soluciones tienen que ser locales. Por eso se tiene que escuchar a la comunidad” (P5). Ejemplificando lo anterior, a través de su experiencia de trabajo en otro CECOSF de la comuna que, ante la sensación de peligro debido a los perros sin dueño cerca del centro

de salud “hicieron operativos de esterilización a causa de eso, también organizados por el *** [sectorización del CECOSF]” (P5), dando valor a la percepción comunitaria sobre los problemas percibidos y entregando soluciones co-construidas.

Específicamente, sobre participación, comentan que existe una exigencia de parte de los/as encargados por mejorar dichos procesos “desde el servicio, ahora, (...) la encargada de Salud Familiar, me está diciendo que tenemos que ir mejorando la participación” (P6), posicionando la PS como una problemática dentro del dispositivo “es muy baja la participación y algo es lo que está pasando (...) [es] lo más complejo y el problema que hemos tenido siempre” (P6). A eso, agregan que la baja PS se visualiza como una problemática compartida por varias instituciones “yo llego a las reuniones del Servicio [de Salud] y todos tienen la misma dificultad, por el tema de la baja participación” (P6).

Sobre esta problemática percibida, hay dificultades para visualizar, tanto su origen “acá no sé qué estará pasando” (P6), como posibles soluciones “ya no sabemos qué más, qué otra estrategia llegar a realizar para que la gente participe” (P6). Sobre ello, se percibe que lo único que pueden hacer para justificar dicha situación, es una buena argumentación “ahí hay que argumentarlo no más (...) es que no podemos hacer nada más” (P6) y mostrar medios de verificación al Servicio “entonces, yo ahí tengo que informar que se realizan tales reuniones, que se realizan invitaciones, que se hace esto, esto otro” (P6), todo esto, con la percepción de que, si eso no se realiza, su trabajo y el de la Gestora Comunitaria, serán cuestionados “[tengo que] mostrar muchos medios de verificación para que me crean y crean el trabajo de la gestora comunitaria. Entonces, eso es como... lo más complejo” (P6).

Sobre esto, los/as profesionales comparten una reflexión sobre el modelo de gestión que rige las metas, indicando que sería mucho más cuantitativo que cualitativo “yo percibo que (...) el modelo está basado en números y en indicadores” (P5), “te piden muchos números y no va a algo más, más a lo concreto poh, es como muy cuantitativo y no cualitativo” (P6), lo que, en ojos de los ejecutores, distrae la atención sobre el trabajo con la comunidad “nosotros nos manejamos por las metas, IAAPS y las trazadoras, todo el tema; todo es número y nadie se basa en lo que uno realiza con la comunidad en sí” (P6); lo que implica que no se considere la utilidad de las metodologías utilizadas, “qué puede tener un[a] mejor aceptación por la gente, qué tipo de atención, [se reemplaza por] un número que tú colocas ahí, porque hiciste una atención en box” (P6). Además, se plantea que estas exigencias no necesariamente se condicen con la realidad institucional, en cuanto a metodologías

empleadas con los/as usuarios/as “yo acá al servicio le puedo colocar todo esto, que sí lo cumplo, lo hago y que tiene un no sé, un enfoque que hace... o una metodología que orienta bien a la gente. Pero es lo que digo yo poh, ellos no vienen a ver si realmente ese usuario le sirvió esa metodología o no poh(...) ¿qué te da a ti de que esos números sean reales? Si los números lo agrega uno poh” (P6), agregando que esto les alejaría del trabajo local, con la comunidad “entonces no, no te lleva al lugar mismo, donde tú estás trabajando con esa comunidad” (P6).

Metas institucionales y su relación con el financiamiento de la APS

Los/as profesionales plantean que las metas se asocian al pago de sus sueldos, “[desde el Servicio] ven como que ‘ya, si tú cumpliste en estos números, yo te voy a pagar’” (P6) y también, a bonificaciones “si nosotros cumplimos el 100%, obviamente, el servicio nos bonifica y te llegan más lucas, porque tú cumpliste tu meta y lo hiciste bien” (P6). En ese sentido, plantean una relación reduccionista, entre el cumplimiento de metas sólo asociado al pago “[desde el Servicio plantearían] ‘y con eso te doy bonos, y tú estás trabajando porque te doy bono’ y ‘sí, alcanzaste estos números, así que ¡listo!’” (P6).

Se plantea que el pago de bonificaciones no sólo está supeditado al trabajo individual o sectorial, sino también al trabajo comunal “no como CECOSF, sino como a nivel red de Quellón” (P6), lo que supone problemas cuando una institución tiene dificultades para cumplir las exigencias del Servicio “el tema que me pasó, que todos los demás hicieron su actividad (...) yo no la hice” (P6), lo que se percibe como un perjuicio a toda la comuna, “nosotros ya no cumplíamos, como Quellón, con esa meta, entonces la plata no nos iba a llegar (...) eso nos perjudicó” (P6); en ese contexto, la situación provoca, también, tensiones entre profesionales “ahí todos ya me querían colgar (risas) porque no le iba a llegar la plata a nadie” (P6), a partir de esto, se buscan responsabilidades entre los/as involucrados/as “el problema no era mío (...) y de ahí obviamente yo me desligué de todo el tema, (...) la culpa lo tenía el encargado de participación, que nunca le pidió a la del Servicio [de Salud] que le responda el correo” (P6). Todo esto, pese a que la actividad se había realizado, sólo con un mes de desfase “yo ya había realizado la actividad. CG: Claro, porque la actividad se hizo. P6: Se hizo” (P6).

3.2 Flujo 2: internalización/apropiación práctica de los textos programáticos

El presente apartado no se detiene en procesos de socialización del conocimiento institucional, así como en procesos de inducción o capacitación, por sus similitudes con los procesos descritos en las PSR y CESFAM.

Definición de participación

Surge la idea de que la falta de participación sería algo que afecta al desarrollo de las comunidades “sin participación una comunidad no surgiría, no avanzaría, no se haría nada. (...) tú necesitas que esa comunidad (...) participe, necesitas integrantes, y la participación de sus integrantes. Entonces uno te lleva al otro” (P6). A partir de esto, se releva la necesidad del involucramiento institucional “tiene que ver como que las personas se involucren, se informen y puedan además hacer sugerencias, reclamos o consultas *respecto a sus atenciones*” (P5).

Por otro lado, señalan que la participación puede ser visualizada como una amenaza por algunos/as profesionales “la participación en salud, yo percibo como funcionaria que es vista por varios funcionarios como una amenaza, hay mucho temor a las instancias de participación de la comunidad” (P5); lo anterior, debido a la creencia de que la participación de la comunidad generaría una sobredemanda institucional “van a venir y nos van a decir que esto, que lo otro y que no nos van a pedir cosas. Y no, mejor no’ (...) [sería] una tormenta de demandas, de las que no vamos a poder hacernos cargo” (P5).

Definición de participación de los/as usuarios/as

Los/as trabajadores/as que representan el CECOSF, consideran múltiples aristas a la hora de caracterizar la participación de los/as usuarios/as.

El primer tópico que surge se refiere a una participación pasiva de los/as usuarios, “la participación, en ese sentido, es más pasiva (...) ser pacientes solamente, ser usuarios, solamente ir a las sesiones con psicólogo o psicóloga o con médico, y sería” (P5), señalando que los/as usuarios/as no se perciben a sí mismos/as como participantes “sino solamente como sujetos receptores de atenciones” (P5).

Señalan que la participación se comprendería como la recepción de *beneficios materiales*, “el usuario quiere comprender que la participación se hace en un taller o una actividad donde se va a dar comida, [ahí] va[n] a llegar todos” (P6) o prestaciones de salud “hacemos atenciones dentales, de matrn, médico. Entonces llega mucha gente, pero ahí llegan poh,

porque hay un beneficio de por medio” (P6). Es importante puntualizar que no todos/as los/as profesionales comprenden la noción de beneficios de la misma manera; otra profesional del CECOSF señala “las personas van a involucrarse y van a participar [en el CDL] en la medida que vean que esto tiene algún resultado en su beneficio” (P5), refiriéndose más bien a *beneficios inmateriales*.

El poder de la comunidad organizada

Existe una concepción de participación por parte de los/as trabajadores asociada al poder que adquieren las comunidades al organizarse en instancias de PS “si hay una comunidad que es muy organizada, que es muy participativa, puede lograr muchas cosas y puede llegar a obtener muchos logros (...) puede llegar a cambiar a las personas, su perspectiva” (P6), señalando que la comunidad no tendría noción sobre esto “desconoce[n] el poder que tiene la comunidad organizada” (P5).

Comentan sobre una experiencia que refleja lo planteado, haciendo referencia a procesos de PS que fueron desarrollados exitosamente desde otro de los CECOSF de la comuna.

En principio, se veían en una situación compleja “cuando se inició este trabajo en el *** [sectorización del CECOSF] había otros equipos que trabajaron antes ahí, que lamentablemente no, no, no tuvieron ese enganche con la comunidad y la gente no quería participar” (P5), lo que afectaba las acciones institucionales de participación “la asistencia a las reuniones comunitarias era bajísima, no había interés” (P5).

Sobre esto, ahondan en que dicha mejora se da, primero, a partir de la identificación de necesidades sentidas “[la participación] fue mejorando en función de que la institución también cumplía con, no solamente escuchar estas inquietudes y ponerlas en papel, sino también llevarlas hacia petitorios que hicieran como entre comillas, realidad, algo factible, cambios (...) [donde] la comunidad podía percibir que, a partir de sus sugerencias se realizaban cambios en su centro de salud” (P5); a partir de esto, los procesos de PS logran mejorar en la institución “esta participación, por ejemplo, en el *** [sectorización del CECOSF] era buena, o sea, había una buena cantidad de personas que participaban, de dirigentes y dirigentes” (P5), a partir de la misma premisa “a medida que el CECOSF cumplía con ciertas inquietudes que presentaba la comunidad, había más participación” (P5).

Ambos profesionales concluyen que la participación de la comunidad es exitosa según las necesidades e inquietudes que plantean a las instituciones se traducen en resultados concretos “fue un trabajo largo y que tuvo su fruto, y ahí la gente como que empezó a ver este beneficio, entonces sí empezó a participar” (P6), “en la medida que ellos van viendo que sus intereses son aterrizados en acciones concretas, en cambios específicos, ellos participan más” (P5).

Definición de participación desde la perspectiva usuaria.

La representante de los/as usuarios/as, primero, sugiere una distinción al conceptualizar la participación, distinguiendo la asistencia de la participación basada en el planteamiento de opiniones “la participación, bueno, [lo] que nos pasa [es] que realmente participa mucha gente y somos siempre los mismos los que hablamos” (U3), agregando matices a propósito de su rol como dirigente social “¿Por participación? Es como lo que convoco a veces yo” (U3).

La usuaria considera la participación como una herramienta importante, asociada a varios beneficios.

Primero, al acceso a la información “si yo participo, yo me informo. Y yo a través de mi información transmito también esa información a mi gente” (U3), agregando ejemplos prácticos, “un decir, que va a haber un operativo de oftalmológico, yo me informé, entonces yo a mi comunidad sabe que van a dar cupo horas. Yo informo” (U3).

Segundo, como forma de mantener a la comunidad vinculada con el sector de salud “tener los nexos con los servicios de salud o los APS, las buenas relaciones o las gestiones de una u otra cosa ayudan” (U3), mencionando la posibilidad de incidencia sobre las prácticas de los/as ejecutores/as “se han planteado cosas donde se han modificado algunas cosas acá y [para eso] ha sido importante la participación” (U3), también a nivel del Servicio de Salud “[por ejemplo], se nos se despidió al psicólogo de acá, nos quisieron cambiar a la administrativa, nos sacaron a la enfermera” (U3), situación que impactó a la comunidad, que se movilizó “eso convocó a una participación del barrio, donde solicitamos firma y se los enviamos al Servicio de Salud, que nos responda” (U3). Actualmente, se encuentran esperando el resultado de la petición “la unión hace la fuerza. Ojalá consigamos algo. No sabemos nada todavía, no nos han respondido a las cartas, pero ahí están esperando” (U3).

La usuaria también señala la necesidad de la institución por llevar a cabo procesos de PS “los servicios de salud cuando (...) quieren hacer algo nuevo o difundir, siempre han tenido que llegar a la población. ¿Y si no participo? Si no hay participantes. ¿Tú cómo vas a saber cuáles son las reales necesidades que hay?” (U3). A partir de dicha reflexión, recalca que, sin la participación de la comunidad, la institucionalidad no podría orientar su quehacer “cada cual tiene su programa de cómo trabajar, pero sin la participación comunitaria no funciona, no se llevaría nada a cabo” (U3), poniendo en valor los conocimientos y prácticas comunitarias y locales “porque de verdad que las ideas o las sugerencias sirven mucho para echar a andar algún proyecto o plan de trabajo, el rol es importante, de la comunidad” (U3).

3.3 Flujo 3: producción y uso del conocimiento

Praxis desde la perspectiva de ejecutores/as

Al igual que sus colegas, la representante de los/as profesionales comenta que una de las labores principales que ejecuta como psicóloga de la red de APS se relaciona con atenciones individuales, *intrabox*, “hacer controles de SM (...) es casi como lo que más puedo entregar, que son estas intervenciones” (P5), considerando que estas son las necesidades sentidas “visto desde la demanda de la misma comunidad” (P5), agregando la entrega de medicamentos psicotrópicos a dicha necesidad “como que lo ven que nosotros estamos para meterle medicamentos, y no es así” (P6); señalan que dicha reflexión surge de distintos estamentos de la red “[esta] reflexión que no solamente surge del estamento de psicólogos, sino de otros estamentos de salud, en el sentido de ‘ya, pero atendemos, hacemos más atenciones, pero ¿en qué momento hacemos promoción y prevención?’” (P5), disputando la orientación promocional y preventiva de la APS.

Respecto a las prácticas de participación, surgen actividades e instancias variadas “tenemos muchas actividades en el año, son demasiadas” (P6), señalan que algunas de ellas, incluso, deben ser acotadas, debido a la falta de participación de los/as usuarios/as “son muchas las reuniones que se hacen, por ejemplo, las reuniones de mesa territorial las tenemos bimensual, porque no podemos hacer una reunión mes a mes, no pudiste ir convocando a la gente mes a mes” (P6), identificando instancias con mayor convocatoria respecto a otras “a las reuniones comunitarias de *** [CECOSF] iba bastante gente, o sea,

una cantidad importante, pero a la reunión del Consejo de Desarrollo Local va muy poca, mucha menos gente, por ejemplo. Y esto no ha cambiado en los años” (P5).

Para puntualizar, tres de sus actividades de participación más características son “hacemos diagnóstico participativo, reuniones comunitarias, tenemos una mesa territorial” (P6).

Sobre el diagnóstico participativo, comentan que éste surge como una solicitud del Servicio de Salud “piden que tengamos, año a año, un diagnóstico participativo donde se vean diferentes problemáticas del sector” (P6), sin mayores distinciones en su fondo y forma respecto a sus colegas de CESFAM y PSR; sí, dando énfasis a la baja convocatoria que se genera en el CECOSF “se hace la reunión y como te digo, llega muy poca gente” (P6). Sobre las reuniones comunitarias, su descripción no dista demasiado de la entregada sobre las actividades del diagnóstico participativo “se invita a los dirigentes de las juntas de vecinos, a los representantes de las organizaciones de la comunidad, a presentar sus inquietudes relacionadas con su salud” (P5) de donde surgen actividades de promoción y prevención. Con respecto a las mesas territoriales que nombran, ocurre la misma situación, no se diferencia mayormente de las instancias descritas previamente, sólo se comenta sobre sus integrantes, “una mesa territorial, generalmente, puede ser con líderes diferentes o de diferentes sectores, con la junta de vecinos, etcétera” (P6), sin embargo, no se profundiza en su definición o utilidad.

Los/as profesionales también comentan sobre otras actividades de PS realizadas en el CECOSF.

Las actividades masivas se definen según la cantidad de personas involucradas “actividades masivas que nosotros lo nombramos, (...) son actividades en donde se están involucrados más de 20 personas” (P6), catalogando estas actividades promocionales como actividades de PS “nuestra actividad masiva generalmente hacemos actividades físicas, para mejorar el sedentarismo” (P6).

También relevan las actividades realizadas con el intersector, tanto en el sector público “acá dentro de nuestra sectorización se encuentra el centro diurno de adultos mayores, entonces igual hacemos otras actividades con ese centro diurno” (P6), como con el sector privado “con el intersector, hacemos actividades también con empresas privadas, que tenemos algunas salmoneras, que hacemos actividades de participación” (P6); dichas actividades, catalogadas por el profesional como actividades de participación, se basan en la toma de

exámenes y evaluaciones de salud a trabajadores/as de empresas privadas “hacemos con la empresa actividades de los EMP, que son exámenes preventivos (...) con sus funcionarios, (...) se hace en el tema del test de VIH también, evaluaciones dentales, lo que le podemos ir entregando” (P6). Este acercamiento de prestaciones de salud al territorio también se desarrolla con la comunidad, “hacemos la actividad de llevar el CECOSF a tu sector” (P6), categorizándolo como una actividad participativa “generamos nosotros otro tipo de participación, (...) [logramos] llevar casi la mayoría de las atenciones a un sector” (P6). Por último, también catalogan como actividades participativas las encuestas de satisfacción usuaria, como forma de recoger opiniones “frente a sus opiniones, [utilizamos] encuesta[s] que hacemos de satisfacción usuario” (P6).

En el CECOSF, es importante relevar la figura de gestor/a comunitario/a, implementada en los últimos años “antes no había gestor comunitario, esta figura de gestor comunitario, (...) surge ahora en los últimos, no sé, cinco años, por lo menos” (P5). Señalando que suelen ser personas vinculadas, tanto al territorio, como a la institucionalidad, “son personas, claro, idealmente de la comunidad, que están involucradas en la institución (...) son funcionarios de la institución, pero su trabajo es hacer gestión” (P5). Sobre su rol, los/as profesionales comentan que es la figura encargada de la vinculación comunitaria “[y de] directamente tener la relación con los dirigentes, con el intersector (...) de manera que puedan articular estas sugerencias, estas inquietudes de la comunidad, hacia la institución, la institución que es APS y el Intersector” (P5), siendo la figura que tiene una mayor vinculación con los/as líderes/as comunitarios/as “tenemos una gestora comunitaria de acá del CECOSF, que tiene una mayor vinculación con los diferentes líderes de la comunidad para hacer estas actividades [de PS]” (P6); específicamente, sobre las actividades que desarrolla, los/as profesionales señalan “[hay] actividades del CECOSF, específicas del CECOSF (...) que surgen a partir de la organización con la gestora comunitaria” (P5), sobre éstas, ejemplifican, “[hubo] hace poco un karaoke aquí afuera, (...) están cantando fuera del CECOSF y hay un Viejito Pascuero” (P5).

Baja participación en el CECOSF

En el CECOSF, los/as representantes de trabajadores/as y usuarios/as coinciden en el diagnóstico sobre la baja participación: “Hay una muy baja participación. Nosotros acá en el CECOSF estamos del 2018 (...) desde esa fecha es muy poca la participación, la adherencia” (P6), “No viene mucho [la gente] (...) no hay participación” (U3).

La baja presencia de los/as usuarios/as se expresa, tanto respecto a sus controles de salud, como a las instancias de PS “empezando de la participación [asociada a] la poca adherencia que ellos tienen con sus controles, [como] la poca adherencia que tienen con la participación con su establecimiento de salud” (P6); sobre estas últimas instancias, ahondan en sus esfuerzos por propiciarlas “la participación del usuario para esa reunión en donde podemos mejorar lo que es la salud y nosotros estar disponibles a lo que ellos nos vayan diciendo, lo hacemos, pero ellos no participan” (P6), lo anterior, incluso pese a expresar a los/as usuarios/as la disposición del equipo por acoger sus necesidades sentidas “nosotros acá, como CECOSF, nos importa caleta del tema de la comunidad y de tener una buena comunicación con nuestros vecinos y usuarios, entonces le decimos ‘si ustedes necesitan algo (...) indíquenos’” (P6).

Se remite, nuevamente, a la idea de participación mediada por los *beneficios materiales*, afectando las prácticas de diálogo entre institución y comunidad, “yo creo que la participación de la gente es como ‘si tú me das algo, yo voy’, pero por hablar algo, no” (P6) y las instancias para buscar soluciones comunes “cuando es por hablar para solucionar algunas cosas o que nosotros queramos entregar algún tipo de información, es muy baja la participación de ellos” (P6). Lo que, en última instancia, termina funcionando como moneda de cambio ante la falta de interés “si la persona está con bajo interés en participar de estas ciertas actividades, obviamente no va a tener su beneficio” (P6).

Pese a intentar ofrecer herramientas para facilitar la participación “nosotros podemos bloquear la agenda, hacer todo tipo de talleres, de educación, de lo que usted requiera, y lo llevamos” (P6); de buscar estrategias nuevas para promoverla “todos los años tratamos de decirles que se mantengan, de tratar de hacer nuevas estrategias para captar más gente, de que vengan a las reuniones, y hacemos reuniones para ir mejorando nuestro tipo de atención, nuestra canasta de prestaciones, para que los usuarios puedan tener su hora” (P6); y de buscar espacios nuevos “nosotros igual hacemos reuniones en su junta de vecinos, cuando no tienen junta de vecinos, en la iglesia, (...) hay mucha iglesia evangélica en todas partes, entonces siempre como que tratamos de acudir ahí, para que llegue más gente” (P6); no se encuentran con resultados favorables “pero ahí queda poh (...) aun así no vienen, y después nos reclaman de que ‘¿por qué funciona esto así?’, ‘¿Por qué funciona esto otro de esta manera?’, ‘yo no alcanzo nunca los cupos’, etcétera” (P6). Sobre esto, comentan que rescatan las opiniones de las personas que participan constantemente “nos

vienen a alegar y todo el tema, pero es porque no vienen a nosotros, nos quedamos con los que nos dice la gente que viene a participar realmente” (P6).

Comentan sobre su expectativa cuando el CECOSF llegó al territorio “nosotros, en un comienzo, igual cuando comenzamos el 2018, queríamos hacer más actividades, (...) limpiar las cañerías, de todo, el tema de prevención, actividades del medio ambiente, (...) vino el parque Tantauco a exponer sus temas, de lo que ellos hacen en el parque” (P6). Sin embargo se percibe que, independiente de la actividad que realicen, las personas de su sector no llegarán a participar “siempre hacemos actividades y no, no llega nada” (P6). Se ahonda en este tema, precisando que hay palabras, como taller o charla, que ya no pueden utilizar “podemos hacer actividades de violencia, pero sabemos que no va a llegar a nadie, porque va a ser como más una charla (...) [a] nuestra actividad, ya no le podemos llamar charla, ya no le podemos llamar taller” (P6), esto, debido a la falta de interés percibida en estas actividades, “si le decimos que es por una charla, un taller, no van a venir” (P6).

Debido a esto, recurren a prácticas engañosas para asegurar la asistencia de los/as usuarios/as a dichas instancias “cuando hacemos algún taller para las enfermedades crónicas, le decimos [al usuario/a] ‘mire, tiene una hora con el médico (...) y con la enfermera, va a estar en un control’, ‘ah ya, perfecto’, y ahí vienen (...) como que le mentimos” (P6), justificando dicha práctica, argumentando “es la única manera que pueda llegar, para que pueda tener su educación sobre los riesgos que puede tener su enfermedad y tomar un poco más de conciencia” (P6).

Sumado a esto, se busca completar los documentos de asistencia a ciertas actividades, exigidos por el Servicio de Salud, debido a esta falta de participación descrita “si buscai en todas las otras [reuniones], no son más de siete [participantes] (...) pero de estos siete, uno es funcionario, de acá, dos. Entonces, (...) al final lo tratamos de completar. Además, las personas que sí asisten tienden a repetirse a través de los años “los líderes comunitarios son como muy específicos y todos los años se repiten” (P6).

Plantean un ejemplo, para graficar la realidad descrita, “acá se estaban produciendo muchos incendios” (P6); a partir de esta situación, percibida por los/as profesionales, se plantea una actividad desde la institucionalidad “generamos una actividad con bomberos, para que nos venga[n] a dar una charla de cómo prevenir (...) los bomberos vinieron con sus carros, todo el tema”, pese a ello, no hubo asistentes a la instancia y la única persona que llegó, ignoró la instancia “una [vecina], que iba caminando, pasó y pensaba que se

estaba entregando algo (...) [le] dijimos 'no, es un tema de prevención de incendios, para que usted tenga una mejor educación y orientación sobre el tema de los riesgos del incendio y [así] usted lo puede prevenir en su hogar', [la vecina responde] 'ah, no, no, para eso no tengo tiempo'. Y se fue y fue la única" (P6). Finalmente, la charla fue escuchada sólo por los/as funcionarios/as del CECOSF "los que recibimos la orientación fuimos nosotros como funcionarios, de los que estamos acá en el sector" (P6).

Se rescata el ejemplo planteado por el profesional, ya que señala que es una actividad que dejó una marca en el equipo "esa actividad nos chocó" (P6), suspendiendo las actividades similares "eso como que no... nos chocó, y ya no lo volvimos a hacer" (P6). Lo que deja a los/as profesionales una sensación de frustración con estas instancias "se le está entregando toda la herramienta para prevenir (...) [y] después hay un incendio" (P6), sosteniendo que los/as usuarios/as responsabilizan a la institucionalidad e instancias externas "tiene la culpa la municipalidad, que no entrega beneficios, que salud no se preocupa, le echa[n] la culpa a otros y la culpa generalmente [es] de uno mismo, por no hacer cosas para prevenir el incendio, que es (...) el tema de la leña, que limpia tu caño de cocina, algo muy simple" (P6).

Razones atribuidas a la baja participación

Sobre las razones que explican la falta de participación en el CECOSF, existen variadas hipótesis.

En primer lugar, se asocia la falta de participación con una falta de interés percibida "CG: y ¿a qué atribuyes que no quieran participar? P6: Yo creo que es porque no quieren" (P6), además de una falta de importancia atribuida a estas acciones "[la falta de participación] es por el mismo hecho de que las personas no perciben como la importancia de recibir este tipo de atenciones" (P5).

Otra de las razones de la baja participación en el área de SM, según los/as ejecutores/as, se relaciona a un miedo a estigmas y prejuicios "tienen como miedo de ser estigmatizados por ser parte de un programa de SM (...) estos prejuicios que hay en relación a la SM, estos estigmas que todavía están presentes" (P5); lo anterior, dificulta la forma en que las personas se informan e involucran, más que en otros programas de la red de salud "esto hace que las personas no vean la atención de SM como otro programa de salud, como los

hay en la red, por ejemplo, el programa cardiovascular, es más fácil para una persona decir [o] reconocer que tiene diabetes, a que tiene, por ejemplo, trastorno del ánimo” (P5).

A la vez, perciben que la falta de participación guarda relación con la gestión de las personas que se encontrarían a cargo de las instancias de PS “tiene que ver con las personas que han estado a cargo” (P5), señalando que distintos factores afectaban el correcto desarrollo de los procesos “cuando ha habido muchos cambios de las personas que estaban a cargo (...) del CDL, entonces percibo que eso también haya influido en que no se haya podido hacer seguimiento de todas estas peticiones y solicitudes” (P5); generando distintos problemas para el correcto desarrollo de dichas instancias “de hecho, se perdió la personalidad jurídica, se retomó el año pasado”, situación que se da tanto en los/as dirigentes, como en los/as trabajadores “había dirigentes que tampoco cumplieron con ciertos compromisos, (...) las personas de salud que estaban a cargo tampoco cumplieron con los compromisos y esto se fue perdiendo” (P5).

Existen factores prácticos, que también se identifican como barreras para la participación. Usuarios/as y trabajadores/as relevan, entre otros, los horarios de trabajo “a veces, por trabajo (...) el horario donde tú haces la reunión no cuadra” (U3), “tiene que haber siempre un horario donde tú conectes o concentrarte un masivo de gente, pero a veces no cuadran los horarios” (U3); refiriéndose al tiempo de usuarios/as “[por] el horario de trabajo, se entiende por ese lado de que es baja, muy baja su participación” (P6), agregando ejemplos “porque, a veces, [los/as vecinos/as] están de tarde [referido a los turnos en la empresa pesquera]” (U3); como al de los/as trabajadores/as del CECOSF “los chicos [del CECOSF] tienen que hacer las reuniones dentro del horario de trabajo y ahí no cuadran con la gente. Entonces llega súper poco” (U3). También, se releva la distancia entre ciertos sectores y el dispositivo de salud “nosotros tenemos sectores que son muy distantes al CECOSF, que es difícil de acceso (...) [que] no tiene transporte público, (...) entonces pueden disponer de locomoción pública, pero tienen que pagar (...) le[s] sale un costo alto” (P6), comprendiendo que el costo haría que las personas no acudan “son gastos que ellos no lo harían por venir a una reunión y se entiende” (P6).

La representante de los/as usuarios/as, agrega la falta de confianza como una de las posibles razones de la baja participación “¿De repente falta como confianza? No sé qué [puede ser]” (U3), ahondando en la dificultad que participar supone para algunas personas “a algunos les cuesta” (U3), no así para ella, “yo no, yo estoy acostumbrada como a hablar

siempre” (U3), señalando que trata de dar espacio a todas las opiniones “Yo soy buena para hablar, pero de repente digo ‘ya, yo me callo y ahora que participe el resto’” (U3), ahondando en sugerencias que hace a los/as vecinos/as en esas instancias “uno trata de decirles ‘no, pero, con calma’, ‘relájese, usted diga lo que... no hay, como dice usted, no hay palabras, o sea, respuestas buenas ni malas, todo es válido’, así que uno ya se relaja con eso, y así lo hacemos, por lo menos en las participaciones que se han hecho” (U3).

La falta de participación es un tema que ha surgido en las reuniones realizadas entre la institución y los/as usuarios/as, “hemos hablado también del tema de participación” (U3), su contenido, se basa en la búsqueda de estrategias para incentivar la misma “se habla, se trata de buscar estrategias para atraer [a las personas]” (U3), a partir de esto, los/as vecinos/as son quienes han propuesto soluciones creativas “la idea de nosotros, la última reunión que vinimos, era la idea de que cada cual iba a traer a otro vecino para hacer más participación” (U3), “fuimos nosotros con la *** (...) otra usuaria que hay acá” (U3), así, se establecen compromisos para los/as usuarios/as “[dijeron] comprometámonos que cada cual traiga un vecino que ya no se repitió, otro vecino, invitemos, endulcémosle el oído y traigámoslo, que venga a participar” (U3), señalando que es una idea que nace de forma espontánea y es efectiva “así nació, en una reunión acá, y funciona” (U3), ya que apunta directamente a la falta de confianza señalada como una razón para la falta de participación “yo [digo a un/a vecino/a] ‘voy, ¿acompañame?’ ‘Ya, vamos’, y esa persona ya, como que va sacando de a poquito las palabras, de a poquito ya la timidez, porque de repente [cuesta] el hablar con otras personas, aunque sea un espacio pequeño o seamos pocos” (U3).

Estructura de la praxis

Los/as profesionales comentan que existen diversos roles y prácticas que se encuentran reglamentadas y son exigidas, por distintos entes.

Perciben que el rol de cada funcionario/a estaría regulado “cada funcionario, de acuerdo al ámbito de su rol, es responsable de cumplir con (...) cierta cantidad de actividades, también eso está regulado” (P5). En ese sentido, destaca en el CECOSF la exigencia de un/a gestor/a comunitario/a “como parte de estas exigencias que vienen, no del servicio de salud, sino más bien desde el MINSAL, los Centros Comunitarios de salud incorporan a gestores comunitarios dentro de sus prestaciones” (P5), puntualizando en su estructura “son lineamientos que están muy, muy especificados, la contratación de un gestor o gestora

comunitaria está dentro de lo que son los lineamientos del funcionamiento de un CECOSF (...) está como todo, muy reglamentado” (P5).

Como ejemplo de dicha estructura, encontramos actividades que nombran como Reuniones Comunitarias “las reuniones comunitarias son parte de un plan que viene desde el Servicio de Salud que exige, sí, porque es así, a los centros comunitarios de salud que tengan esa vinculación con la comunidad” (P5); también son percibidas como instancias estructuradas “las reuniones Comunitarias también están reglamentadas (...) [hay un] lineamiento de cómo se realiza una reunión comunitaria” (P5), agregando que la verificación de dichas instancias debe ser objetiva y demostrable “está todo como muy especificado, en cuanto a lo que son verificadores” (P5), esperando que estos sean “algo muy objetivo y se pueda demostrar a través de la realización de estas reuniones comunitarias (...) [que] se realizaban con cierta periodicidad” (P5).

Participación usuaria mediada por el nivel ejecutor

En cuanto a las formas de participación mediadas por los/as ejecutores/as, encontramos diversos ejemplos.

Primero, existe la noción sobre una necesidad de *aterrizar* las necesidades comunitarias sentidas “vamos tratando de aterrizar a la gente de cuáles son las problemáticas” (P5), debido a que consideran que las problemáticas planteadas no corresponderían al sector salud “por ejemplo, dicen ‘no, la delincuencia’, pero... ‘la venta de droga’, pero... ya, nosotros como salud ¿qué podemos llegar a hacer?” (P6), puntualizando que sería muy difícil realizar actividades que aborden dichas situaciones “no sería[n] una problemática en sí, como nosotros hacer una actividad y para llevarlo a desarrollar” (P6); por lo tanto, se percibe que desde el área de salud las acciones que sí se pueden realizar, estarían relacionadas a la derivación de dichas problemáticas a instituciones competentes “Ya, podemos denunciar o informar a Carabineros y todo el tema (...) Uno, lo único que puede denunciar es cuando hay una vulneración de derechos (...) pero eso es lo que más puede llegar” (P6), sin embargo, comentan que no tendrían forma de verificar que se intervenga en las situaciones que denuncian “depende del carabinero que llegue a fiscalizar, en cada sector” (P6).

También, hay actividades promocionales y preventivas que se planifican según lo que los/as profesionales catalogan como necesidades de la comunidad “CG: ¿Cómo surgió la

actividad? (...) P6: Nosotros. Nosotros lo fuimos pensando y queriendo realizar todo ese tipo de orientación a la gente porque, como te decía, estaban ocurriendo muchos incendios” (P6).

Sobre las reuniones comunitarias, al igual que lo expuesto por sus colegas, pese a que se plantean como instancias abiertas a los/as vecinos/as, la convocatoria suele realizarse a personas específicas de la comunidad “es una reunión abierta, pero la convocatoria es más específica para los dirigentes, debido a que se percibe que las convocatorias abiertas no logran reunir una gran cantidad de personas “si se hace una convocatoria abierta, no hay mucha participación, pero sí las personas que, por ejemplo, están vinculadas con el centro de salud” (P5); en el CECOSF, específicamente, son convocados/as a través del gestor/a comunitario/a “los dirigentes de los sectores, que se vinculan a través de los gestores comunitarios, ellos sí participan (...) como representantes de su comunidad” (P5).

Para ejemplificar, tenemos la experiencia de la representante de los/as usuarios/as del CECOSF, dirigente que participa a través de invitaciones extendidas desde la institución “siempre me invitan (...) siempre me invitan a cosas, como vecina” (U3), siendo ella quien participa en representación de sus vecinos/as, para después compartir la información “CG: al resto de los vecinos ¿igual los invitan? U3: También. Solamente que, sí poh, en los grupos de WhatsApp, (...) o sea, la información llega a mí. Yo la desparramo, como digo, con los otros” (U3). Sobre esto, es importante considerar que la usuaria no la percibe como una instancia abierta a la comunidad, sino más bien dirigida a representantes comunitarios “CG: ¿Pero igual está abierto, si es que alguien quisiera participar (...)? U3: No, no, no, es que ahora me invitaron a mí, solamente a mí. No sé si habr-... porque hay otro presidente, o sea, yo soy presidenta de acá [de la junta de vecinos]. Entonces no sé si ahora habrán invitado a la otra dirigente” (U3), destacando que la invitación se extiende a ella, considerando que es una persona que participa en el área de salud “[me invitaron] solamente a mí, en este caso, a mí me invitaron porque soy participativa” (U3).

Encargados/as de programas y su rol en la estructura de la praxis

El rol de encargados/as de programas surge en el contexto de las dificultades percibidas en las prácticas de PS en el CECOSF “CG: ¿Alguien los ha capacitado sobre participación, pensando que tienen ese problema? (...) les han dicho ‘oye, podrían hacer esto, esto otro’? P6: dentro de acá la red, tenemos un encargado de participación” (P6), sin embargo, no se percibe que este rol se relacione con el acompañamiento a los/as equipos, para

implementar las estrategias solicitadas, “muy pocas veces nos enfocamos en capacitaciones de participación, o cómo generar... o irnos retroalimentando de la participación que nosotros podemos realizar, o una estrategia con la comunidad” (P6), sino más bien con la verificación de actividades por cumplir “el encargado de promoción (...) es el que va verificando las actividades de promo-, que son de participación del equipo” (P6), y con ámbitos administrativos, “pero él [encargado/a], generalmente, va viendo lo que es subir los verificadores, que se hayan cumplido estas actividades, como que te va supervisando” (P6), dicha supervisión, se relaciona con el cumplimiento de fechas y en envío de verificadores de actividades, así como la justificación de las que no pudieron realizarse “[el/la encargado/a dice] ‘oye, mira, te queda poco tiempo para la fecha que tú dijiste que iba hacer esta actividad y todavía no me envía[s] los verificadores de esta actividad’, [el profesional dice] si, lo vamos a realizar’, ya, [el profesional dice] ‘oye, pasó esto y esto otro’” (P6).

Praxis de participación desde la perspectiva usuaria

La usuaria nombra las reuniones comunitarias como principal instancia de participación “Yo acá participo (...) siempre vengo a reuniones que se hacen, (...) tenemos una, o sea, varias organizaciones, así participamos” (U3). Sobre dichas reuniones, considera a distintas entidades, entre ellas “siempre participo acá [en el CECOSF], participo en las reuniones de Servicio de Salud (U3), “participo también en las reuniones que hacen el hospital, con la Mesa territorial de dirigentes, todos los dirigentes como en la comuna participan, yo igual participo en eso” (U3). También participa del Consejo de la Sociedad Civil (COSOC), “la organización esa que funciona a través de los servicios de salud (...) El COSOC” (U3), instancia en que la usuaria es convocada a la capital provincial para asistir a charlas y ser capacitada “he ido a Castro, nos hemos capacitado (...) hemos ido a charlas” (U3).

Sobre la forma de acceder a estas formas de participación, señala haber sido informada directamente desde la institución, “como siempre, a través de llamado, WhatsApp” (U3), a través de la gestora comunitaria “me las informaron, la gestora [comunitaria] me las manifestó (...) ahí me cateteó (risas), es como decir ‘vamos a hacer esto’, bueno, ya, si es que así yo veo que no tengo nada que hacer, voy” (U3).

Participación como praxis terapéutica

Los/as profesionales y la usuaria coinciden en la percepción de la participación como una práctica terapéutica.

Para los/as profesionales, por un lado, es una práctica terapéutica en tanto permite a las personas vincularse con redes de apoyo, “desde lo que es la articulación de redes, porque es tan importante que una persona se vincule adecuadamente con su entorno familiar, con sus vecinos, con su entorno comunitario” (P5), considerando al CECOSF entre ellas, “al mismo tiempo, es tan importante que las personas se vinculen con la institución, por ejemplo, un CECOSF puede ser una importante red de apoyo” (P5).

Por otra parte, los/as profesionales consideran terapéuticas las prácticas de PS en particular “todo esto conlleva algo bueno y beneficioso para cada usuario y para cada persona (...) la participación sí podría ser perfectamente algo terapéutico y de mejora para cualquier tipo de persona, para nosotros” (P6), sin embargo, señala que no considera que esto se cumpla respecto a todas las prácticas de participación “como que sí, como que no. Porque sí, las actividades que realizamos, que es donde hay más gente (...) se van súper felices, nos dan las gracias por la actividad que realizamos con los niños, con los adultos (...) pero en las otras actividades que realizamos, como los diagnósticos participativos, no hay participación porque no les llama la atención” (P6).

Por su parte, la usuaria considera que la participación, en sí misma, es una práctica terapéutica para ella “para mí, como yo he pasado procesos muy malos en la vida, malos, tristes, pérdidas. Y a mí el participar, ver caras nuevas, ver, conocer, o sea, ya el hecho de hablar contigo... es una terapia para mí” (U3), contextualizando que dicha sensación también se da respecto a su rol como dirigente social “si tú me preguntas ¿te gustaría dejar de ser dirigente social? No. Porque para mí es una terapia que me llena. Cuando yo no hago nada siento que, no sé, me frustró, como que no, no soy yo” (U3), entregando ejemplos de esto “ahora me gestioné que nos vengán a capacitar en computación, entonces van a ser más [de] 12 personas, vecinos (...) esas cosas a mí me llenan el alma. O sea, [es] una cosa [como] terapia mía” (U3). Sí, enfatiza en lo personal de la vivencia “no sé el resto como lo pensaré, pero para mí sí [es terapéutico]” (U3), puntualizando que no todos/as considerarán la práctica de la misma manera, “a mí sí [me sirve], para mí, es cosa mía. Pero no sé, quizás para otros [puede ser] ‘ah, qué aburrido, qué lata participar’ (U3).

Por último, pone de manifiesto la necesidad sentida de la comunidad sobre el trabajo asociado a SM “sería bueno dar, de repente más... o más informativo, hacer charlas,

trabajar más con [la SM]... de verdad” (U3), señalando que dicha necesidad surge, especialmente, después del tiempo de pandemia por COVID-19 “estamos en tiempos como bien... Después de Pandemia y después de muchas cosas” (U3), indicando una afectación en la comunidad, “la gente anda alterada, enojada, explosiva, la gente está... no sé, hay que trabajar hartito en SM, eso es lo que yo creo” (U3).

Quehacer profesional

Desde el CECOSF también coinciden en la importancia de la figura de los/as trabajadores/as sociales en las instancias de participación “en la participación siempre le dan el rol al trabajador social” (P6), “generalmente uno como trabajador social tiene esos roles” (P6), teniendo expectativas sobre su idoneidad para llevar a cabo distintas prácticas asociadas a participación “creen que ‘ya, tú eres trabajador social, sabes llevar una comunidad, un grupo y sabes, puedes generar reuniones en donde van a participar mucha gente” (P6), asociando esta idoneidad a su formación “[siente como si le hubieran dicho] ‘tú eres trabajador social, eso te lo enseñan en la universidad, entonces anda, toma y anda pa’ allá’ y listo” (P6). El profesional ahonda en las prácticas que podrían facilitar los procesos de participación, desde su quehacer de trabajador social; por ejemplo, en el proceso de implementación del CECOSF, comenta que comienza con la búsqueda de agentes claves de la comunidad “con la gente tú ya sabes dónde ir, tú cachai ya (...), [como] trabajador social, que tenías que ir a la señora del negocio de la esquina, porque esa cacha todo lo de su población, entonces como que ahí tú tenías que buscar a un alguien más estratégico” (P6).

Responsabilidad profesional para desarrollar praxis de participación

Se profundiza en la responsabilidad puesta en los/as profesionales para generar prácticas de PS.

Los/as ejecutores/as señalan que, previo a que la figura del/la gestor/a comunitario/a llegara a los CECOSF, el trabajo de vinculación con la comunidad tenía mucho que ver con la iniciativa de los equipos “esta figura de gestor comunitario es tan importante, (...) [porque] antes lo hacíamos los psicosociales como una cosa extra a las funciones que tenemos que desarrollar, entonces tenía mucho que ver con voluntades también” (P6).

Así, una de las representantes de los/as trabajadores/as es enfática en señalar que el éxito de las prácticas de PS se relaciona con los/as ejecutores/as “Tiene mucho que ver con el equipo, tiene mucho que ver con que... cumplas por cumplir, porque en papel se puede, no sé si precisamente falsear, porque tú tienes que tener evidencias como imágenes, que se yo, listas de asistencia. Pero más allá de eso, como... puedes [hacerlo] simplemente por cumplir” (P5), haciendo la distinción con equipos en que existe un real interés en promover dichas instancias “puede estar dentro del equipo humano el realmente interesarse, el realmente: ‘vamos, hagamos esto, hagamos estos acuerdos, negociemos esto con la comunidad’. Eso tiene mucho que ver con los equipos” (P5). En ese contexto, la profesional tiene la experiencia comparada del trabajo en dos CECOSF de la comuna, respecto a uno de ellos, señala “[el equipo del CECOSF] *** tenía muy buen manejo en ese sentido. Logró involucrar a la comunidad de verdad, porque esa comunidad estaba enojada. Esta comunidad cerraba las puertas al equipo de salud y de a poquito, con hartos años en realidad y cumpliendo con compromisos, esa comunidad se fue involucrando (...) ahí [los/as profesionales] se involucraron. No solamente se involucra la comunidad, por supuesto, pero ahí se involucraron los funcionarios, se involucraron como funcionarios” (P5).

Equipo

La PS, en específico, se ha hecho un tema en las conversaciones del equipo en dos sentidos: el primero, relacionado a una preocupación del equipo por las dificultades para implementar prácticas de PS con la comunidad “¿de la baja participación de la gente? (...) fue una preocupación de todo el equipo (...) porque igual se sorprende” (P6), dicha preocupación se relaciona a una serie de estrategias que no dan el resultado esperado “hacemos muchas cosas, tratamos de innovar cada año, y la participación es baja” (P6), generando una afectación en el equipo “nos preocupa a todos como equipo, a todos nos afecta” (P6) debido a que no entienden los motivos de las personas para no participar “[preocupa por] el motivo de que ‘chuta, se le dan todas las facilidades a los usuarios’ (...) que uno quisiera acceder a eso, pero no, otras personas no pueden acceder a ese tipo de herramientas u orientaciones, y acá la gente se le da y no, no puede, no, no lo toma” (P6).

En segundo lugar, la participación se convierte en una conversación, tanto para el equipo como para los estamentos, una vez más por la necesidad de cumplir con metas sanitarias, “lo hablamos desde la responsabilidad que tenemos de cumplir con cierta cantidad de controles grupales” (P5). A partir de esto, la participación surge dentro de las

conversaciones, generalmente, porque son metas difíciles de cumplir “[la conversación es] como ‘ya chicos, estamos mal, porque según la pauta MAIS deberíamos tener cierta cantidad de controles grupales a la SM y tanta cantidad de intervenciones grupales en salud y no está, no se cumple” (P5).

Destacan distintos contenidos sobre las reuniones de equipo.

Al ser consultados por el contenido que prima en las reuniones de estamento, emergen nuevamente las metas “CG: ¿Cuál es el contenido en general [de las reuniones]? P5: Las metas que tenemos que cumplir” (P5), y sobre la forma de revisar el cumplimiento de dichas metas, señala “revisamos números” (P5). La profesional entrega ejemplos sobre lo mencionado “Ya, cada psicólogo tiene que tener tantos controles de SM ¿Los tenemos? Sí. ‘¿Controles individuales? ya’ ‘¿Controles grupales? ¿Se cumple? No’, ¿Qué otra cosa más?, Ah, ya ‘¿Cuántas actividades comunitarias debemos tener por semestre? Sí. ¿Se cumple? No ¿Qué hacemos?’” (P5).

Por otra parte, surgen contenidos asociados a las dificultades para desarrollar las actividades de PS “en general, cuando hacemos la reunión en equipo, ya más específico, los temas a tratar son eso, cómo mejorar el tema de la convocatoria, que se realizan diferentes actividades y la participación es baja cuando no hay un beneficio de por medio, o no hay comida de por medio” (P6), en ese sentido, las reuniones de equipo también permiten el espacio para evidenciar las frustraciones del equipo “[por] la participación baja igual como que te empezai a frustrar por situaciones y como que pucha, decís ya ¿qué? ¿Qué más? Somos como 17, no recuerdo cuántos somos en total en el equipo y hacemos las reuniones y ya no sabemos qué más pensar o qué más actividad llegar para que la gente participe” (P6).

4.4 Flujo 4: externalización/sistematización de saberes y prácticas

Prácticas de puesta en común en el equipo

Tal como sus colegas, relevan el establecimiento de acuerdos como contenido principal de las actas “[el acta] de nosotros como equipo es donde vamos dejando acuerdos que se van tomando” (P6), y su respectivo seguimiento “sirven para dar seguimiento a los acuerdos realizados en el equipo” (P6); también, las estrategias exitosas “qué [estrategias] funcionaron” (P6) y los roles institucionales y comunitarios “y de cumplir ciertos roles dentro

del equipo y con la comunidad” (P6). Puntualizando en el establecimiento de roles, comentan que las actas han servido al equipo para hacer un seguimiento de las responsabilidades de cada trabajador/a “se firma todo, para que después respondan los responsables” (P6), para evitar que las personas se eximan de los acuerdos pactados “vamos dejando en acta para que se deje y firma de todo” (P6), ejemplificando “que nadie diga después ‘oye, esto a mí no me corresponde’, ‘Oye, pero si lo hablamos en la reunión anterior’, ‘Ah, es que no me acuerdo’, ‘Vamos a ver el acta’ y ahí lo vemos” (P6). Por esto es que, también, se incluyen plazos para la realización de las actividades comprometidas “se incluye[n] responsables y plazos” (P6).

La utilidad de las actas, para los/as profesionales, radica en la necesidad del Servicio de Salud de supervigilar el trabajo realizado “sirve como medio de verificación” (P6), en función de asegurar el cumplimiento “tiene que quedar todo en acta y eso tiene que irse a la dirección, le sacan una foto y la dirección la revisa [para saber] ‘¿en qué quedaron?’” (P5), asegurando, además, la asistencia de personas de la comunidad dentro de las instancias de participación “es igual como nuestro medio de verificación, de que esos acuerdos o estas actividades se van a realizar porque estuvieron estas personas de la comunidad en la participación de salud” (P6).

En ese contexto, las actas de reuniones comunitarias dan especial interés a las listas de asistencia “cuando son las reuniones comunitarias dejamos el acta y hacemos firmar, como pudiste ver, una lista de asistencia del usuario” (P6), con el objetivo de verificar la cantidad de personas que participan “tú puedes ver [se muestran documentos], hicimos una reunión (...) [cuenta firmas] y dos, cuatro o cinco participantes” (P6).

Por último, comentan que las actas se traducen, finalmente, en Planes de Mejora “[el acta] hay que tenerla, pero también es normalmente en un acta, [se establece] en un plan de mejora” (P5), que, a su vez, se traducen en compromisos “los planes de mejora se traducen en documentos que son como compromisos que cada, por ejemplo, coordinación tiene que asumir para que vayan mejorando los números” (P5), destacando que dichos planes, también, son supervigilados por el Servicio de Salud, asociados a un requerimiento de mejoría de los indicadores “ahí hay una supervisión también, que es anual, o dos veces al año, de parte de la dirección, donde nos piden presentar el seguimiento de nuestro plan de mejora. Sí. Y tiene que mejorar” (P5).

Prácticas de sistematización

Los/as profesionales valoran las prácticas de sistematización, conscientes del patrimonio de conocimientos adquiridos hasta el momento: “uno ya ha estado acá harto tiempo, entonces [sabe] cómo se comporta la gente y cómo es la gente” (P6), señalando la importancia de compartir datos útiles, como indican “yo le diría todos los tips” (P6).

Destacan la potencial utilidad de estas prácticas en diversos contextos, especialmente al ingresar a nuevos espacios laborales, sugiriendo que podrían haber sido de gran ayuda en su momento “yo creo que me hubiese servido más (...) [porque] en su momento me sentí colapsado con la coordinación” (P6), relevando la importancia de transmitir el conocimiento adquirido a lo largo del tiempo en el cargo “serviría, porque ya, si yo ahora llevara mis cosas y me fuera a otra pega, claro, obviamente le dejaría al próximo coordinador o al próximo trabajador social que esté en mi lugar todas las cosas (...) [comentaría] el rol que debe hacer acá adentro” (P6).

Destacan la importancia de compartir conocimientos asociados a prácticas cotidianas, tales como manuales orientadores de la implementación del programa, “le enviaría los manuales y todas las cosas (...) si hablamos de MAIS” (P6); las actividades y reuniones, “cómo es cuando uno hace una reunión, cómo es cuando hace actividades” (P6); el trabajo intersectorial, “cómo hacer derivaciones con el intersector” (P6); y la información útil para cumplir con las exigencias del Servicio de Salud “cómo es el informe que te envía el Servicio, cómo lo tienes que completar” (P6); incluyendo herramientas informáticas necesarias, “dónde [está] la página [en] que tienes que subir las cosas (...) cómo completar[la]” (P6), sugiriendo el respaldo de las actividades realizadas, “le daría algunos tips, de que ‘hace tu carpetita de este punto’, ‘hace tu carpeta de este otro’, ‘ten tus verificadores de todo’, ‘respaldáte con todo” (P6).

Comentan sobre la utilidad que supondría esta instancia para traspasar conocimientos sobre el territorio, su comunidad y sus formas de participación “diría algo similar a lo que te he dicho aquí, sobre todo lo que es la participación, la comunidad” (P6), además de identificar a los/as líderes comunitarios/as “diría ‘mira, ella es la señora, una muy buena líder, te puedes contactar con ella” (P6), facilitando el trabajo de inmersión en la comunidad “le explicaría todo, y sería alguien que ayudaría más, para que esa persona nueva que llegara, supiera con quién comenzar en todo lo que es comunitario o participación, o con quién tendría que ir de la comunidad para que la ayude” (P6), poniéndose a disposición para facilitar los encuentros necesarios “[diría] llamemos [a la líder comunitaria], mira ella

es, te la presentó', [le comentaría a la dirigente] '(...) ella o él va a seguir en mi proceso, yo me voy'" (P6).

Una de las profesionales comenta que la sistematización de saberes y prácticas sería especialmente importante, a propósito de una enriquecedora experiencia en uno de los CECOSF de la comuna, "pensando en el *** [CECOSF], que fue mi nicho ahí. Siento que sería (...) súper importante como sistematizar la experiencia de *** [CECOSF]" (P5), con el objetivo de evidenciar a distintos actores la riqueza de los procesos de participación e involucramiento institucional-comunitario; por un lado, a los/as funcionarios/as, con el objetivo de desmitificar la carga negativa asociada a los procesos de PS "podría ayudar a que la percepción que tienen los colegas, algunos, no todos, por supuesto, pero varios colegas, respecto a lo que es la participación de la comunidad, no sea tan... como tan catastrófica" (P5); por otro lado, a la comunidad "para demostrar, tanto a los funcionarios de salud como a la misma comunidad, qué es lo que se puede lograr con una buena vinculación, con generar compromisos [e] involucramiento de ambas partes" (P5); y, por último, a la institucionalidad, a través de las llamadas *buenas prácticas* institucionales, desde el Servicio de Salud "quizá [podría ser] hasta algo que pueda ser enmarcado dentro de las buenas prácticas, porque también servicio de salud tiene esa esa posibilidad de presentar buenas prácticas" (P5).

Voz de los/as usuarios/as

Los/as profesionales resaltan la importancia de dar voz a los/as usuarios/as en la sistematización de conocimientos y prácticas institucionales. Por un lado, como forma de visibilizar procesos exitosos de PS, "sería súper importante (...) sería otra forma de visibilizar el cómo fue el proceso, los logros, los desafíos... Sería muy importante que la comunidad participe" (P5), agregando la necesidad de visibilizar la voz de todos los/as actores involucrados/as en el proceso "tendría que ser como entre funcionarios y comunidad, porque fue algo que se construyó entre funcionarios y comunidad" (P5). Por otro lado, se visibiliza la utilidad de que los/as usuarios pudieran cooperar en el traspaso de información, de un/a profesional saliente de la institución, a un/a profesional entrante "CG: ¿sientes que los usuarios [y usuarias] podrían tener un rol en este traspaso de información, de conocimientos? P6: Si, si poh, si ayudaría un usuario a entregar la información" (P6).

Sobre la participación de la usuaria en formas de sistematización del conocimiento, ella señala haber sido parte de la construcción de actas, "CG: ¿Ha participado o participó usted

en alguna forma (...) [de] escrito sobre el centro de salud? U3: ¿En este? Sí, sí, hemos hecho actas” (U3), aportando información como usuaria del centro “CG: ¿usted ha aportado información sobre su experiencia [a la institución]? U3: Sí, sí, nos preguntan, sí (...) como usuaria” (U3). Su contenido, en general, busca informar a la institución sobre necesidades comunitarias, “informa las sugerencias o manifestaciones que nosotros tenemos o necesidades que hay del usuario” (U3), que suelen estar asociadas a las prestaciones de salud, “no sé poh, siempre peleamos porque queremos más médico” (U3), “una vez cuando, por pandemia, también me ha pasado que se nos extraviaron unos PCR y Don *** [funcionario], el coordinador, hizo la gestión para que nos contactaran” (U3). La representante de los/as vecinos/as señala que las actas son enviadas a directivos de la institucionalidad de salud, en búsqueda de respuesta a sus solicitudes “esas actas son enviadas a donde corresponde para responder a la comunidad” (U3), las que, en general, son respondidas “sí, nos han respondido (...) por lo general siempre la señora del tercer nivel (...) la directora, sí, ella” (U3), en otra ocasión, “el centro de salud se contactó con mi persona aquí y otra vecina que se nos habían extraviado en el camino unos PCR. Eso, pero si ha funcionado” (U3), encontrándose con solicitudes a la espera de ser respondidas “ahora estamos esperando porque entregamos cartas para, como le decía, es por el tema que pasó con los funcionarios, no nos han respondido. O sea, por lo menos a mí no, porque yo fui la que hice la gestión de las cartas y estamos esperando” (U3).

Por último, señala lo importante que sería compartir su experiencia “de repente es bueno, es bueno, es contar la historia, o sea, mi vida, bueno, o mala” (U3); como usuaria “sería bueno, porque bueno, yo siempre comento cosas que no solo acá, sino que también cuando participo en servicios de salud masivo, siempre contamos historias de experiencias que hemos vivido como usuarios y esas cosas son buenas contarlas, ya sea bueno, o sea, entre comillas, malo” (U3) y como dirigente, “a veces es bueno contar experiencias, porque si hay otra persona que no sabe qué es la gestión que se tiene que hacer como, no sé, un ejemplo, un reclamo no sabe cómo hacerlo” (U3).

4. Categorías transversales

4.1. Lo comunitario

A continuación, se presentan las nociones sobre *lo comunitario* que aparecen como resultado de la presente investigación, debido a que surgen de forma transversal durante las conversaciones mantenidas, tanto con profesionales, como con usuarios/as.

Se presentan apartados asociados a: primero, el conocimiento institucional sobre *lo comunitario*; segundo, sobre la socialización de este conocimiento institucional con los equipos; y tercero, sobre prácticas que ejecutores/as y usuarios/as consideran como *comunitarias*. Se presenta la información bajo el marco de tres de los cuatro flujos del conocimiento profesional, no se ahonda en el cuarto flujo en tanto no se encontraron referencias a procesos de sistematización del conocimiento asociados a *lo comunitario*.

Lo comunitario: desde el conocimiento institucional

En general, los/as profesionales reconocen el Modelo Comunitario como orientador de las prácticas de SM en Salud Pública “el modelo de SM en el cual nosotros estamos inmersos tiene que ver con un modelo de SM comunitario” (P4).

Surge la idea de que el conocimiento institucional, asociado al Modelo de Salud Familiar y Comunitaria y al Modelo Comunitario de SM, se ha centrado mucho más en la parte *Familiar* que la *Comunitaria* “Históricamente, nos hemos concentrado más en lo familiar que en lo comunitario, pero sí, se ha tratado de ir incluyendo eso (...) ahora, si me preguntas, sería un 80% familiar y un 20% comunitario” (P1). Esta distinción también se visualiza al describir los textos orientadores del programa, tanto el MAIS, “CG: ¿sientes que trabajan según el modelo comunitario? P2: No sé si en el modelo comunitario, pero sí en el modelo de salud familiar integral, que con ese trabajamos, el que se llama MAIS” (P2); como el PNSM, “según el PNSM, nosotros trabajamos el modelo de SM que es comunitario. Y, de hecho, trabajamos muchísimo el tema de salud familiar, lo cual también tiene que ver con el modelo comunitario, a veces, no sé si será tan así” (P4).

Se identifica que, en general, los conocimientos sobre *lo comunitario* se adquieren mucho más en el pregrado, que en las orientaciones institucionales en salud, “[lo comunitario es] algo que uno ya trae, como tú dices, en el pregrado, o que uno ha leído, pero no, no algo que esté como muy presente acá [en el CESFAM]” (P3), “la verdad, es solamente lo que me enseñaron en la Universidad, (...) en pregrado, psicología social, Maritza Montero” (P4).

¿Qué dicen y qué entendemos por lo comunitario?

Como forma de traducción del conocimiento institucional en conocimiento profesional, la noción generalizada es que la institucionalidad no considera demasiado *lo comunitario* dentro de inducciones y capacitaciones, “Pero ¿sabes qué? dentro como, de lo comunitario,

no tanto” (P3), “nunca hemos tenido como una capacitación o algo que me diga, esto es así, esto funciona así. No, la verdad es que no” (P4), “CG: ¿inducciones, capacitaciones, sobre el modelo comunitario? P4: no”.

Existen distintos elementos que los/as profesionales consideran al momento de caracterizar el Modelo Comunitario.

En primer lugar, nombran la participación “lo primero es la participación, como dijimos antes, entendiendo, digamos, que la idea es incidir, es cambiar, es lograr cambios y mejoras, ya sea en las políticas públicas, o en el bienestar, o en la calidad de vida de las personas” (P1), asociando directamente el Modelo Comunitario con la PS “Participación, [y] comunitario, son como sinónimos ¿o no? Un poquito, siento yo... habla de comunidad, y la participación también tiene que ver con eso” (P2), “Modelo comunitario (...) se centra también en la participación” (P3), destacando sus beneficios “yo creo que la comunidad y la participación de la gente en cualquier [institución] (...) es bueno poh, y con la comunidad y la participación uno puede hacer muchas cosas” (P6).

A la vez, surge la noción de organización de la comunidad “[el] Modelo Comunitario tiene que ver con cómo funciona la comunidad. Cómo la comunidad se organiza. Cómo la comunidad participa o, por el contrario, la comunidad se segrega” (P5), comentando sobre los beneficios de la organización comunitaria “Un modelo comunitario puede ser donde haya personas que sean muy eficientes y organizadas para concretar un objetivo principal” (P6).

Surge como elemento característico del Modelo Comunitario la consideración de los contextos de ocurrencia del padecimiento psíquico “Hay cosas en las cuales estás inmerso” (P4), “los pacientes, y eso tiene que ver también con el modelo comunitario, que mi paciente no solamente está sintiendo pena, sino que la pena la siente en su casa y su casa es su comunidad y donde vive, su barrio, las personas con las que está conversando” (P4). En ese contexto, destacan los determinantes sociales de la salud “todo lo que son los determinantes sociales (...) [entendiendo] que hacen, digamos, que cierto grupo sea más vulnerable ante ciertas circunstancias de salud (...) con las desventajas y desigualdad que eso conlleva” (P1). A lo que se agregan los llamados factores de riesgo “reconociendo todos los factores de riesgo, todos los puntos de contaminación” (P1), y los factores protectores de las comunidades “también todos los puntos protectores, los factores protectores y los recursos que están dentro de un territorio” (P1), ejemplificando, “tú no solamente eres Carla,

la psicóloga del Magíster, sino que tú eres Carla que está inmersa en un mundo social (...) tu barrio tiene ciertas características, el pueblo donde vives tiene ciertas características (...) tu familia tiene ciertas características también (...) un modelo comunitario tiene que ver con tomar todo eso, y desde esa perspectiva yo miro, quizás, a un sujeto, a un actor, o a una comunidad” (P4).

A partir de esto, surge la noción de territorio y sus recursos como parte del Modelo Comunitario “el territorio, saber y conocer[lo] realmente” (P1). Sobre este punto, destacan “tanto las características físicas y geográficas” (P1), ejemplificando, “si aterrizamos acá en Quellón, el hecho de contar con playa, ya un recurso, el hecho de contar con bosque, ya es un recurso”, señalando que son recursos que no son considerados por la institucionalidad “son recursos que en muchos lugares no tienen, y que, yo creo que desaprovechamos, también, constantemente” (P1). También, se destacan “las características sociales, demográficas” (P1), entre ellas, los recursos que llaman inmateriales “personas con conocimientos, personas con saberes, la validación del conocimiento popular, la validación de la salud intercultural, la validación de los recursos que están ahí, que están en la gente, en el conocimiento, en las tradiciones” (P1).

Se considera que el Modelo Comunitario es una forma de trabajar en conjunto con otros/as actores “[se basa] en la forma de trabajar en conjunto con los otros, o sea, con, con el grupo, en este caso con, con los usuarios” (P3); y es considerado como contrario a un trabajo individual “no es un trabajo tan individualista sino que, como dice su nombre, abarca también estos otros grupos” (P3), lo que se asocia a la integralidad del trabajo “[abarca otros grupos] para llevar a cabo un trabajo más integral” (P3); sobre esto, destacan cómo el trabajo de una persona afecta a la comunidad por entero “uno se involucra en ciertos aspectos que influyen en todos los miembros de esa comunidad” (P5). A la vez, consideran el trabajo en red como una forma de trabajo comunitaria “Modelo comunitario... Me suena a trabajo en red. Trabajo en red, para mí, sería pensando en lo comunitario ¿por qué? Porque tú no trabajas sola poh” (P2).

Entre los elementos que los/as usuarios destacan al ser consultados por *lo comunitario*, aparecen distintas nociones.

Primero, surge la noción de comunidad “la palabra comunitaria habla de comunidad” (U3). También, señalan que el concepto hace referencia a un sentido de interconexión entre los miembros de la comunidad “yo creo que se refiere a lo que dice la palabra, que busca que,

entre todos los que somos parte de la sociedad, nos involucremos en lo que respecta a la SM, porque vivimos en sociedad, tengo que, aunque no quiera, ver a mi vecino, cruzar alguna palabra o más que eso” (U1).

Agregan a esto, que la conceptualización de comunitario vendría a cambiar la forma de trabajo de las instituciones de salud, “me imagino que para cambiar la forma de trabajo, con la gente” (U1), señalando que las instituciones de salud se enfocaban en la noción de enfermedad “quizás, antiguamente, la salud se enfocaba solamente, no sé poh, en curar enfermedades y por eso se llamaban consultorios, porque tú ibas a consultar sobre equiz tema, pero siempre sobre la salud” (U1), distinguiendo esta del enfoque comunitario en salud “al darle el enfoque comunitario, es como que está viéndolo más, de otra forma, más abierta, más completa, donde vea al ser humano no solamente como un enfermo, sino como una persona que tiene un contexto, que siente de determinada forma, que siente las cosas distinto” (U1). Así,

Todo esto, genera expectativas en la comunidad “Es que igual, ahí yo creo que, o sea, ojalá el nombre sea acorde a esa... a lo que se hace” (U2), haciendo referencia a la necesidad de un trabajo con el entorno comunitario “ojalá sea el nombre como rehabilitar al entorno también poh” (U2), ejemplificando “debe ser como las personas que son alcohólicas o drogadictas, o que tengan ansiedad, si tú vives en una familia que eres drogadicto, y tú te rehabilitas solo, y todo tu entorno es drogadicto, va a tener mil recaídas poh” (U2), haciendo énfasis en la necesidad de ampliar la perspectiva sobre los procesos de interacción “si tú estás rehabilitando una persona con SM, la idea es rehabilitar el entorno también poh. Porque, si tú no educas al entorno, el sistema va a seguir así mismo” (U2). También, asociado a una mayor conexión, en que la institución se acerca a la comunidad “Puede ser que esté más, como más, con más conectado a la gente, porque ya no es que el usuario viene. A veces el centro va a hacia el usuario, a la casa” (U3).

Praxis según el Modelo Comunitario

Los/as profesionales señalan que, desde su labor, pueden aportar al entorno comunitario “me gusta trabajar mucho aquí, siento que uno puede aportar muchísimo a la comunidad” (P4), y coinciden en que trabajan basados/as en un enfoque comunitario “hoy en día, yo creo que como equipo y como mi labor si estamos haciendo trabajo comunitario” (P6), con varias notas al pie “yo diría que se podría, o sea, se debería trabajar con un modelo comunitario” (P3).

Algunos/as, señalan que trabajan según el Modelo Comunitario, pero que existen falencias en su ejecución “con las falencias que conlleva, lo podemos desarrollar” (P1), “no [se trabaja con el enfoque comunitario] tanto como se debería, o sea, se realiza[n] (...) las mesas de trabajo, esto de incorporar a los usuarios en algunas reuniones y todo, pero falta (...) se debería, pero a veces como que no se da el espacio real para llevar a cabo el trabajo comunitario” (P3); sobre las falencias percibidas, los/as profesionales agregan que se continúa trabajando bajo un modelo biomédico de atención “creo que a veces, como que intentamos trabajar con el modelo comunitario, pero creo que a veces seguimos como muy pegados con el modelo biomédico” (P4).

Consideran que, pese a trabajar según el Modelo Comunitario, la institucionalidad estructura las formas de PS *desde arriba* “CG: ¿sientes tú que ustedes pueden trabajar o trabajan según el modelo comunitario? P5: Sí, pero desde la participación regulada desde una institución” (P5).

Sobre las prácticas que los/as profesionales consideran como prácticas basadas en el Modelo Comunitario, encontramos un repertorio variopinto.

En primer lugar, los/as profesionales aluden a la participación de los/as dirigentes/as y de la comunidad “Nosotros logramos trabajar de forma comunitaria, porque ya teniendo a un dirigente de la comunidad que quiera trabajar con nosotros (...) uno sí hace tema comunitario y se trata de enfocar en todo lo comunitario, porque hace actividades para la comunidad, en donde participa la gente” (P6). También se considera constitutivo de las prácticas comunitarias el atender a las necesidades sentidas de la comunidad “por lo menos yo, me doy el espacio de realmente escuchar a las personas, de realmente saber cuáles son sus inquietudes, sus expectativas y sus necesidades en el área de salud” (P1).

Consideran también las prácticas asociadas al trabajo en red, ejemplificando “voy a visitar a una persona, a un adulto mayor, (...) yo, como salud, o como departamento de salud, no puedo darle recursos, pero lo que sí puedo hacer, es hacer un informe, llamar a la oficina del adulto mayor, (...) y se ayuda a esta familia. Eso, para mí, es trabajar en red” (P2), puntualizando que desconoce si éste tendrá que ver con el Modelo Comunitario “no sé si responde a un modelo comunitario, pero eso, para mí, es trabajar en red” (P2). A la vez, aluden al trabajo promocional y preventivo realizado con el intersector “en la práctica, por ejemplo, yo realizo hartos trabajos comunitarios, también, con los usuarios del centro de día,

que son usuarios que están con drogodependencia, que tienen también altos índices de vulnerabilidad, porque muchos están en situación de calle” (P3).

En cuanto a la perspectiva usuaria, en general, se coincide en que los dispositivos de salud pública de cada uno de los/as representantes efectivamente trabajan de forma comunitaria, de distintas maneras, “CG: me decías que estos centros sí cumplen un rol comunitario. U1: O lo intentan, sí” (U1).

Primero, consideran que los centros de salud trabajan de forma comunitaria en su organización, “organizan su funcionamiento para llegar a la comunidad” (U1), “[es comunitario] por el hecho de que de repente se hacen operativos, se participa cuando hay actividades de fiestas o cosas así. Se usa como trabajar con la comunidad” (U3), agregando las dificultades que eso conlleva “el que lo organicen, no garantiza que así vaya a ser” (U1), asociando la voluntad de la comunidad como un factor a considerar “porque ¿y si las personas no quieren participar? Se quedan en las ganas no más” (U1).

También, relevan la salud intercultural como forma comunitaria de trabajo “es común ver en los CESFAM, un lugar apartado para la medicina ancestral, por ejemplo... cosa que antes no existía” (U1), lo que relacionan con la transformación de las prácticas de los centros de salud “ahí te vas dando cuenta que al CESFAM no solamente vas porque estás enfermo, sino que también hay otras cosas, que tienen que ver contigo como ser humano, con tu salud no sólo física, sino que de todo” (U1).

Se destaca, a la vez, el rol comunitario de las instituciones de salud “en mi experiencia sí el CESFAM cumple un rol importante en la comunidad poh, obviamente siempre preocupados, en el ámbito general, del bienestar poh” (U2), sin embargo, asocian la preocupación institucional con prácticas asociadas al enfoque biomédico de la salud “por ejemplo, yo cuento con una médico de cabecera, que es el que me trata de diabetes, con las enfermeras, siempre es un equipo, o sea, uno quisiera más también, pero [está] acorde también a la cantidad de usuarios que hay” (U2), comentando la importancia de que el trabajo comunitario se complemente con atenciones de SM “a la vez, hacer una atención como salud y terapias, una cosa así” (U3).

4.2 Percepción general sobre las instituciones

El presente apartado da cuenta de la percepción usuaria sobre sus respectivos centros de salud. Por lo tanto, se presentan tres apartados, abarcando la percepción de la usuaria de la Posta de Salud Rural, el usuario del Centro de Salud Familiar (CESFAM) y la usuaria del Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF).

Percepción general de la Posta de Salud Rural

“Me cambié de casa, pero sigo acá en Coinco, pa’ no irme de esta posta (risas) No, ¡si es verdad!” (U1).

La usuaria de la PRS tiene una percepción muy positiva de la Posta “en esta posta en particular, creo que hay una muy buena administración” (U1), indicando que tuvo la posibilidad de agradecer por el vínculo establecido con la institución “ayer hablaba, precisamente esto, con la encargada de acá de la posta (...) le daba las gracias poh (...) por la gestión y por la buena onda” (U1); también, rescata la vinculación con los/as usuarios/as “[hay] una muy buena llegada con el público en general (...) son una posta súper amigable, (...) además, súper accesible” (U1).

Destaca la calidad profesional “[es una Posta] con muy buenos profesionales” (U1), además de la baja rotación de los mismos “he podido estar con las mismas personas durante 2 años. Tanto yo, como también mi bebé, desde que nació (...) uno de ellos es el psicólogo, con *** [funcionario] llevo 2 años y ha sido, pero ¡gracias!” (U1), en comparación a experiencias previas, en otras instituciones de salud “yo llevo años atendiendome, me han rotado todas estas veces los psicólogos y, así y todo, ninguno me había podido ayudar” (U1).

Sobre los procesos de participación, señala que la institución demuestra preocupación por los procesos de interacción entre vecinos/as “como centro de salud, también se están haciendo cosas, hay un interés institucional detrás por generar estos espacios, de interacción social, y eso también se agradece y se valora” (U1). Sobre la importancia de estos procesos de parte de la institución, indica “veo que están siempre haciendo actividades, veo que siempre tienen muy buena disposición para atender, veo que hacen cosas más allá de lo que deberían hacer” (U1), rescatando la vocación de servicio de los/as

profesionales “veo que, para ellos, es importante y hacen cosas en esa línea, veo mucha vocación de servicio” (U1).

Distinción institucional de la PSR

Los/as profesionales señalan ciertas distinciones entre el contexto de la Posta de Salud Rural y otros dispositivos.

En general, indican que existen distinciones importantes entre sectores “es muy distinto al trabajo urbano, que el rural” (P2); específicamente, en los procesos de PS, señalan que el entorno urbano convocaría una mayor cantidad de personas “en urbano, cuando tú convocas a gente, yo me he dado cuenta que participan hartas personas; hartas entidades, grupos, programas, gente, es como más producido todo” (P2), a diferencia del sector rural “en rural (...) siento que no funciona así, que todo es un poco más lento, menos participación, menos gente” (P2). Sobre las posibles razones que originan dicha situación, señalan que los procesos de PS se ven influenciados por la cantidad de tiempo que pasan movilizándose, de una Posta a otra “en rural tenemos muchas postas, no sé, yo creo que iremos 2 o 3 veces a cada posta al mes, sería distinto el trabajo si estuviéramos siempre en una posta, o al menos 2, mientras más asistimos, yo creo que habría otros resultados” (P2).

Por su parte, la usuaria indica que las diferencias entre instituciones no sólo se perciben respecto a un dispositivo rural o urbano, sino también entre dispositivos urbanos de distintos sectores del país “tengo ahí la comparación del mundo de la zona central con el de ahora. Es súper distinto un CESFAM de la quinta región, de ciudad, urbano, al CESFAM de Quellón urbano, a acá a la posta rural, súper distinto, hay ventajas y desventajas” (U1).

La representante usuaria ahonda sobre las ventajas percibidas.

Entre ellas, destaca un vínculo de cercanía con la institución “la posta rural, es que es mucho más familiar, (...) flexible, muy flexible” (U1), ejemplificando lo anterior “por ejemplo, con la entrega de la leche, no sé, tenís que ir en un cierto plazo (...) y, obviamente, como son menos usuarios, te conocen, es como ya, en el papel ponen que retiré 2 días antes, pero en la realidad lo retiré 4 días [antes] ¿*cacha?*” (U1), señalando que dicha flexibilidad no se encontraría en instituciones del área urbana de Quellón “es mucho más flexible, cosa que en el CESFAM [de] Quellón y en la quinta región ¡olvídalos!, o sea, ¡cero posibilidad!”

(U1), identificando barreras burocráticas para realizar dichas excepciones “quizás podrían hacer una excepción, pero *tenís* que bajar a hablar con la nutri de GES... y es cacho... igual *podís* lograrlo, pero es cacho, *tenís* que moverte más” (U1).

A esto, agrega la facilidad para contactarse con la institución “que *podai* llamar por WhatsApp, o sea, ¡regalones! ¿cachai? En el CESFAM de Quellón y la quinta región, *ni cantando* van a poner un WhatsApp para responderte preguntas, para avisarte que mañana se abre la agenda, que ¡uy! se desocupó justo una hora, ¡nica!, eso no va a pasar en las urbanas” (U1).

Por último, señala como ventaja la posibilidad de acceder a las mismas prestaciones que en los dispositivos urbanos, sin encontrarse con la misma cantidad de usuarios/as a la espera de ser atendidos/as “es como el CESFAM acá, al frente de mi casa, porque te traen hasta las vacunas (...), exámenes te los hacen acá, todo, todo, y no te *encontrai* con una masa de gente, como en el urbano” (U1).

También, percibe desventajas de la atención en las Postas de Salud Rural.

Primero, señala dificultades para atenderse si no es por agenda “sólo puedes atenderte por agenda, a diferencia de los espacios urbanos, que tú puedes llegar a las 5:00 de la mañana a hacer la fila para que te atiendan en el día, y aquí no, aquí no existe eso” (U1). Además, percibe una limitación en la oferta de profesionales, especialmente, de profesional pediatra, “las especialidades poh, igual son limitadas, aquí no *tenís* pediatra... bueno, en Quellón tampoco, en el hospital hay pediatra, y te ve porque llegaste de chiripa por alguna enfermedad y te agendaron pa control, pero no es como que *podai* acceder a un pediatra que te revise al bebé en los controles de niño sano” (U1).

Sobre las formas de participación, en principio, percibe que existe la misma posibilidad de participar, tanto en el sector rural, como en el urbano “creo que están las mismas posibilidades de participar” (U1), sin embargo, agrega distinciones en el acceso al diálogo con la coordinación del dispositivo, señalando que existiría un mayor acceso en la PSR, que en el sector urbano “quizás aquí es un poco más accesible, porque puedo pedir hablar con la persona encargada y va a estar ahí ¿cachai?, allá en un CESFAM no va a ser tan fácil” (U1), asociando esto al mayor espacio y cantidad de personas en atención en el sector urbano, “porque como tiene que atender un espacio más grande, puede que no esté en el momento que yo lo requiera” (U1), lo que afecta el nivel de incidencia que pueda tener,

respecto al dispositivo de salud “aquí la encargada está casi siempre... Puedo, claro, hablar con ella, y por lo tanto hacer algún requerimiento” (U1).

La usuaria señala los sectores urbanos deberían funcionar de la misma forma, “podría ser igual en todos lados, en los urbanos también” (U1), ya que se percibe que, debido a la mayor cantidad de gente que acude, la atención a los/as usuarios/as sería de menor calidad “está bien que se atienda a mucha más gente, pero no por eso vas a dejar de tener buena disposición, si igual hay que cumplir las 12 horas de trabajo, *atendai* a 1, a 12 o a 500... no sé si me explico... creo que eso, hace un poco más de falta en los urbanos” (U1). A esto, se suma que la usuaria recomienda que los sectores urbanos pudieran mejorar el acceso de los/as usuarios/as a información relevante “Creo que también, lo otro que podría mejorar más en los urbanos, el tema de facilitar el acceso, por ejemplo, lo que hacen acá, del WhatsApp ¡genial! Genial... O sea, en realidad no sé si les dé para que lo hagan en las zonas urbanas... pero ¿por qué no? Ahí algo se puede inventar” (U1).

Percepción general del Centro de Salud Familiar

El usuario del CESFAM de la comuna se percibe satisfecho respecto a la institución de salud, asociando dicha satisfacción a su tratamiento de SM “Ha sido bueno también, porque ha sido el tratamiento más largo que he tenido y efectivo también” (U2), agregando su conformidad “con las sesiones que he tenido, también me he sentido súper, mucho mejor, así que siento que igual estoy conforme con lo que he estado haciendo este año, y estos meses. Estoy conforme yo como persona” (U2), sin embargo, destaca la insuficiencia de la atención “eso no quita que siempre va a ser insuficiente para el resto (...) siento que falta un poquito igual, siempre ha sido insuficiente (...) falta un montón por llegar a la gente, como esas cosas. Siempre falta” (U1).

Señala que existen falencias en varios ámbitos, puntualizando en la lentitud para conseguir horas, en la falta de tratamientos psiquiátricos en APS, la suspensión de horas de atención, la falta de profesionales, las dificultades en la solicitud de medicamentos, entre otros “en todo ámbito poh, porque siempre las horas son más lentas, se demora más, pucha, en salud pública súper difícil tener un tratamiento psiquiátrico (...) pido una hora y me la han tenido que suspender porque, no sé poh, la niña no está, pocos profesionales, siempre es lento poh, más lento, e igual, el tema de pedir la medicación también es lento, no hay los medicamentos correspondientes y, si los hay, no están para todos” (U2).

Sobre dicha insuficiencia, ahonda en las prestaciones médicas que quisiera que el CESFAM ofrezca “tenemos acá en Quellón dos psiquiatras que trabajan acá, pero en el CESFAM no hay psiquiatras” (U2), asociando esto a la gran cantidad de pobladores de la comuna “siento que igual ahí está bajo, para una población que es muy grande. Obviamente yo se que el psiquiatra es un especialista para algo, médico, pero igual siento que hace falta en un consultorio de repente” (U2). Dicha falencia, es asociada a su experiencia personal “yo me atiende con un médico de SM que (...) tendrá, a lo mejor, especialidad, pero siento yo, a mi parecer, un punto de vista, que no va acorde a los requisitos que necesita una persona *con SM*” (U2).

La insuficiencia señalada también apunta a la falta de un Servicio de APS de Urgencias (SAPU) en la comuna “siempre va a ser insuficiente la salud, sobre todo pública, o los CESFAM, nunca va a ser suficiente poh. Se queda corto en el sentido, que acá en Quellón (...) no tenemos un SAPU. Tenemos extensión de hora, que de repente, de lunes a viernes hasta las ocho de la tarde, pero... urgencias, quizás, como más básicas... al hospital, pero en urgencia del hospital son urgencias de vida, acá no podemos ir a una urgencia como un SAPU, que son en las capitales regionales, vamos a... tenemos que ir obligado, sí o sí, a las ocho de la mañana, a pedir una hora” (U1), indicando que dicha institución vendría a descongestionar la salud pública “uno no puede llegar después de las 5, las 6 de la tarde, como lo hacen los SAPU, y así, porque me duele el estómago, y así congestionas un poco más la salud pública, en el hospital o algo así” (U1).

Por último, rescata que no culpa a los/as trabajadores/as de las falencias expresadas “yo sé que no es culpa del trabajador, sino del sistema” (U2).

Distinción institucional del CESFAM

Se ahonda sobre las distinciones que los/as profesionales perciben entre el CESFAM y otros dispositivos de APS de salud.

Los/as profesionales comentan que algunos dispositivos de APS funcionarían de forma *más comunitaria* que el CESFAM “el trabajo es distinto” (P3). Sobre las razones que atribuye a esta diferencia entre las prácticas de las instituciones de salud primaria de la comuna, dícese, CESFAM y PSR, se refiere a la cantidad de personas en atención en cada uno de los dispositivos, y cómo esto afecta las prácticas “creo que tiene que ver igual (...) con la poca cantidad de población que igual ellos poseen, que no es tanto como la que tiene el

sector Newen [sectorización del CESFAM], el sector Pulmaiquén [sectorización del CESFAM], que es una población mucho más amplia, mucho mayor” (P3).

Primero, puntualiza sobre el trabajo en los CECOSF “[en] el CECOSF Rukalaf hacen un trabajo mucho más comunitario que el CESFAM” (P3), ejemplificando a través de actividades que se realizan *en terreno* “realizan muchas más actividades como ferias masivas, ferias para la comunidad y trabajo, así como, como más en terreno” (P3); segundo, ahonda en el trabajo de las PSR “en las Postas (...) tienen un trabajo mucho más vinculado con la comunidad” (P3), asociando la orientación comunitaria percibida en las Postas con el trabajo intercultural “trabajan hartito con, por ejemplo, con los facilitadores interculturales, Ñuke Mapu en su momento” (P3).

Señala que, por otro lado, el trabajo del CESFAM tendría una mayor orientación biomédica “acá en el CESFAM yo diría que estamos como al debe en ese sentido, porque como te digo, hacemos más un trabajo *intrabox*” (P3), y asocia la distinción planteada a una sobredemanda percibida en el contexto del CESFAM “yo creo que va por (...) la sobredemanda de pacientes con el mismo recurso [humano] de siempre” (P3);

Esta situación compele a los/as profesionales a realizar labores distintas a otros dispositivos “lo que uno realiza acá es mucho más” (P3), ejemplificando “por ejemplo, nosotros realizamos, como psicólogos, realizamos igual diferidos, o sea, salimos a las ocho, un día a la semana, cosa que no tienen los otros psicólogos de los CECOSF, por ejemplo. Ellos tienen su horario normal toda la semana” (P3). También, señala las distinciones en el proceso de agendar las horas de atención “el trabajo es distinto, allá las agendas también son distintas” (P3). Por último, destaca que algunos dispositivos son apoyados en ciertas actividades por profesionales médicos, no así el CESFAM “en su plan de trabajo, por ejemplo, hacen los controles grupales. Igual ellos tienen varios controles grupales en conjunto con el médico, cosa que nosotros no, solamente el ingreso y de ahí ya no más poh” (P3).

En cuanto a la perspectiva usuaria sobre las distinciones entre el CESFAM y otros dispositivos de APS de Quellón, refiere que visualiza una mayor vinculación con el territorio y sus habitantes desde los CECOSF “el consultorio hace un nexo con las Juntas de Vecinos, hace un nexo con las comunidades que también viven su alrededor, en mi caso, yo sé que la Villa Aytué trabaja muy bien con su Junta de vecinos” (U2); lo anterior, es asociado por el usuario a la cantidad de gente que cada dispositivo comprende en sus respectivas

sectorizaciones “todos los CECOSF, son más pequeños, pero el consultorio en sí (...) abarca mucho más gente, a la población, en general, que es de todo” (U2), atribuyendo dicha situación a la falta de procesos de PS en el CESFAM, no así en el CECOSF o las Postas Rurales de Salud, “siento que [el CESFAM] está un poco excluido la participación con su gente que vive alrededor, a comparación de los CECOSF o de los sectores rurales, que es más cercano, acá no” (U2).

Percepción general del CECOSF

La usuaria del CECOSF, percibe que la participación es un tema importante para la institución “CG: ¿Y para este centro de salud, usted cree que la participación ha sido importante para ellos? P3: Bueno, sí” (U3).

Sin embargo, pese a que la SM se establece como una necesidad sentida y apremiante de la comunidad “hay mucha gente, juventud, persona adulta, viviendo como sola o no teniendo apoyo emocional y de repente el venir a psicólogo te ayuda, te ayuda bastante” (U3), destaca la falencia en esta área de atención “se necesita enfocar más, trabajar más, porque te digo yo que, yo era una usuaria, yo ya no vengo, pero tengo otras vecinas que eran usuarias y no hay psicólogo. No sé cuándo llegue” (U3).

Además, indican que existen falencias asociadas a la rotación de profesionales del área “es importante porque mucha gente se acostumbra a su médico y el cambio a veces es como fuerte para el paciente, por tratar de trabajar siempre en este tema de la SM” (U3).

Distinción institucional del CECOSF

En principio, distinguen el trabajo de su CECOSF, en particular, asociado al menor número de personas que integran su sectorización “es una población, en número, menor a la que tienen los otros dos CECOSF de Quellón (...) [otros CECOSF de la comuna] tienen una población mucho más grande, abarcan un territorio físico más amplio, mientras que *** [su CECOSF] (...) por sectorización, tiene un territorio más chico, tiene una cantidad de personas en control que es menor” (P5); es por esto, que los/as profesionales tienden a comparar sus prácticas con las de otros CECOSF, “nosotros hicimos la meta de comparación siempre con los demás CECOSF” (P6), no surgen las mismas comparaciones con el CESFAM, aludiendo a la densidad de personas en su sectorización “no podemos compararnos con el CESFAM, porque ellos abarcan una población más grande” (P6).

Señalan que el CECOSF se caracteriza por una orientación comunitaria del trabajo “como somos CECOSF, somos un CECOSF más comunitario” (P6), lo que genera distinciones en sus prácticas “tenemos agenda y disponibilidad para que nosotros podamos hacer diversas actividades fuera del box, fuera del establecimiento, con la comunidad” (P6), lo que mejoraría las posibilidades de generar estrategias asociadas a PS en salud “entonces, ahí se puede generar cualquier tipo de participación y la cual nos puede conllevar a hacer infinitas cosas con la comunidad” (P6). A partir de esto, señalan que pueden desarrollar actividades de promoción y prevención, de mejor manera que un CESFAM “nuestra idea, desde lo ideal, sería como ‘prevenimos antes de curar’ pero, finalmente, terminamos curando y eso nos resta mucho la posibilidad de hacer trabajo en prevención y promoción. No es este el caso de los CECOSF, pero CESFAM sí” (P5).

Por último, distinguen los contextos institucionales señalando que otros dispositivos tendrían características que harían que participe una mayor cantidad de personas “hay algunos [dispositivos de salud] que son más, más grande y tienen más directiva y tienen una participación un poco más grande, pero es porque lleva más años en el territorio y tienen una población más grande” (P6).

Discusión

“[Buscamos] superar la separación tajante instalada en el modelo neoliberal de política pública entre los que saben, mandan, prescriben y no actúan, por un lado, y por otro, los que obedecen, ejecutan y no saben, es decir, entre conocimiento y praxis” (5).

La presente investigación tuvo la misión, no menor, de gestar espacios y tiempos de reflexión para los/as ejecutores/as, equipos y usuarios/as de dispositivos altamente demandados, buscando poner en valor el patrimonio inmenso de conocimiento situado, que sus roles dentro del área de SM en la APS de Quellón, les han permitido desarrollar. A partir de esto, nos interesa especialmente relevar la importancia atribuida por ellos y ellas a la instancia compartida:

“Son preguntas que a veces remueven cosas que también uno necesita mirar, volver a mirar (...), que son necesarias tenerlas en cuenta y en la práctica. Pero están dormidas, porque uno se mantiene enfocado en el trabajo, como te decía, con el cumplir, cumplir cosas (...) estas preguntas nos permiten reflexionar en torno a eso, y de qué manera uno podría buscar una mejora sobre su propia práctica” (P4). Siendo la primera vez que algunos/as sentían que participaban *“participación... Esto es como, la primera vez poh” (U2)*, o que tomaban un momento para hablar sobre comunidad *“es primera vez que algo o alguien viene por un tema de la comunidad” (P6)*. Manteniendo la esperanza de que sea una instancia que vuelvan suya *“desde hoy día que vine a mi reunión de estamento, que no venía de todo el año (...) Y ahora yo dije: voy a venir a mi reunión, porque sí pues, se necesita esto, cuando todos participamos, yo hoy día me voy súper bien, porque siento que fue una reunión productiva, hay veces en que no lo es (...) entonces ni siquiera nosotros mismos nos reencantamos. Yo creo que hay que hacerlo” (V2).*

En el presente capítulo consideramos las voces de ejecutores/as y usuarios/as del área de SM, además de la validación de los resultados de investigación a través del equipo de un CECOSF y el Estamento de Trabajadores/as Sociales de la comuna, y cómo esto conversa con el MGC y sus flujos.

1. Sobre el conocimiento formal

Sobre el conocimiento formal, se abordan los *Manuales orientadores* de los programas de APS y su contenido sobre PS y SM; ahondando en las formas de *Participación institucional* y las *Metas* asociadas a SM y PS.

Manuales como formas de orientación

“En vez de iluminar el mundo comunitario desde un foco homogeneizante de conocimientos estandarizados que aplasta su diversidad, la institucionalidad debiera aprender a descubrir los focos desde los cuales la comunidad se ilumina a sí misma en sus infinitas y siempre renovadas diferencias” (25).

La revisión de los textos orientadores para los programas de APS y de SM se realiza bajo el entendido de que uno de los mayores desafíos de la política pública reside en la necesidad de estandarizar saberes y estrategias (25); sin embargo, esto no implica abandonar la idea de que cada usuario/a, familia y comunidad, pese a presentar regularidades, debe gestionarse desde sus diferencias y particularidades (25), en tanto el Modelo Comunitario se basa en los saberes y prácticas locales para validar y ajustar su aplicación (24).

Es importante considerar que la transición hacia prácticas basadas en Salud Familiar y Comunitaria no está exenta de complejidades; de ahí que los organismos centrales de Salud han puesto sus esfuerzos en la creación de textos que orientan dicha tarea.

Se postula que dicha estrategia no ha generado el impacto que busca en los equipos, considerando la experiencia de los/as ejecutores/as de APS de Salud de la comuna de Quellón.

En el contexto específico del trabajo de los/as ejecutores/as de APS de la comuna de Quellón, se identifican referencias a textos elaborados a nivel central como el MAIS, el PNSM y la ECICEP. Los/as profesionales afirman que estos textos están diseñados para guiar el trabajo basado en Salud Familiar y Comunitaria,

diferenciándose claramente de los antiguos Centros de Salud, centrados principalmente en las patologías. Sin embargo, los/as ejecutores/as confirman que, a pesar de esta intención de diferenciación, las orientaciones contenidas en estos textos tienden a ser estandarizadas y no se ajustan a las particularidades locales ni a las características específicas de cada tipo de institución, como PSR, CESFAM o CECOSF, en cambio, estas orientaciones son percibidas como criterios generales sobre las acciones a ejecutar en Salud Pública, tanto en la red de APS como en los dispositivos de SM.

En principio, es importante señalar que no todos/as los profesionales conocen los mismos textos, y existe desconocimiento total sobre otros; por ejemplo, no se hace ninguna mención a textos como el Modelo de Gestión de la Red Temática de SM en la Red General de Salud (2018) que, precisamente, detalla las funciones de cada uno de estos centros; no existiendo orientaciones desde el nivel central respecto a cuáles son los Manuales que, efectivamente, todos/as los/as profesionales deben conocer para guiar sus prácticas o, por lo menos, privilegiar por sobre otros.

En general, los textos orientadores son percibidos, por un lado, como realmente extensos, señalando que dicha extensión no comulga con la carga laboral que su rol en APS supone, considerando el contexto de alta demanda asociada a determinantes sociales de la salud en el que trabajan (3); sumado a esto, comentan que nada asegura que dichos textos sean revisados por los/as ejecutores/as, lo que se ratifica en la validación de resultados, tanto al consultar al estamento de Trabajadores/as Sociales de la red, “la información si bien está (...), nadie lo va a leer, porque son textos gigantes, no te dan los tiempos tampoco” (V2); como en la validación basada en la experiencia de uno de los equipos de CECOSF de la comuna, “acusamos recibo y no leemos nada (...) es que igual, a veces te envían un correo y *abrís* el correo y son como 40 páginas” (V1). Para precisar, en sus últimas ediciones a la fecha, el MAIS cuenta con 142 páginas, el PNSM con 233, ECICEP con 96 y la Red Temática de SM con 383, todo ello, sin contar diversos Manuales que no son nombrados en la presente investigación.

Sobre los aspectos teóricos asociados a participación, los/as ejecutores convergen en que PS se declara como un tema importante, sin embargo, existirían falencias teóricas y técnicas importantes; se evidencia el desconocimiento de textos específicos sobre participación en salud o sobre participación y SM; respecto a esto, mencionan que lo que han podido conocer sobre PS en salud, primero, suele incluirse en los Manuales como pequeños incisos dentro de otros temas de Salud, especialmente, sobre Promoción y Prevención; y segundo, que informarse al respecto responde a la iniciativa de cada profesional y equipo.

A partir de esto, se plantea la necesidad de orientaciones con un contenido de menor longitud, comprensible y práctico, centrado en estrategias para incentivar efectivamente los procesos de PS en el contexto de la atención de SM.

Participación institucional

“no le puedes hacer seguimiento a esa actividad que tú hiciste, como para que después se mantenga en el tiempo, o irla mejorando, porque ya cumpliste [la meta] (...) tomamos todas sus necesidades y resulta que no alcanzamos ni siquiera a solucionar algo y lo dejamos a un lado, entonces nos dicen: ¡pero si no hicieron nada! No hay continuidad (...) después ya este presidente no nos va a validar como algo que le sirva, sino como que ‘me llamaron para preguntarme y me dejaron’” (V2).

Es importante considerar que las políticas de PS, en general, buscan resguardar el derecho a incidir en los distintos niveles decisionales del sistema de salud (1), lo que implica que funcionan como formas de regulación de las instituciones, validándose a sí mismas a partir de la participación instrumental de las personas y comunidades.

En esa línea, los/as profesionales comentan que las pautas que sí mencionan estrategias de participación en salud establecen de forma bastante estructurada los tipos de participación, la cantidad de personas que deben asistir a cada instancia,

los/as profesionales que deben ejecutar las sesiones y los plazos establecidos; esta estructura se percibe más como una forma de supervisión de las acciones de los/as ejecutores/as, que como estrategias que tributen a su praxis; todo esto, considerando lineamientos establecidos, específicos, que preexisten a los equipos, las comunidades y los territorios.

Lo anterior, según Bang y Stolkiner (35), responde a prácticas que tienen sus orígenes en las estrategias de APS plasmadas en la declaración de Alma-Ata (1978) en que, si bien, se proponía la participación como un componente central, ésta era planificada desde la lógica de los programas, convocando a las personas a participar en forma vertical y desarticulada, respondiendo principalmente a las demandas institucionales de participación (21). En línea con esto, la lógica de los diagnósticos participativos comentada por los/as participantes, si bien rompe con un modelo únicamente vinculado a la demanda espontánea/individual, centrado en la patología (35), continúa operando bajo la lógica de la participación como medio.

Por otra parte, tal como plantea Encina (19), se evidencian inconsistencias conceptuales en los mecanismos de participación institucional. Algunas instancias, como los Presupuestos Participativos o los Consejos de la Sociedad Civil, son completamente desconocidas para la mayoría de los/as ejecutores/as y usuarios/as, además, las denominaciones de ciertas instancias varían, lo que añade confusión. Por ejemplo, las Mesas Territoriales, una de las principales estrategias de PS en la Red, también toman diversos nombres, como Cabildos Ciudadanos Territoriales, Sectoriales en Salud o Reuniones Comunitarias; el Consejo de Desarrollo Local de Salud también se conoce bajo diversos nombres, como Consejo Consultivo, Comité Local de Salud o Consejo de Usuarios. Esta falta de uniformidad en los nombres y la falta de familiaridad con ciertas instancias contribuyen a las inconsistencias observadas en los mecanismos de participación institucional.

La estrategia de Promotores/as Comunitarios/as de Salud es ampliamente reconocida y valorada por ejecutores/as y usuarios/as. Aunque también adopta otros nombres, como Monitores/as de Salud, es un rol especialmente apreciado por su capacidad para ofrecer apoyo entre pares, especialmente entre adolescentes.

Sin embargo, se observa una tensión significativa cuando la participación se convierte en una actividad remunerada. En tales casos, la tecnificación y la supervisión de estos cargos pueden reducir la efectividad de la estrategia. Esta preocupación se refleja en la crítica hacia otras herramientas que, iniciándose como estrategias comunitarias, se institucionalizan con el tiempo, ejemplos de esto son los roles de facilitadores/as comunitarios/as, gestores/as comunitarios/as y facilitadores/as interculturales, donde la formalización institucional puede desplazar el enfoque comunitario original.

Finalmente, es crucial tener en cuenta que, aunque los textos orientadores promueven un enfoque de atención basado en Salud Familiar y Comunitaria, muchas de las herramientas y prácticas recomendadas en estos documentos no están financiadas por FONASA (36). Esta falta de alineación entre las orientaciones propuestas y las prestaciones cubiertas por el sistema de financiamiento provoca que muchas estrategias queden en el ámbito declarativo y simbólico, sin una aplicación efectiva en los espacios locales.

En este sentido, un sistema eficiente de gestión y financiamiento en SM debe identificar las brechas en las acciones relacionadas con la SM, así como reconocer los avances y beneficios en términos de calidad, acceso, variedad y frecuencia de los procesos de intervención y acompañamiento. Para lograr los objetivos del PNSM, es necesario implementar mecanismos que permitan la flexibilización en la utilización y gestión de los recursos disponibles (1). Esta flexibilidad es fundamental para adaptar las estrategias a las realidades locales y garantizar que las prácticas recomendadas sean efectivamente aplicables y sostenibles.

Metas

“No estoy viéndote como en este modelo comunitario, de que tú eres Carla, y Carla vive en un lugar, y este es su barrio, esta es su comunidad, así se siente, sino que te veo como Carla y eres mi número y si tú viniste, ok, cumplí la meta, fantástico” (P4).

Los/as ejecutores/as, de manera generalizada, se refieren a un *énfasis excesivo en las metas*, lo que incluso se relaciona con la valoración (o no) de su trabajo por parte de las entidades administrativas. Esto es confirmado por el estamento de Trabajadores/as Sociales, quienes señalan: “Nosotros no estamos asociados a números y tampoco tenemos metas, entonces nuestro estamento sí es poco valorado” (V2).

El cumplimiento de metas surge como una de las formas en que la institucionalidad moldea el trabajo de los equipos, buscando normalizar las prácticas a partir de los lineamientos programáticos esbozados desde el nivel central, dicese: Modelo de Salud Familiar y Comunitario y Modelo Comunitario de SM. Las metas serían, entonces, directrices que generan distinciones entre prácticas deseables y obligatorias, estructurando y controlando éstas desde la institucionalidad.

Sobre las metas del área de SM, estas se centran en estrategias biomédicas de atención *intrabox*, traducidas en controles individuales de SM como meta por excelencia, acompañados hasta hace poco tiempo y de manera paulatina, por controles grupales de SM.

Participación en salud también es una meta, por lo tanto, se conmina a los/as profesionales a generar instancias participativas, lo que genera que la participación, como concepto y práctica, sea puesta sobre la mesa. Sin embargo, esta exigencia se da en forma generalizada, sin considerar si los/as profesionales están familiarizados/as con el concepto o con las estrategias necesarias para implementarlo. A ello, se suman los cuestionamientos que enfrentan los/as profesionales de instituciones que no cumplen con la exigencia requerida, de parte del Servicio de Salud, de los/as encargados/as del Programa de participación, incluso, de los/as colegas de la Red.

Por último, sobre cómo este Modelo cuantitativo basado en indicadores y metas afecta las prácticas de los/as ejecutores/as, existe la percepción generalizada sobre cómo esto dificulta la visión de las necesidades sentidas de las personas y distrae

la atención del trabajo con la comunidad, percibiendo una falta de la visión de las personas en el contexto del trabajo en salud.

Se evalúa que el modelo cuantitativo basado en indicadores afectaría especialmente el trabajo en el área de SM. En primer lugar, considerando que las metas del área de SM están enfocadas en la atención individual y grupal *intrabox*, reflejando notablemente una discordancia: entre la solicitud de cumplimiento de controles individuales, y la de realizar un trabajo comunitario, promocional, preventivo y participativo en APS; en segundo lugar, en tanto los/as ejecutores/as perciben que su profesión se desvirtuaría en el momento en que *vieran a sus usuarios/as como un número más* (P4), siendo la co-construcción de un vínculo persona-persona el elemento central de un proceso psicoterapéutico (37); por último, pensando que una orientación comunitaria del trabajo debería considerar los contextos de ocurrencia del malestar subjetivo.

También, llama la atención que las metas de participación no tienen directa relación con las metas de SM, y viceversa, situación especialmente preocupante en un contexto donde las metas orientan casi la totalidad del trabajo de las comunidades de práctica, al operar bajo lógicas de incentivo-castigo económico a los/as funcionarios (16), controlando su quehacer a través de la supervisión desde organismos centrales.

La conclusión es que lo que predomina, finalmente, es el conocimiento institucional proporcionado por las instituciones centrales de salud; esa gran masa de conocimientos que es el patrimonio de conocimientos/saberes profesionales y comunitarios es lo que permanece invisibilizado, descuidado, ignorado e incluso, descalificado.

2. ¿Qué nos dicen y qué entendemos?

El presente apartado, en primer lugar, da cuenta de las formas en que el conocimiento institucional llega a los/as profesionales (*qué nos dicen*), ahondando en las formas de socialización de los manuales orientadores: procesos de inducción y capacitación; en segundo, se refiere a la práctica de *traducción* del conocimiento

institucional por los/as ejecutores/as (*qué entendemos*), asociado a las significaciones atribuidas al concepto de PS, considerando el saber profesional y comunitario; para ello, el concepto de Comunidades de Práctica será central como espacios donde se procesa de forma situacional el sentido de los contenidos institucionales (26).

Apropiación del conocimiento institucional

“La capacitación entregada por [los] programa[s], los documentos conceptuales, metodológicos y procedimentales, no son suficientes para la construcción de la práctica de los profesionales: esta información necesita ser reinterpretada, ajustada, filtrada, actualizada y complementada por las Comunidades de Práctica” (26).

En los dispositivos de APS de Quellón, el rito de traspaso del conocimiento institucional a los/as ejecutores/as se da el primer día de trabajo; se atañe, en general, a las entidades administrativas de la Red, y se basa en el envío de una serie de protocolos y manuales en formato virtual: los Textos Orientadores.

Sobre el procesamiento situacional del sentido de estos contenidos (26), la *bajada* de dicha información es asumida por las coordinaciones de programas, lo que se hace independiente del nivel de conocimiento que las coordinaciones en particular puedan tener sobre los contenidos institucionales enviados; sobre participación, en específico, debido a la escasez de información percibida, muchas de las estrategias deben ser adquiridas de forma autónoma por los/as ejecutores/as como una iniciativa personal, por necesidad de informarse para desarrollar las estrategias exigidas desde la institucionalidad, así como para entender el lenguaje institucional.

Las experiencias de inducción de los/as funcionarios/as son disímiles y azarosas, respondiendo a particularidades que permiten (o no) la continuidad de información entre profesionales; debido a eso, muchas veces no existe ninguna noción respecto al trabajo que el/la profesional venía desarrollando hasta la fecha de su egreso; sumado a esto, los modelos de inducción suelen enfocarse en el trabajo

administrativo y estadístico, más que en la labor a desempeñar o el contexto de ocurrencia de dichas labores.

Las capacitaciones se encuentran estandarizadas para toda la comuna, buscando responder a necesidades institucionales impuestas; son obligatorias, reguladas desde la institucionalidad, con pautas preexistentes a los individuos o a las necesidades que cada dispositivo tenga de forma particular; podemos reflejar dicha situación en dos instancias:

La primera, todos/as los/as profesionales coinciden en haber asistido a las mismas capacitaciones, enfocadas generalmente con el cumplimiento de metas institucionales. Por ejemplo, la totalidad de funcionarios/as entrevistados/as asistieron a capacitaciones sobre el Modelo de Salud Familiar, algunos/as, más de una vez, con el objetivo de cumplir la meta del 90% del personal capacitado en esta área. Sin embargo, ninguno/a de ellos/as ha asistido a capacitaciones sobre el Modelo Comunitario.

La segunda, la inexistencia de capacitaciones asociadas a participación en salud en el CECOSF, pese a las dificultades declaradas por su coordinación para la implementación de estas estrategias y a las sanciones, ya cursadas, a través del retiro de la bonificación a sus sueldos, desde el mismo Servicio de Salud.

Existen particularidades entre los/as profesionales que influyen en la familiaridad que puedan tener con los conocimientos/saberes y prácticas desplegadas en los dispositivos, siendo la cantidad de años de experiencia en la Red una de las principales variables. En ese contexto, el capital de conocimientos acumulado por los miembros de la comunidad de práctica es fundamental para complementar las políticas y estrategias propuestas desde los organismos centrales (26), siendo el apoyo entre pares una de las principales formas en que los/as profesionales han logrado dar pertinencia y validez ecológica a las orientaciones entregadas. Sin embargo, factores como la sobrecarga laboral y el enfoque en el cumplimiento de metas que absorben tiempo y espacio del quehacer de los/as ejecutores/as (38), han llevado a una alta rotación en APS (38). Como resultado, existen pocos

profesionales que poseen un dominio acabado de estos conocimientos para transmitirlos eficazmente a sus colegas.

Un hallazgo crucial de este estudio es la invisibilidad de los conocimientos y saberes comunitarios en los procesos de inducción y capacitación institucional. Este descubrimiento revela una brecha significativa en la integración de perspectivas comunitarias valiosas, que podría estar limitando la efectividad y relevancia de las prácticas en SM. La falta de reconocimiento y utilización de estos saberes no solo afecta la práctica profesional, sino que también puede impedir que las estrategias de participación sean verdaderamente inclusivas y efectivas. Para abordar esta deficiencia, es fundamental que las futuras estrategias de capacitación y las políticas de salud consideren y valoren estos conocimientos comunitarios, promoviendo una inclusión más integrada y enriquecedora en la práctica profesional y en la atención en SM.

Definición de participación

Siguiendo la línea de lo planteado por Egaña et al., se indaga en la conceptualización de la PS como una de las brechas para las acciones de PS (3). En esta sección, examinaremos la multiplicidad de acepciones del concepto (3), considerando la complejidad que esto implica para generar prácticas comunes.

En los textos programáticos actuales, el concepto de participación se define de múltiples maneras, a menudo con varias definiciones dentro de cada documento, que tienden a ser más bien teóricas y filosóficas (3). En general, se considera la participación como una forma de respeto a los derechos humanos (1, 36), garantizando el involucramiento de la población en asuntos relevantes para la institucionalidad.

El PNSM utiliza diversas definiciones de participación provenientes de varias fuentes: la Real Academia Española (RAE), documentos gubernamentales [instructivo n° 7 sobre PS, Política Nacional de PS, Ley 20.500, Norma Técnica n° 31 del MINSAL] y otros/as autores/as (1). A lo anterior, el MAIS incluye las

definiciones de la OMS, OPS, MINSAL, entre otros/as autores/as (36). A pesar de esta variedad, la multiplicidad de definiciones no siempre aporta claridad práctica, dado que muchas de estas definiciones se mantienen en un nivel teórico, sin necesariamente facilitar una comprensión aplicada del concepto.

Por su parte, los/as ejecutores/as tienen percepciones diversas sobre el concepto.

Cuando se consulta por la participación en SM como concepto, tal como plantean Egaña et al., los/as ejecutores/as remiten a caracterizaciones más bien filosóficas y teóricas sobre la misma (3). En línea con las definiciones planteadas por los textos orientadores, encontramos conceptos ligados a la participación en tanto ejercicio democrático, al ejercicio de derechos, a la posibilidad de hacer cambios -que tienen que ver con ciertos grados de organización que plantean que la comunidad *debe* tener- y a la incidencia de las comunidades en pro de la SM, puntualizando en la necesidad de estar informado como condición para participar.

Sin embargo, cuando se indaga sobre cómo se manifiesta la participación de los usuarios en la práctica diaria, las definiciones tienden a ser más concretas y operativas. En Quellón, los/as profesionales observan un enfoque biomédico predominante en la participación en SM, donde los/as usuarios/as se perciben a sí mismos/as más como pacientes o consultantes que como participantes. Este enfoque está alineado con la literatura, que indica que los discursos de los/as ejecutores/as a menudo reflejan una visión más pragmática y vinculada al tratamiento clínico en SM, así como a las formas institucionales de participación en SM, percepción que ha prevalecido aproximadamente desde la década de los 90 (3).

En este contexto, es relevante destacar que esta situación se da en el general del país, en que se describe que un tercio de las consultas de SM en APS son atendidas por médicos generales, quienes se enfocan en los aspectos biológicos y farmacológicos del tratamiento. Por su parte, los/as psicólogos/as concentran la mayor parte del trabajo en la atención psicosocial, mientras que la participación de otros/as profesionales en las consultas de SM ha disminuido notablemente. Esta

tendencia se refleja en la reducción de la participación de trabajadores/as sociales y otros/as profesionales en las consultas de SM, que descendió del 26,8% en 2002 al 11,7% en 2010 (6).

Sumado a esto, la participación es percibida por los/as ejecutores/as como una exigencia por parte de los/as usuarios/as y comunidades, señalando que para los usuarios/as la participación no necesariamente consiste en un trabajo conjunto entre la institución y la comunidad, sino más bien se traduce en reclamos y solicitudes de recursos, lo que decanta en una instrumentalización de los procesos participativos, reduciéndolos a la entrega de beneficios materiales; como consecuencia, algunos/as funcionarios/as ven la participación como una amenaza, considerándola una *avalancha* o *tormenta* de peticiones y demandas que no podrán resolver. Sin embargo, esta percepción no es compartida por todos/as los/as funcionarios/as ni por todos los equipos de la Red.

Algunos equipos, por el contrario, perciben la participación de la comunidad como una oportunidad de mejorar sus prácticas, destacando que las comunidades adquieren poder a través de su organización. En este sentido, se han observado distintas experiencias en las que la inmersión en la comunidad, valorando sus necesidades sentidas, genera mejoras tanto materiales como inmateriales. Estas mejoras, sin embargo, requieren un largo período de inversión en educación comunitaria, mediación de opiniones diversas y abordaje de desconfianzas hacia la institución. Además, la mejora en los procesos de participación ocurre cuando las personas ven que sus necesidades sentidas se traducen en cambios concretos realizados por la institución, percibiendo que sus sugerencias son tomadas en cuenta. Así, mientras la institución cumple más con lo prometido e incorpora soluciones locales, el proceso de participación tiende a ser más exitoso, generando un mayor involucramiento comunitario.

A partir de lo anterior, ejecutores/as y usuarios/as concluyen que existen estrategias *no institucionalizables*, como las utilizadas en el *Quellonazo de la Salud* -cortes de ruta, *toma* de edificios-, que funcionarían más efectivamente que las estrategias de

participación planteadas por la institución y que resisten con dificultad los esfuerzos institucionales para someterlos al control público o a la privatización.

Todo esto, sugiere por lo menos, algunas fallas en el diseño de la participación institucional en SM que, en lugar de servir a los intereses comunitarios y de recuperación o inclusión sociocomunitaria, beneficiaría a intereses institucionales, aspecto que se relaciona estrechamente con la gobernanza de los sistemas de salud.

En último lugar, se ahonda sobre la definición de participación entregada por los/as usuarios/as.

Los/as usuarios/as sí comparten el sentido biomédico del concepto de participación en salud y SM, señalando que el involucramiento en la institución se da a partir de la patología: sea esta física o psíquica, consideran que la participación incluye la asistencia a controles de SM, la toma de horas de control a tiempo, el retiro de órdenes médicas y de medicamentos.

Pese a esto, valoran especialmente la concepción de participación en SM como una forma de autoconocimiento, de apoyo mutuo, de compartir experiencias con otros/as usuarios/as y conocer otras realidades. Pese a esto, la institución ofrece pocas alternativas en este sentido, por lo que estas formas de participación se perciben más como una necesidad que como una realidad o una oportunidad proporcionada por la institución.

Para los/as usuarios/as, una de las formas ideales de participación sería actuar como representantes de la comunidad en temas de SM, destacando sus beneficios: primero, como forma de acceso a la información y la subsecuente posibilidad de informar a sus vecinos/as sobre asuntos concernientes a la SM de la comunidad; y segundo, como forma de educar a la población para disminuir el estigma asociado al padecimiento psíquico y su patologización.

Este segundo aspecto que comentan es especialmente relevante, ya que las intervenciones basadas en el contacto social y las narrativas en primera persona

son altamente efectivas en la reducción del estigma en SM; estas intervenciones no solo facilitan la comprensión de las dificultades relacionadas con el malestar subjetivo, sino que también destacan los logros, recursos y soluciones autogestionadas en los procesos de recuperación (39). Es interesante observar que esta forma de participación, propuesta intuitivamente por los/as usuarios/as y no desde la institucionalidad, coincide con lo que la literatura científica ha identificado como una de las estrategias más efectivas para disminuir el estigma (39), demostrando que su propuesta es altamente pertinente.

Entre otras formas de comprender la participación, surge la retroalimentación a los equipos y a las instituciones. Esto resulta interesante cuando se compara con la perspectiva ejecutora, ya que estrategias como los reclamos y sugerencias en la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) son vistas de manera crítica por algunos/as profesionales, que señalan que estas no son verdaderamente participativas, sino meras exigencias del sistema. Sin embargo, dichas instancias son percibidas por los/as usuarios/as como una de las principales formas de incidir en las decisiones institucionales, destacando que, si no se cuenta con formas de retroalimentación, la institución no podría organizar adecuadamente su trabajo, ya que todos/as los/as usuarios/as coinciden en que la institucionalidad tiene el deber de conocer las necesidades reales de las personas para planificar sus acciones, reclamando un enfoque comunitario y territorial en el trabajo desde los dispositivos de salud.

Por otra parte, tal como plantea la literatura, los/as usuarios/as comprenden la participación como prácticas colectivas vividas en torno al mejoramiento de la calidad de vida comunitaria (3). En este contexto, actividades que potencian la vinculación entre vecinos/as y que no necesariamente tienen que ver con la atención a necesidades de salud y SM, se consideran como terapéuticas y beneficiosas. Para ejemplificar, dispositivos rurales (PSR) han ofrecido a los/as usuarios/as la oportunidad de compartir sus conocimientos con los/as vecinos/as en áreas como el cuidado del medio ambiente, así como en oficios relacionados con el arte y la

artesanía, entre otros, iniciativas no solo promueven la participación, sino que también incentivan la autoeficacia y el fortalecimiento de los recursos comunitarios.

Para finalizar, al consultar a los/as usuarios/as por formas en que les gustaría participar, surge con especial claridad el deseo de tener mayor incidencia en sus propios procesos de recuperación en SM: se imaginan eligiendo a los/as profesionales que les atenderán, los dispositivos en los que recibirán atención, la cantidad de sesiones al mes y la participación en instancias grupales, todo esto como un horizonte utópico, reconociendo que la institución actual no opera ni operará de esta forma. Esta situación resulta destacable a la luz de una noción de la institución de salud y sus redes como dispositivos altamente rígidos; la literatura respalda esta percepción (35) señalando que, pese al auge de la idea comunitaria de intervención en salud, las prácticas continúan organizadas según una metáfora piramidal, donde los actores sociales son ignorados y los operadores actúan como entes externos en el campo de la intervención (35). Así, las redes de servicios continúan siendo organizadas de *arriba hacia abajo*, generando en los/as actores sociales una inclusión en la red “*por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido*” (35).

Esta discrepancia resulta paradójica frente a la intención declarada de fomentar espacios de PS efectivos en la planificación y ejecución de políticas de SM, especialmente enfocados en usuarios/as, familiares y grupos vulnerables (1). La realidad observada en la práctica contrasta con el objetivo de crear una participación auténtica y significativa, evidenciando una brecha entre las aspiraciones de participación y la implementación real en los servicios de SM.

3. ¿Qué se hace y quién lo hace?

El presente apartado se divide en dos secciones principales. Para conocer *qué se hace*, nos referiremos a la Praxis de PS en la Red, así como a la Participación como praxis terapéutica. En segundo lugar, nos referiremos a los roles de los/as ejecutores y las comunidades de prácticas para identificar *quiénes* despliegan las estrategias de participación.

Praxis de PS en SM

“nosotros ya llegamos 15 años tarde siempre, nosotros ya llegamos a las personas que ya tienen diabetes, que ya tienen depresión, no llegamos a prevenir, ni a promocionar estilos de vida saludables” (P1)

En el ámbito de la SM, es esencial comprender las diferencias en las prácticas de PS entre diversos dispositivos de atención, especialmente en el contexto del PNSM en Chile. Este plan aboga por un modelo comunitario que promueve una participación activa de la comunidad en la atención, sin embargo, en la práctica, los dispositivos de salud a menudo enfrentan desafíos significativos para implementar este modelo.

A partir de la falta de control que los/as ejecutores/as tienen sobre su agenda y, por lo tanto, sobre la distribución de su tiempo para el trabajo a realizar, muchas de sus prácticas en los CESFAM son *intrabox*. Esta situación se alinea con las preocupaciones planteadas por el PNSM (1), que critica la obligación de desarrollar intervenciones principalmente curativas debido al bajo gasto público. Los/as ejecutores/as en los CESFAM refieren que esta situación limita el desarrollo de un trabajo promocional, preventivo y participativo, creando una barrera significativa para la PS en dichas instituciones.

En el caso del CECOSF, aunque los/as profesionales del área de SM también perciben prácticas *intrabox*, se ha introducido la figura del gestor/a comunitario/a para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario, que busca generar vínculos comunitarios basados en la PS. Sin embargo, se evidencian dificultades importantes en el desarrollo de estas acciones, así como en la inclusión de usuarios/as del área de SM en dichas instancias. Además, la figura del gestor/a comunitario/a podría contribuir a una fragmentación en la atención usuaria, dividiendo al usuario/a en múltiples intervenciones -un profesional aborda los síntomas, otro/a la medicación, y otro/a las acciones de participación- lo que puede mermar la integralidad de la atención.

En contraste, en la PSR, aunque también se observan prácticas *intrabox*, las instancias más valoradas por ejecutores/as y usuarios/as son los encuentros abiertos a la comunidad, basados en recursos comunitarios como artes y oficios. La PSR opera en un contexto institucional mucho más flexible, que promueve e incorpora no solo ideas, sino prácticas desde la comunidad. Este enfoque se alinea mejor con un modelo comunitario, donde los/as ejecutores/as participan activamente en las problemáticas que producen el padecimiento psíquico, proponiendo soluciones colectivas y acoplándose al proceso social ya existente, utilizando la mediación como estrategia principal (24). La flexibilidad observada en la PSR se atribuye a la menor densidad de personas en atención en comunidades más pequeñas, en comparación con dispositivos como el CESFAM o CECOSF. Esta menor densidad facilita la interlocución entre la institucionalidad y la comunidad, promoviendo formas de participación a niveles ejecutor, consultivo y decisorio.

Este contraste destaca la necesidad de revisar si la introducción de figuras como el/la gestor/a comunitario/a en los CECOSF puede realmente abordar las limitaciones actuales o si, en cambio, podría contribuir a una mayor fragmentación de la atención. Es fundamental explorar cómo estas dinámicas afectan tanto a nivel institucional como comunitario para avanzar hacia un modelo de atención que equilibre efectivamente las intervenciones curativas con una PS auténtica y significativa.

Por otra parte, sobre las prácticas de participación en la APS de Quellón, tanto ejecutores/as como usuarios/as concuerdan en el diagnóstico sobre la baja participación, lo que desesperanza a algunos equipos que sienten que *no importa lo que hagan, las personas no asistirán* (P6). Esta falta de participación se atribuye a diversos factores. Existe una notable desconexión entre la percepción profesional y la de los/as usuarios/as. Mientras que los/as profesionales consideran que los/as usuarios/as carecen de interés en su SM, los/as usuarios/as subrayan la importancia de participar y desarrollar estrategias para abordar estos problemas. Por otro lado, los/as ejecutores/as también asocian esta falta de participación a un temor de los/as

usuarios/as a los estigmas asociados a la SM, lo que contrasta con la necesidad de los/as usuarios/as de actuar como voceros/as de sus pares.

Sumado a esto, se destaca que las prácticas, más o menos participativas, son mediadas, en su gran mayoría, por encargados/as y ejecutores/as de programas; podemos tomar como ejemplo dos tipos de prácticas: controles grupales de SM y Mesas de Trabajo.

Para los primeros, la convocatoria se realiza exclusivamente desde el nivel ejecutor, cuando los/as profesionales, en general Médicos y Psicólogos/as, consideran que las personas están *aptas*, en su proceso de recuperación, para ser parte de las instancias, negando el ingreso a personas con *características individuales descritas como problemáticas o confrontacionales* lo que, según Fernández y Serra, termina por perpetuar el estigma sobre las personas con *trastornos de SM* como pasivas, infantiles y desconocedoras de su realidad, perpetuando situaciones de exclusión social, vulneración de derechos y sometimiento a la autoridad psiquiátrica/profesional (21); situación que también es interesante de analizar a la luz de la falta de invitación -y, por lo tanto, desconocimiento de la instancia- a la totalidad de los/as representantes usuarios/as que colaboraron en la presente investigación; por ello, podemos afirmar que los/as profesionales son los que manejan la entrada y salida de la institución; en SM, también a través del diagnóstico, *incluyendo y excluyendo a la vez* (22).

En cuanto a la segunda instancia descrita, llama la atención que las Mesas de Trabajo, como estrategias centrales en las prácticas de PS, tampoco funcionan a través de convocatorias abiertas a la comunidad, sino que existiría una búsqueda de personas idóneas para ser parte de la estrategia, llevada a cabo por coordinaciones y profesionales de cada sectorización, utilizando como estrategia la invitación personal a representantes y dirigentes vecinales, también llama la atención que la única invitada a la instancia descrita fue la representante usuaria que tiene el cargo de presidencia de su Junta de Vecinos; la institución no les ha dado a conocer dicha forma de participación, ni ha invitado a los/as otros/as usuarios/as entrevistados/as, excluyéndoles del acceso a la información para

participar y generando distinciones en la forma de interactuar con cada usuario/a. Además, existe la noción sobre una necesidad de *aterrizar* las necesidades sentidas de las personas que sí son convocadas, reproduciendo los principios de una relación vertical, imponiendo el conocimiento institucional sobre el saber comunitario, lo que termina biomedicalizando e institucionalizando las estrategias.

Además, es importante considerar que las instancias promocionales y preventivas estarían pensadas, exclusivamente, desde los equipos que buscan *educar* a las personas lo que, primero, estaría ligado a una visión más bien paternalista que los propios equipos tienen sobre la comunidad según algunos/as autores/as (3) y segundo, no tendría los resultados esperados, desplegando recursos institucionales que terminan en estrategias sin convocados/as. Todo esto se relaciona con los planteamientos de Bang & Stolkiner (35) que señalan las dificultades que experimentan las personas y comunidades al colaborar en procesos sentidos como ajenos, siendo necesario que las comunidades se constituyan como sujetos activos en la toma de decisiones en sus propios procesos, modificando sus entornos materiales y sociales. Lo anterior, se condice con la necesidad de una búsqueda generadora de espacios, lenguajes y formas de intervención emancipadores, donde los/as profesionales no sean meros proveedores de servicios sino facilitadores de la transformación social, lo que requiere que los organismos centrales, administrativos y ejecutores cedan espacios y parte de su poder para dar lugar a los saberes y experiencias comunitarias (21).

Sobre la situación actual descrita, Cea señala que el distanciamiento de la figura del experto/a es la que finalmente permite descentrar la comprensión del malestar subjetivo desde el modelo biomédico, bajo el control institucional y dominio de los/as *expertos/as*, para situarlo desde las metodologías participativas desde la reflexividad desde y junto a la comunidad, en miras a construir conocimiento y acciones en base al bienestar social y la vida colectiva, buscando relaciones horizontales entre profesionales y usuarios/as, donde *ambos producen y comparten saberes* (40).

Existe un nudo crítico en la atención de APS, donde lo promocional y preventivo, así como lo comunitario o participativo, no son percibidos como tareas apremiantes, tanto por los/as ejecutores/as, como por la comunidad. A esto se suma que la transformación de sus prácticas, como la reciente ejecución de controles grupales de SM, se da sólo en tanto sean planteadas desde los organismos centrales como indicadores a cumplir.

Dicha obligatoriedad, especialmente establecida a través del cumplimiento de metas e indicadores que pautean la priorización de sus acciones, se percibe como una contradicción institucional, donde las exigencias a nivel teórico, basadas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario y el Modelo de SM Comunitario, no se condicen con las exigencias planteadas a nivel práctico, donde la atención individual es la principal práctica desplegada.

Todo esto genera la sensación de que sumar acciones promocionales, preventivas y participativas haría colapsar a los equipos, enfrentándose también a la brecha financiera que implica la contratación de más profesionales en la red, esto desemboca en la sensación de una falta de recursos humanos para atender la necesidad de la APS donde incluso, la amplia lista de rechazo que deja decenas de personas sin atención en SM en la comuna, se vería aún más mermada si atendieran su necesidad sentida de *estar más afuera del box (P4)*.

Sobre las prácticas de PS se evidencia que, en general, no son vinculadas a prácticas que se relacionen con la SM e inclusión de las personas con padecimiento psíquico, sino mucho más como formas de diagnóstico de necesidades de la comunidad para generar un insumo para los equipos sobre las acciones promocionales y preventivas a realizar.

Las prácticas de PS implementadas por los organismos centrales y ejecutores/as en la APS de Salud (APS) se mantienen en un nivel predominantemente consultivo, lo que, aunque alinea con el objetivo del PNSM (1) de integrar a usuarios/as, familiares y grupos vulnerables en la definición de políticas y programas, en realidad, no cumple con esta intención. La convocatoria de las instancias

participativas a menudo excluye a personas directamente afectadas por problemas de SM, enfocándose en representantes vecinales en lugar de en los/as verdaderos/as actores/as relevantes. Este enfoque consultivo, aunque en teoría es coherente con el Modelo Comunitario que busca la articulación entre instituciones y comunidades, falla al no incorporar la búsqueda activa de recursos y soluciones locales.

En lugar de empoderar a la comunidad, la estrategia de las Mesas de Trabajo, emblemática en la Red de APS, se limita a diagnosticar necesidades sin fomentar la creación de soluciones locales, perpetuando una perspectiva paternalista y unidireccional que niega a las comunidades la posibilidad de ser protagonistas en la resolución de sus problemas. Además, la estructura jerárquica de estas prácticas, donde los equipos de salud actúan como expertos/as y mantienen una posición de poder, contribuye a una comunicación unidireccional que no estimula vínculos significativos con los/as participantes.

Esta dinámica refleja una paradoja inherente: mientras la política exige metas participativas, estas se establecen *desde arriba*, desnaturalizando los procesos participativos y limitando el impacto real en la comunidad. Por último, el plan de PS, basado en diagnósticos participativos, frecuentemente ignora las necesidades sentidas por la comunidad, como los problemas de infraestructura o seguridad, que, aunque críticos para los/as habitantes, se consideran fuera del ámbito de intervención del sector salud. Este desajuste entre la percepción institucional y las necesidades reales de la población subraya la necesidad urgente de replantear y reformular las estrategias participativas para que sean genuinamente inclusivas y efectivas.

Todo esto se condice con las preocupaciones planteadas por el MINSAL, que señala que sin un desarrollo de formas de participación que logren incluir a las personas con padecimiento psíquico, generando condiciones para el ejercicio de sus derechos, se les mantiene en un estado de marginalidad, perpetuando un sistema de salud basado en el *control*, sin generar estrategias que promuevan procesos de Recuperación basados en la inclusión y re-generación de vínculos

entre dichas personas y las comunidades (18); lo anterior impide el desarrollo de procesos que promuevan la inclusión sociocomunitaria (1) que el PNSM busca generar para las personas con padecimiento psíquico, perpetuando una mirada biomédica de la atención, basada en la estabilización conductual y sintomática (18).

Participación como Praxis Terapéutica

“Me siento distinta cuando participo, una lo siente adentro, siento que me hace bien” (U1). “Yo he pasado procesos muy malos en la vida, malos, tristes, pérdidas... Y a mí el participar, el hecho ya de hablar contigo, es una terapia para mí” (U3).

Asistimos a una preocupante realidad: las prácticas de PS desplegadas desde la institucionalidad no son prácticas que se relacionen con la inclusión de personas con diagnósticos de SM en la comunidad, con su bienestar o buen vivir, ni con la promoción de la participación como un fin en sí mismo, sino más bien, son prácticas mediadas por la institucionalidad, altamente estructuradas, reguladas y supervigiladas, que buscan la extracción de saberes que les son de utilidad para cumplir con las metas e indicadores planteados desde organismos centrales bajo una lógica similar a la del extractivismo epistémico (41), donde las prácticas participativas se realizan con el fin de subsumirlas al interior de parámetros institucionales, sacándolas del contexto en que fueron producidas para resignificarlas desde lógicas institucionales, despojándolas del capital social que generan los procesos participativos para las comunidades. Lo anterior, pese a que los documentos de política pública relativos a SM relevan la participación como una condición imprescindible de la *verdadera inclusión social* (1), considerándola como una condición en sí misma de la SM (1).

Sobre esto, es importante considerar que la PS para los/as representantes de la Red de APS de Quellón es considerada importante y terapéutica de forma generalizada:

Para el nivel usuario, la participación basada en las conversaciones cara a cara, conocerse entre vecinos/as, salir de lo común, conocer experiencias de otras personas y aprender a partir de estas, así como compartir un espacio en común con otras personas, han demostrado ser experiencias beneficiosas para sus procesos de recuperación, categorizando la participación como una ayuda a *nivel espiritual* (U1), así también, relevan la importancia de compartir espacios participativos que sean exclusivos del área de la SM, como formas de compartir procesos difíciles y apoyarse mutuamente; recalcando sí que se trata de una estrategia que no a todo el mundo le hace sentido y señalando la importancia de la voluntariedad en dichos contextos.

Esta perspectiva converge con el nivel ejecutor en la red de APS de Quellón, primero, que visualiza estas instancias desde la vinculación con redes, donde los dispositivos de salud pueden funcionar (o no) como redes de apoyo efectivas para la comunidad; también, las señalan como instancias donde los/as usuarios/as pueden compartir sus propias experiencias y como formas de enriquecimiento mutuo, visualizándolas principalmente desde instancias terapéuticas grupales.

Sobre la perspectiva del nivel ejecutor, es importante considerar que dichas prácticas terapéuticas, ejecutadas especialmente a través de los controles grupales de SM, son traducidas a un nivel institucional y pensadas aún desde el Modelo Biomédico de atención: primero, porque son construidas y puestas en valor sólo a partir de su figura de meta; segundo, porque su acceso, la conducción del espacio y las soluciones propuestas aún se encuentran mediados por los/as ejecutores/as, a partir de su calidad de expertos/as; y tercero, porque suelen aglutinar a las personas a partir de diagnósticos; todo esto implica que dichas estrategias no se constituyen a partir del diálogo que conlleva la conversación horizontal, de igual a igual, para buscar soluciones co-construidas relevando los saberes comunitarios, sino que aún son concebidos como tratamientos ambulatorios, lo que impide la construcción colectiva de espacios y estrategias que des-enfermen las identidades y des-localicen los espacios de cuidado y organización (21).

A partir de lo anterior, se postula que el concepto y la práctica de PS en salud, y especialmente en SM, carece de un componente importante: la gestión del conocimiento. La participación no debería limitarse a sus niveles instrumental, informativo, ejecutor, consultivo, deliberativo y decisorio, ya que no se concibe únicamente como la toma (o no) de decisiones sobre el funcionamiento de la institucionalidad. En cambio, participar debería implicar el reconocimiento y la valorización de los conocimientos que las personas aportan. En este sentido, la gestión del conocimiento requiere que, desde la institucionalidad y a través de sus ejecutores/as, exista una intención genuina de comprender cómo los/as usuarios/as y las comunidades abordan y buscan soluciones a sus necesidades, problemáticas y malestares, basándose en sus experiencias, conversaciones con amigos/as/es, su espiritualidad y otras formas de acceso a los saberes que los constituyen. Así, participar no se reduce a la mera asistencia a reuniones, sino que se trata de ser considerado/a como individuo con conocimientos, experiencias y prácticas propias.

Esta perspectiva se alinea con la praxis movilizadora presente en las metodologías participativas, según Cea, que promueve una participación que, en sí misma, tiene un carácter terapéutico al devolver a las personas la capacidad, los recursos y la conciencia para gestionar sus problemas subjetivos, sin la imposición de juicios expertos que puedan eclipsar sus propias narrativas y significaciones (40). En este contexto, las metodologías participativas ofrecen un posicionamiento crítico hacia la medicalización de la vida y la psiquiatrización del malestar social, procesos vinculados a la opresión psiquiátrica estatal y a la expansión del mercado farmacéutico en un entorno neoliberal (40). En ese contexto, podemos afirmar que la participación, y la inclusión de la comunidad en su propio proceso creativo y auto-generador es un requerimiento para el camino transformador que la SM comunitaria transita (42).

Rol de los/as ejecutores/as

Existen desafíos asociados a las acciones de PS en SM que interpelan el rol de los/as ejecutores/as, derivadas de una tensión entre teoría y práctica en las herramientas empleadas.

Existe la noción de que las acciones de PS tienen que ver con las voluntades de ejecutores/as y equipos; así, quienes conocen y ejecutan dichas acciones son profesionales que, por iniciativa propia, están atentos/as a las orientaciones en salud pública que relevan dichas estrategias. Por ello, existiría una responsabilidad individual a la hora de hacer cambios en los modos de trabajo, especialmente, al buscar transformar sus prácticas desde unas basadas en el Modelo Biomédico, a otras que tengan mayor relación con un Modelo Comunitario, lo que relacionan con el empoderamiento de los/as profesionales.

Para ejemplificar, las acciones *fuera del box* en SM -promocionales, preventivas o participativas- son percibidas como secundarias a las metas, por lo que se conciben más bien como voluntarias y dependientes de los tiempos -siempre acotados- de los/as profesionales. Así también, acciones como Promotores/as Comunitarios/as de Salud son desarrolladas en las comunidades educativas a propósito de trabajadores que, afortunadamente, trabajan a la vez en áreas de salud y educación. Por último, vale la pena señalar que, previo a que se consolidara la figura del gestor/a comunitario/a en los CECOSF, la vinculación con la comunidad tenía mucho que ver con voluntades de los equipos.

Lo anterior implica que existen distinciones importantes entre equipos y entre profesionales.

Sobre los primeros, se plantea que existen diferencias importantes entre dispositivos, con la dificultad que conlleva realizar cambios sin que otros/as actores, dentro de sus comunidades de práctica, tengan la iniciativa de realizarlos. En ese contexto, llama la atención que, pese a las dificultades percibidas por algunos equipos para implementar acciones de participación, no existe una colaboración interinstitucional, pensando en los equipos dentro de la Red de APS de Quellón que conocen teórica y prácticamente sobre participación, con muy buenos resultados en dicho indicador. En esa línea, vale la pena considerar que el rol de los/as encargados/as de programas suele basarse en la supervigilancia del cumplimiento de plazos y verificadores, más que el acompañamiento a los equipos en las estrategias que deben desplegar; así, dicho rol se relaciona más a una necesidad

institucional de control, que a una necesidad de los equipos en relación con el acompañamiento y guía en las áreas que suponen desafíos.

Respecto a los roles de cada ejecutor/a, se nombra a psicólogos/as y trabajadores/as sociales dentro de los/as profesionales que suelen estar relacionados con el área de SM y las acciones de PS.

En términos de formación, los/as psicólogos/as de APS consideran que no cuentan con los conocimientos y habilidades suficientes para abordar los desafíos que implica el quehacer en salud pública, indicando que la formación de pregrado en psicología ofrecida por las Universidades chilenas no respondería a dicho modelo de atención, en tanto la formación clínica inicial está orientada al ejercicio profesional privado, lo que no brinda herramientas suficientes ni adecuadas para el ámbito de la salud pública, en particular en la APS según el Modelo Comunitario de SM (43). Los/as profesionales de Quellón ahondan en esto, señalando que las falencias en la formación de psicólogos/as suelen relacionarse al énfasis desmedido en la clínica individual, con menos profundización en el rol de psicólogos/as comunitarios, y una formación inexistente, en general, sobre salud pública, psicología de la salud, APS y participación.

El rol de los/as trabajadores/as sociales en las acciones de PS es especialmente importante, en tanto son ellos quienes suelen encargarse de acciones de PS en salud. Los/as ejecutores/as de este estamento comentan que dichas responsabilidades se les asignan a propósito de su formación de pregrado, pero también a propósito de una poca valoración de su rol dentro de la APS, que suele ser asociada a la dificultad para generar registros de sus acciones y asignar cupos en sus agendas, por la mayor flexibilidad de su actuación

“En salud es poco valorada nuestra profesión porque todo se mide en números, y lo que nosotros hacemos es como más [asociado a la] gestión y más cualitativo” (V2)

Esto se da en el contexto de la exclusión del trabajo social en el libro V del código sanitario que deroga de las orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud (44), que consideraban acciones ligadas a la PS dentro de sus funciones generales y dentro de su rol en la APS; ello implica la invisibilización de su actuación en salud, situación contradictoria en el marco de un Modelo de salud pública familiar y comunitario orientada al abordaje biopsicosocial y que considera los determinantes sociales de la salud (44).

Equipo como comunidad de prácticas

“Lo que se habla siempre en las reuniones es: que tus números no llegan a la meta. ¿Qué vas a hacer para llegar a la meta? Toda gira en torno a eso (...) De hecho, el lenguaje que más se habla tiene que ver con las metas” (P4).

Se destaca la importancia de las comunidades de prácticas, dado que el éxito de las estrategias de PS está estrechamente relacionado con los equipos en los que se desarrollan. Sin embargo, dicho éxito se manifiesta, en mayor o menor medida, en comunidades de prácticas situadas en un contexto de aislamiento dentro del box en SM, lo que dificulta la vinculación del equipo. En estas comunidades, las reuniones y conversaciones de los equipos son identificadas como los espacios donde el sistema intuitivo de producción de conocimiento se desarrolla a través de la negociación continua de prácticas comunes (26).

En cuanto a las reuniones de equipo y estamentos, tanto en contenido como en forma, están marcadas por la orientación hacia las metas y la constante amenaza de desfinanciamiento en caso de no ser cumplidas. De esta manera, las metas se convierten en el lenguaje predominante en cada instancia institucional formal, dando la impresión de que no hay tiempo o espacio para compartir sobre las prácticas más allá de los análisis clínicos específicos entre profesionales. Esto limita la capacidad reflexiva de los equipos profesionales en relación con las acciones a tomar, impidiendo la construcción colaborativa del sentido de sus acciones (26).

Una situación similar ocurre en las conversaciones entre profesionales. Las conversaciones informales, o de pasillo, se presentan como una de las pocas oportunidades para que los/as profesionales compartan narraciones, relatos y experiencias laborales, las cuales, cabe señalar, tienen una notable connotación emocional y afectiva (26).

Lo anterior, ocurre pese a que estas interacciones contribuyen a generar coherencia entre sus saberes y prácticas de equipo, fortaleciendo así las competencias de sus miembros (26) y funcionando como herramientas de cuidado y protección para equipos altamente exigidos y frecuentemente percibidos como abandonados “*en la primera línea de contención del sufrimiento psicosocial de los sectores más pobres de la sociedad chilena*” (24).

“Tremenda catarsis que estamos haciendo (risas). Aunque igual lo necesitábamos” (V2).

4. De lo tácito a lo explícito

Ahondaremos en formas institucionales de transformar el conocimiento tácito en conocimiento explícito (*externalización institucional*) y en las prácticas de puesta en común del conocimiento profesional y comunitario (*sistematización de saberes*) como formas de plasmar el patrimonio de saberes y prácticas que los actores de la red de APS de Quellón van adquiriendo con el tiempo y en el ejercicio de sus roles.

Formas de externalización institucional

“Más vale registrarlo y hacerlo mal, que hacerlo muy bien y no registrarlo. Siempre es más importante el registro que la acción, y eso es grave” (P1)

Entre las principales formas de externalización institucional reconocidas por los/as ejecutores/as encontramos reportes, registros, actas y planes de creación local.

Los reportes se basan en el cumplimiento de metas sanitarias, prestaciones trazadoras, IAAPS, además del seguimiento del cumplimiento de convenios a través

de los cuales se financia la APS, por lo que su funcionalidad se asocia a la necesidad institucional de verificación del cumplimiento por parte de organismos centrales, como el Servicio de Salud, ejemplificando la orientación cuantitativa del seguimiento del trabajo de los/as ejecutores/as.

Es importante puntualizar sobre el registro, en tanto se describe como el *peor enemigo* (V2) de los/as ejecutores/as, por distintas causas. Se percibe que el registro, como acto administrativo, supone más tiempo y trabajo que la misma vinculación con las personas y comunidades, percibiéndose de forma generalizada que el trabajo se basa *“más que [en el] contacto con la gente, es [en el] registro”* (V2), lo anterior, debido a que las prácticas que se registran deben tener un nivel de detalle importante *“si el usuario alegó, se molestó, te dijo algo, no te lo dijo, todo”* (V1), y las que no se registran, no existen para fines institucionales *“lo que no se escribe, no se hizo”* (V1). Sumado a esto, la importancia que adquiere el registro funda la sensación generalizada de una deshumanización del trabajo en APS, basado *“netamente en números y metas”* (V2) situación compleja, especialmente en el área de SM. Todo esto indica que el registro, debido a las exigencias institucionales -y su consecutivo *aprecio* por dichos registros, por sobre los saberes y prácticas profesionales y comunitarios-, obedece más bien a una exigencia institucional que a una praxis reflexiva, por lo que termina siendo más importante que las acciones.

La utilidad de las actas se vincula estrechamente con su función como medios de verificación requeridos por diversos actores institucionales, como la dirección, coordinaciones y encargados/as de estamentos. En este sentido, su contenido para reuniones de equipos y estamentos suele traducirse en compromisos para alcanzar metas y mejorar los indicadores asociados a estas, mediante la implementación de planes de mejora. Por su parte, las actas utilizadas en las reuniones comunitarias ponen un especial énfasis en la lista de asistencia.

Sin embargo, este enfoque limitado en las actas revela una crítica significativa: al centrarse exclusivamente en compromisos de mejora, listas de asistencia y resúmenes de acuerdos y su seguimiento, se omite un registro crucial de los

saberes y prácticas de los equipos. Esta reducción de la función de las actas a aspectos operativos y administrativos impide una documentación rica y profunda de las experiencias y conocimientos compartidos durante las reuniones. Los equipos de trabajo y las comunidades no solo generan acuerdos y compromisos, sino que también intercambian saberes valiosos y prácticas efectivas que podrían ser fundamentales para el desarrollo continuo y la mejora de los procesos. Al no capturar esta información significativa, las actas pierden la oportunidad de servir como herramientas integrales para el aprendizaje de las comunidades de prácticas, la consolidación de su identidad y el fortalecimiento de las competencias del equipo.

A lo anterior se suma que el considerable tiempo dedicado a la elaboración de actas y registros como prácticas administrativas obligatorias limita el desarrollo efectivo del trabajo de los/as trabajadores/as de la APS. Esta situación se debe a la multiplicidad de tareas que abarcan diversas áreas, en las que la SM y la participación representan solo una pequeña fracción de las exigencias globales.

En este contexto, los distintos roles y sus prácticas, reglamentadas, exigidas y sometidas a supervisión estricta, tienden a traducirse en indicadores cuantitativos. Como resultado, algunos equipos se ven impulsados a adoptar prácticas engañosas para completar los registros requeridos y demostrar su cumplimiento con los estándares establecidos, especialmente dado que los organismos centrales carecen de mecanismos efectivos para verificar la autenticidad de la información consignada en estos registros.

A partir de esto podemos señalar que, pese a que las actas son una forma de recoger y, por lo tanto, explicitar un conocimiento, estas serían el modo más básico de sistematización, funcionando como simples registros, sin análisis reflexivo y sin recoger las prácticas reales, vivas. Así, terminan funcionando como meros rituales, siendo utilizadas como recordatorios, indicadores y/o verificadores, lo que aporta muy poco a la construcción del patrimonio de conocimientos del equipo, ni incentiva la creatividad de los/as profesionales o del equipo.

Formas de sistematización de saberes

Ahondaremos en la sistematización como estrategia posible para la puesta en común de saberes y prácticas profesionales y comunitarias.

Respecto a la sistematización del conocimiento profesional, es importante considerar que las conversaciones informales de los equipos de la APS, cuyo contenido no sólo considera estrategias de intervención usuaria, sino también mejoras en su comunicación y vinculación, no suele ser consignada de forma explícita, sino que continúa formando parte del conocimiento tácito de las comunidades de práctica de la APS.

La sistematización de los saberes que los/as profesionales van adquiriendo con el tiempo tiene distintas virtudes; los/as profesionales la rescatan como una posible estrategia para enriquecer el patrimonio de conocimientos del equipo, a través de la puesta en común de distintos saberes adquiridos a propósito de su tiempo ejerciendo sus funciones en la red: datos útiles, prácticas cotidianas, tareas administrativas -asociadas especialmente a manuales orientadores, actividades y reuniones- e información útil para responder a las exigencias impuestas desde niveles centrales; también, como forma de respaldo de las prácticas realizadas, en miras a compartir sobre el trabajo que se realiza, tanto con la comunidad, como con otros/as profesionales de sus centros.

La estrategia se concibe como una herramienta de intercambio entre profesionales utilizando la conversación y reflexión como estrategias para la mejora de su quehacer, buscando que las buenas prácticas *se repliquen y así sucesivamente* (P3). En este sentido, destacan su utilidad para compartir conocimientos sobre el territorio, la comunidad y sus formas particulares de participación, lo que se torna especialmente relevante en miras a mejorar la percepción que algunos/as ejecutores/as de la red tendrían sobre la participación como amenaza que colapsaría a los equipos; a partir de esto, los/as ejecutores/as señalan que, de tener instancias para mostrar a sus colegas la riqueza que los procesos de participación han tenido en sus propios equipos, se lograría desmitificar la carga negativa asociada a dichos procesos.

La estrategia, además, es especialmente concebida como un instrumento de formación, ya que los/as ejecutores/as perciben que cuando una persona se va de la institución se va [con] la información (V1), situación que pone en un predicamento a ejecutores/as que llegan a reemplazar sus funciones sin conocimiento sobre las prácticas que funcionan en centros y territorios particulares; por ello, se destaca la utilidad que tendría para generar recomendaciones situadas institucional y localmente a profesionales que ingresan a la red.

Por último, se destaca su utilidad como forma de consolidar la identidad de los equipos, pensando en ellos como comunidades de práctica, a través de la puesta en valor del conocimiento local, común y situado que (re)producen, en miras a fortalecer la percepción de trascendencia de sus saberes y romper con la noción de dispensabilidad que suele generar la institucionalidad hacia sus trabajadores/as.

Pese a las virtudes descritas, y a que ya han existido experiencias exitosas en la red, sistematizando diagnósticos participativos, visitas domiciliarias, diagnósticos territoriales, entre otras herramientas, se perciben varias brechas asociadas a las prácticas de sistematización.

La principal brecha descrita por los/as ejecutores/as se relaciona a su incompatibilidad con la alta carga laboral, que les impide generar estrategias que excedan las exigidas por la institucionalidad; impidiendo la sistematización de saberes, prácticas y experiencias, por lo tanto, la reflexión sobre las mismas no es promovida desde la política pública: *no existe si no es una meta*. A partir de lo anterior, podemos decir que las reglas institucionales que organizan el trabajo no dan espacios a la praxis reflexiva, lo que obstaculiza la gestión del conocimiento y no se aprende de sus propias prácticas.

Existe una percepción generalizada sobre la importancia del rol de usuarios/as en formas de sistematización de los saberes y prácticas de la comunidad, en tanto la estrategia permite recuperar y validar sus perspectivas, puntos de vista y sus conocimientos.

Los/as usuarios/as perciben dos posibles vías de utilidad para la estrategia: primero, la sistematización como una forma de informar a la institución sobre las necesidades comunitarias sentidas, en búsqueda de respuesta a sus solicitudes y, a partir de esto, tomar decisiones desde los dispositivos de salud pública, como vía para saber a qué comunidad dirigirse (U1); dicha aproximación, si bien surge intuitivamente por parte de los/as entrevistados/as, se relaciona en gran medida con estrategias que la institucionalidad ya realiza, especialmente asociadas al diagnóstico participativo, también con una aproximación basada en la participación como forma de diagnóstico de problemas y guía de las acciones institucionales, más que de reconocimiento de recursos y activos comunitarios.

En ese contexto, se releva el Plan Comunal de Salud, en tanto busca recoger apreciaciones y perspectivas de los/as usuarios/as, lo que decanta en temas que la comunidad percibe como necesidades sentidas; así, su funcionalidad como herramientas de sistematización de necesidades funciona incipientemente como forma de gestión del conocimiento comunitario, sin embargo, se sigue pensando en un encuadre negativo de *necesidades*, más que en las capacidades y activos comunitarios.

Como segunda vía de utilidad, los/as usuarios/as destacan la estrategia de sistematización de las experiencias como vía para el apoyo mutuo, en tanto consideran que compartir y plasmar sus experiencias, tanto como usuarios/as del área de SM, así como dirigentes/as vecinales, constituiría un acto terapéutico personal y de apoyo a otros/as, relevando saberes comunitarios fundamentales para los procesos de recuperación de las personas y para la consolidación de la identidad comunitaria. Lo anterior, posiciona la sistematización de estos saberes como “una alternativa en la construcción de conocimiento desde y junto a la comunidad (...) para que la comunidad que sufre un dolor social particular pueda expresar por sí misma sus propias necesidades, acciones y demandas” (40).

Por su parte, los/as ejecutores/as rescatan la importancia del rol que los/as usuarios y las comunidades podrían tener, señalando lo enriquecedor de relevar sus perspectivas; en general, existe entusiasmo en saber la opinión de las personas

sobre las prácticas desplegadas, sus experiencias en relación a estas, qué falta en la atención directa y qué se puede mejorar; así también, destacan su rol en la visibilización de procesos exitosos de PS, enfatizando la necesidad de que todos los actores estén involucrados en dicha tarea; y por último, surgen creativamente estrategias desde el nivel ejecutor, que destacan la importancia que tendrían líderes y lideresas comunitarias en la inducción de nuevos/as profesionales, facilitando su inmersión en la comunidad y el territorio en miras a poner en circulación el conocimiento y los aprendizajes en existencia.

Pese a las perspectivas rescatadas, sólo una persona del nivel usuario entrevistada en la presente investigación reconoce haber sido invitada a formar parte de formas de sistematización del conocimiento como las señaladas previamente, lo que se relaciona fuertemente con su calidad de dirigente vecinal; ningún/a otro/a de los/as representantes del nivel usuario reconoce haber participado en formas de externalización institucional como las señaladas; además, ninguno/a reconoce haber sido invitado/a a comentar sobre su experiencia en el centro de salud, o como usuario/a del área de SM; sí, en la comunidad, se dan conversaciones reflexivas sobre el servicio y sobre sus experiencias con el sistema y como usuarios/as de SM, en tanto reconocen compartir de forma recurrente y sostenida en el tiempo sobre sus experiencias de manera informal, con sus círculos cercanos, señalando que dicha situación ha sido crucial para derribar estigmas y generar en ellos una sensación de bienestar.

Por todo esto, se releva la gestión de dichos conocimientos como formas de participación terapéuticas, en tanto permiten recuperar y validar las perspectivas, puntos de vista y experiencias como usuarios de SM y como miembros de la comunidad, lo que representa una estrategia para mitigar la tendencia institucional de convertir experiencias vitales cotidianas de dolor y malestar en diagnósticos y enfermedades que necesariamente requieran la explicación o intervención biomédica de las mismas (40), lo que, a la vez, busca descomprimir la APS de salud, recuperando su orientación comunitaria, promocional, preventiva y participativa.

En síntesis, la PS es fundamental para la articulación de acciones de planificación en base a la gestión del conocimiento, entendiendo que ésta se relaciona estrechamente con la toma de decisiones de las personas y comunidades: respecto de los dispositivos en que se atienden, de las redes que puedan o no generar dentro de sus comunidades y respecto de sus propias vidas.

Conclusiones

“El saber y las prácticas comunitarias en torno al cuidado de la SM de sus miembros constituye uno de los comunes intangibles, relacionales y locales que deben constituir la base de toda política pública” (5)

El siguiente apartado recoge los principales aportes de la presente investigación, así como sus implicancias para proyectar nuevos estudios en el marco de la salud pública, en general, y de la SM comunitaria, en particular.

En primer lugar, la presente investigación aporta a la discusión de política pública sobre participación y SM, buscando aproximarse a posibles explicaciones sobre las brechas detectadas en estas acciones en el contexto de la salud pública; para ello, el MGC, a través de la *puesta en valor* de los saberes, perspectivas y puntos de vista de equipos, ejecutores/as, usuarios/as y comunidades, nos permitió esclarecer en qué dimensiones de la política pública y su puesta en práctica se encuentran las brechas mencionadas.

A partir de lo anterior, se detecta un nudo crítico en la APS chilena, a saber:

Las orientaciones técnicas son percibidas como modelos teóricos vacíos de experiencia, entregados a equipos donde esta última es fundamental; en específico, existiría una retórica acerca de la PS, como una retórica de uso político: ética, estética, con mucha fuerza política, pero finalmente retórica, traducida en discurso; así, cada vez surgen nuevas orientaciones y sus recomendaciones, relevando nuevamente la importancia de la participación en salud y SM, suelen tener la misma dificultad, estancándose en la propuesta teórico-política.

A esto, se suma una contradicción importante en la APS, entre expectativas disímiles de parte de los organismos centrales: por un lado, las orientaciones teórico-técnicas de los textos que buscan generar procesos comunitarios - promocionales, preventivos, participativos-, tanto para la APS, como para el área de SM, y por otro, la exigencia asociada al cumplimiento de metas, que terminan guiando buena parte del quehacer en el nivel ejecutor, donde encontramos que las

metas de SM no necesariamente se relacionan con las de participación, y viceversa; sobre esto último, es importante detenernos.

Las metas asociadas a SM funcionan bajo un enfoque biomédico, privilegiando la atención *intrabox* al basarse especialmente en controles individuales y controles grupales de SM, donde la recuperación se basa en el abordaje de síntomas y su corrección, lo que no considera un enfoque de inclusión sociocomunitaria que necesariamente debe promover la participación de las personas, tanto dentro de los procesos de la institución, como en sus redes comunitarias, lo que genera la sensación de una postergación del trabajo comunitario y de la ejecución de la *real* labor de la APS en SM.

Por su parte, las metas de participación, reflejadas muy especialmente en los diagnósticos participativos en salud, no necesariamente requieren de la participación de personas usuarias del área de SM, pese a su calidad de orientación técnica y a que los resultados del Plan Comunal de Salud señalen los problemas de SM como uno de los tres problemas priorizados en la comuna. A esto, se suma que en ambos casos la participación se ve mediada por el nivel ejecutor y coordinador.

Esta investigación concluye que las acciones de PS y SM no comulgan en la puesta en práctica del trabajo en la APS, pese a vincularse estrechamente al pensar en los procesos de recuperación de las personas bajo un enfoque comunitario, viéndose fragmentadas en los procesos de atención. Así, nos encontramos con brechas en la significación de conceptos centrales para la política pública en SM: participación usuaria en el contexto de un enfoque comunitario de recuperación en SM.

Por su parte, también se evidencian brechas en la *bajada* de las orientaciones, desde los organismos centrales hacia el nivel ejecutor, pensando en orientaciones bajo un Modelo Comunitario con enfoque de determinantes sociales, en un contexto neoliberal, productivista, donde lo que importa son los productos cuantitativos: resultados, y no procesos; lo anterior, también produce la falta de tiempo para discutir sobre las prácticas. Por su parte, la *bajada* del Modelo desde el nivel ejecutor hacia la comunidad supone un desafío para los equipos, dificultando

transmitir a la comunidad el sentido de un Modelo altamente *tecnificado* en sus conceptos y procesos, tanto en el funcionamiento de los Nodos de la Red General de Atención en salud, así también como de la APS de salud o de la Red de SM; por último, la expectativa usuaria sobre la propia atención agregaría un hilo al nudo descrito, donde al parecer la necesidad sentida no se relaciona con intervenciones comunitarias, promocionales, preventivas o participativas en SM, sino que se demandaría mucho más la atención psicoterapéutica individual y el abordaje farmacológico del malestar subjetivo, noción que comparten los/as ejecutores al señalar que las personas no participan de las instituciones de salud por propósitos que no sean la cura de enfermedades, lo que termina perpetuando el estigma que considera a las personas usuarias de SM como enfermas, colisionando con la noción de recuperación en SM asociada a la inclusión de las personas.

Todo esto, interpela al rol de los/as ejecutores/as como responsables de la puesta en práctica de todas las acciones señaladas, en un contexto de alta demanda; destaca especialmente la necesidad de definir ciertos roles dentro de la APS: surge la necesidad de repensar la exclusión del estamento de Trabajadores/as Sociales del Código Sanitario, pensando en su importancia para promover estrategias comunitarias y participativas, basadas en los determinantes sociales de la salud; así también definir el rol comunitario de profesionales psicólogos/as dentro de la red de APS, no sólo en la forma en que se insertan en actividades promocionales, preventivas y participativas ya establecidas por la institucionalidad, sino mucho más en la forma en que promueven la participación e inclusión sociocomunitaria en el acompañamiento a procesos de recuperación, sobre todo en miras a la alta prevalencia de diagnósticos de SM y a largas *listas de rechazo* que la intervención individual provoca al no dar abasto.

En este contexto, la gestión del conocimiento surge como estrategia en dos sentidos:

Primero, uno de los hallazgos y sugerencias de la presente investigación es completar los esquemas de participación con la gestión del conocimiento, concibiendo la participación como terapéutica; lo anterior, implica considerar la

herramienta fundamental de los/as ejecutores del área de SM: la negociación de significaciones, lo anterior, a través del acople de las orientaciones profesionales con las significaciones que tienen los/as usuarios/as, poniendo en valor el conocimiento usuario relacionado a su comunidad, buscando superar la concentración de los esfuerzos terapéuticos por indagar sobre síntomas y las formas de extinguirlos, así como la conversación basada en la transmisión asimétrica de órdenes/prescripciones, para relevar los valiosos saberes que las personas tienen en la construcción común del conocimiento, relevando la importancia del apoyo mutuo entre usuarios/as a partir de sus experiencias con el malestar subjetivo y la recuperación.

Segundo, la gestión del conocimiento nutre a las comunidades de práctica al entregar *tiempo y espacio* para reflexionar sobre las propias prácticas, enriqueciendo el patrimonio de conocimientos de los equipos, lo que aporta muy especialmente al desarrollo de estrategias que son percibidas como dificultosas para su implementación, tal como ocurre con las estrategias de participación en algunos dispositivos de la red de APS de la comuna, valorando las buenas prácticas de otros equipos a través del intercambio entre comunidades de prácticas; en el mismo sentido, se rescata su utilidad como instrumento de formación para nuevos/as ejecutores/as de la red; todo esto, promueve equipos sanos a través de la consolidación de la identidad de las comunidades de práctica, superando la noción de dispensabilidad de los miembros a través de la puesta en valor los conocimientos locales, comunes y situados que han adquirido con el tiempo y el ejercicio de sus roles.

A partir de lo anterior, se concluye que considerar la PS de las personas y comunidades, en función de sus valores y modelos de sociedad, permite abrir canales entre las estructuras institucionales y las estructuras comunitarias, aportando a los procesos de mejora continua de la atención en SM. De esta forma, se busca la autonomía y agencia de las personas a través del fomento de la participación para la toma de decisiones colectiva, lo que requiere de la apertura de espacios para la PS que estimulen el apoyo mutuo en SM. Lo anterior, busca

potenciar las redes sociales en el sistema de vínculos en que participa el/la usuario/a, considerando la interrelación entre nodos (personas/ grupos/ organizaciones/ servicios/ instituciones/ comunidades) orientados hacia intercambios recíprocos y colaborativos (45).

Por último, es en la articulación de los conocimientos y prácticas institucionales, profesionales y comunitarias, y en sus respectivas formas de producción, donde radica la fortaleza del enfoque comunitario (5), por lo que desde las lógicas de planificación situacional como la gestión del conocimiento, se abre un repertorio de herramientas contextuales, locales, comunes y situadas para los/as usuarios/as, las comunidades, los/as ejecutores/as y los/as tomadores de decisiones, a través de la puesta en práctica de la PS como un fin para la gestión basada en el modelo comunitario de SM. Todo ello aporta en el fortalecimiento de las capacidades y eficacia de los equipos de ejecución, aumentando la calidad de las prácticas de cuidado, contención e inclusión sociocomunitaria entre las personas, los equipos y las comunidades.

Las limitaciones del estudio se relacionan principalmente con la población y muestra seleccionadas, en tanto la orientación de la investigación apunta a conocer las acciones de PS en SM considerando especialmente la perspectiva de ejecutores/as de SM, en detrimento a la perspectiva de los/as usuarios/as, organizaciones de usuarios/as, sus familias y redes de apoyo, los equipos técnicos y directivos y actores/redes comunitarias relevantes. A la vez, puesto que la presente investigación aborda la perspectiva de ejecutores/as de la comuna de Quellón, en la isla de Chiloé -una zona considerada en desigualdad territorial respecto del resto del país-, no es capaz de dar cuenta de la realidad de todos los dispositivos públicos de APS del país, siendo necesario considerar las distinciones que pueden existir en distintos territorios.

Como posibles proyecciones de la presente investigación, surge una primera línea de investigación asociada a la potencialidad del MGC como forma de aproximarse a diversas realidades, investigando distintos actores, equipos y/o estrategias, en función de dilucidar las formas en que la política pública, planteada a nivel central,

es socializada, comprendida y ejecutada por los/as responsables de su puesta en práctica. Además, surge una línea investigativa asociada a las contradicciones entre las orientaciones técnicas y las metas sanitarias promovidas por los organismos centrales y cómo esto impacta en el quehacer profesional, así como validar la hipótesis planteada en el PNSM de SM sobre una discordancia de modelos de gestión. Por último, sería especialmente importante ahondar en las formas en que la participación puede ser desplegada como una herramienta en los procesos de recuperación de las personas usuarias de SM, con especial énfasis en la inclusión sociocomunitaria.

Referencias

1	Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud 2017.
2	Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázabal M. Capacidad de respuesta de la Atención Primaria en Salud Mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. Rev Panam de Salud Pública. 2018.
3	Egaña D, Iglesias L, Cerda R, Molina P, Gálvez P. Participación Social en la Atención Primaria en Salud en salud: tensiones y contradicciones. Rev Aten Prim.:52(10):690–6; 2020.
4	Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de Salud Mental en Chile. Rev Panam Salud Publica: 42-131; 2018.
5	Martínez V. La Gobernanza SocioComunitaria. La construcción de poder comunitario en la política pública en Salud Mental. Rev Cas.:0(36):63- 75; 2021.
6	Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud Mental en Atención Primaria en Salud en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. Cad Saúde Colet., 2012;20 (4): 440-7.
7	Canales M, Martínez V, Valdivieso P. Gestión del conocimiento desde el enfoque comunitario. Cuaderno de Trabajo n° 2: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago: Universidad de Chile: 1-29; 2018.
8	Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). Caracterización de la Provincia de Chiloé como Zona Extrema, Zona Aislada o Territorio Especial [informe BCN]. Elaborado por Verónica Barrios, Asesoría Técnica Parlamentaria. Valparaíso; 2014.
9	Martínez V. Salud Mental y Gestión de la Crisis. Guía pedagógica: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2020 [inérito].
10	Encina, E. Salud Mental y Participación Comunitaria [Tesis de Magíster]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.
11	Subsecretaría de redes asistenciales: División de APS. Salud Mental en la Atención Primaria en Salud: Orientaciones dirigidas a los equipos de salud. [Biblioteca MINSAL]. Chile: Ministerio de Salud; 2018.
12	Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre APS de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR. Ginebra: OMS; 1978.
13	Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990. Washington D. C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
14	Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1986.

15	Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008.
16	Macaya-Aguirre, G. (2021). Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud como dispositivo de biopoder. <i>Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas</i> , 21(40), 11- 22
17	Ministerio de Salud. Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud; 2021.
18	Ministerio de Salud. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud; 2018.
19	Encina E. Herramientas para la participación en Salud Mental [apuntes]. Herramientas e intervenciones en SM y Psiquiatría Comunitaria, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública; 2021 [inédito].
20	Olivares O. Influencia de la participación y la identidad con el lugar en la actitud hacia el enfoque de salud comunitario e intercultural en funcionarios de APS [Tesis de Magíster]. Santiago: Universidad de Chile; 2015.
21	Fernández A, Serra L, Grup de Dones de Radio Nikosia. Vida comunitaria para todas: Salud Mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. <i>Gac Sanit</i> 34(1): 34-8; 2020.
22	Encina E. Participación colectiva como Salud Mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en Salud Mental en Chile. <i>Rev Mad</i> ;0(30):131–47; 2014.
23	Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud; 2022.
24	Martínez V. El enfoque comunitario. Santiago, Chile: LOM; 2006.
25	Canales M, Martínez V, Valdivieso P. Programas de proximidad comunitaria. Cuaderno de Trabajo n° 1: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago: Universidad de Chile: 50-68; 2018.
26	Martínez V. Comunidades de práctica. Guía pedagógica: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2024 [inédito].
27	Martínez V. Saberes y conocimientos. Guía pedagógica: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2019 [inédito].
28	Sánchez M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. <i>Lib Rev Peru Psicol.</i> ; 14(14):81–90; 2008.
29	Hernández R. Metodología de la investigación, Sexta Edición. McGraw-Hill Companies; 2014.
30	Canales M. Metodologías de investigación social: introducción a los oficios. Santiago: LOM; 2006.
31	Servicio de Salud Chiloé. Red Asistencial. Ministerio de Salud, Chile: 2023. URL: https://sschi.redsalud.gob.cl/red-asistencial-2/

32	DESAM Quellón. Plan de Salud 2023-2024. [Plataforma Transparencia]. Chile: DESAM Quellón; 2023
33	Blasco T, Otero L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. Nure Inv; 0(33):1-5; 2008.
34	Tejero, J. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Ed. Universidad de Castilla, La Mancha; 2021.
35	Bang C, Stolkner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/Salud Mental desde la perspectiva de redes. Cienc Docencia Tecnol. 2013.
36	Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido a equipos de salud. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud; 2013.
37	Szmulewicz, T. La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 51 (1): 61-69; 2013.
38	Troncoso, J. Resignificando el rol del médico en Atención Primaria. Cuad. Méd. Soc (Chile); 58 (3): 159-162. 2018.
39	Geffner, N., Zalazar, V., Mascayano, F., Agrest, M. Revisión de programas anti-estigma y a favor de la recuperación. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.; 63(3): 189-202. 2017.
40	Cea, JC. Metodologías participativas en Salud Mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. Teoría y Crítica de la Psicología 5, 779-97. 2015.
41	Grosfoguel, R. Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y ontológico. Revista internacional de Comunicación y desarrollo, 4, 33-45. 2015.
42	El Troudi, H., Harnecker, M., Bonilla, L. Herramientas para la participación. 2005.
43	Scharager J, Molina M. El trabajo de los psicólogos en los centros de Atención Primaria del sistema público de salud en Chile. Rev Panam Salud Pública.: 22(3): 149-59; 2007.
44	Ministerio de Salud. Aprueba orientaciones y normas técnicas del trabajo social en salud. [Repositorio bibliográfico y patrimonial]. Chile: Ministerio de Salud; 2018.
45	Martínez V. Redes sociales. Guía pedagógica: Magíster Psicología Comunitaria. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2020 [inédito].

Anexos

Anexo 1: Pautas conversacionales para entrevistas semiestructuradas

Anexo 1.1. Pauta conversacional para entrevista semiestructurada a ejecutores/as

Pauta conversacional para entrevista semiestructurada a ejecutores/as

Buenos días, mi nombre es Carla Garcés, soy estudiante del Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Universidad de Chile y soy la investigadora del estudio **"Participación social y gestión del conocimiento profesional: la experiencia de los/as ejecutores/as de APS de Quellón"** al que usted fue invitado/a a participar.

Para empezar, queremos reforzar la idea de que la participación en la presente investigación es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma en cualquier momento; además, la información que comparta es de carácter estrictamente confidencial, por lo que nos aseguraremos de que no existan perjuicios ni costos para usted por participar.

Primero, recabaremos datos de identificación (Nombre, edad, género, territorio de origen, territorio actual, nivel educacional, ocupación, cargo que ejerce, unidad en la que ejerce, dispositivo en el que ejerce).

Es importante considerar que la investigación busca conocer su opinión sobre la estructura y funcionamiento del sistema de salud; por ello, acudimos a usted como un/a informante experto/a, entendiendo que observa y participa en primera persona del dispositivo de salud en su calidad de ejecutor/a.

No hay respuestas buenas o malas, ni pretendemos examinar su quehacer, sino más bien conocer su opinión, saber y hacer en el contexto del funcionamiento del sistema de salud general; piense que su voz representa a los/as funcionarios/as del servicio de salud mental. Dicho esto, le invito a que hablemos y compartamos sobre lo que usted conoce sobre participación social en salud.

- En primer lugar ¿qué entiende usted por participación? (Noción – Concepto)
- ¿Cómo entiende usted la participación? (Puntualizar si es necesario: ¿y sobre participación en salud mental?)
- ¿Sabe usted cómo los usuarios/as entienden la participación en salud mental? Explíqueme cómo funciona el tema de la participación acá en salud mental en la práctica. (Puntualizar si es necesario: Piense en los/as actores que participan acá en salud mental y cuénteme cómo participan: los/as ejecutores/as, los/as usuarios/as, los/as directivos/as, la SEREMI, etc.). ¿Sabe si los/as usuarios/as conocen sobre formas de participación en salud mental?
- ¿De qué manera ustedes han podido tomar conocimiento sobre participación en salud mental? ¿Existen documentos, textos o autores que usted tome como referencia para el concepto y las prácticas de participación que me señala?
- ¿Cómo los conoció?
- ¿Ustedes tienen planes de capacitación?
- ¿De qué tratan en general sus capacitaciones?
- ¿ha surgido el tema de la participación en ese contexto?
- ¿Sabe si se hacen o han hecho capacitaciones sobre participación en salud mental?
- ¿Sabe usted si las personas (trabajadores/as, usuarios/as, directivos/as, otros) conocen o han oído hablar de: ¿Consejos de Desarrollo Local, Presupuestos Participativos, Promotores Comunitarios de Salud, Consejos Consultivos, Consejos de la Sociedad Civil, Audiencias Públicas o los Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales en salud?



- ¿Cuáles son las principales tareas que se proponen como equipo?
 - ¿La participación es o ha formado parte de las tareas que se proponen?
 - ¿El tema de la participación de los usuarios es un tema que ustedes conversen como equipo? ¿Se habla de eso?
 - ¿Hay una preocupación por que la gente participe?
 - ¿Es un tema que preocupe al equipo o eso lo ve cada ejecutor/profesional?
 - ¿La participación es un tema en las reuniones de equipo?
 - ¿Hay reportes, actas, informes sobre sus reuniones de equipo?
 - ¿Hay una puesta en común de lo que hacen como equipo?
 - ¿Para ustedes la participación podría constituir una estrategia terapéutica?
-
- ¿Qué entiende usted por "modelo comunitario"?
 - ¿Ustedes pueden trabajar/trabajan según el modelo comunitario?
 - ¿Les han dicho algo sobre el modelo comunitario?
 - ¿Han tenido inducciones/capacitaciones sobre el modelo comunitario?
 - ¿Cree que la participación tiene que ver con el modelo comunitario?
 - ¿Considera usted que el modelo comunitario de salud mental corresponde a lo que ustedes pueden hacer y hacen?
 - (Sobre la sistematización) ¿Tuvo usted alguna noción respecto a la forma de trabajo que se desarrolló previo a que usted ocupara su cargo?
 - ¿Tiene nociones sobre las acciones de participación social que se desarrollan o desarrollaron en el CESFAM/CECOSF/PSR?
 - Bajo su criterio ¿es importante que exista un registro/sistematización del conocimiento y prácticas que usted ha adquirido en el desarrollo de su labor?
 - ¿Considera que los/as usuarios/as podrían tener un rol importante en la sistematización de las prácticas de los/as ejecutores/as?
 - ¿Por qué?
 - ¿Podrían existir mejoras en el desarrollo de su trabajo si existiera una sistematización del conocimiento que usted ha adquirido durante su quehacer en el CESFAM/CECOSF/PSR?, entre otros*).

Por último, me gustaría conocer su opinión respecto a la siguiente hipótesis: Se plantea una discordancia entre modelos de gestión, por un lado, el modelo comunitario, y por otro, un modelo de gestión basado en indicadores asociados a la cantidad de personas atendidas y/o prestaciones entregadas (¿considera usted que las acciones que realiza actualmente en su CESFAM/CECOSF/PSR responden al modelo comunitario de salud mental? ¿por qué?).

Agradecemos mucho su participación en la presente investigación y nos comprometemos a devolver la información entregada para su conocimiento. Le instamos a leer cuidadosamente el consentimiento informado y reafirmamos nuestro compromiso con el respeto a todos los criterios éticos allí señalados.

Página 2 de 2



Anexo 1.2. Pauta conversacional para entrevista semiestructurada a usuarios/as

Pauta conversacional para entrevista semiestructurada de triangulación a usuarios/as

Buenos días, mi nombre es Carla Garcés, soy estudiante del Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Universidad de Chile y soy la investigadora del estudio **"Participación social y gestión del conocimiento profesional: la experiencia de los/as ejecutores/as de APS de Quellón"** al que usted fue invitado/a a participar.

Para empezar, queremos reforzar la idea de que la participación en la presente investigación es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma en cualquier momento; además, la información que comparta es de carácter estrictamente confidencial, por lo que nos aseguraremos de que no existan perjuicios ni costos para usted por participar.

Primero, recabaremos datos de identificación (Nombre, edad, género, territorio de origen, territorio actual, nivel educacional, ocupación, ingreso aproximado al centro APS).

Es importante considerar que la investigación busca conocer su opinión sobre la estructura y funcionamiento del sistema de salud; por ello, acudimos a usted como un/a informante experto/a, entendiendo que observa y participa en primera persona del dispositivo de salud en su calidad de usuario/a. No hay respuestas buenas o malas, sólo queremos conocer su opinión sobre el funcionamiento del sistema de salud general; piense que su voz representa a los/as usuarios/as del servicio de salud mental. Dicho esto, le invito a que hablemos y compartamos sobre lo que usted conoce sobre participación en salud.

- En primer lugar ¿qué entiende usted por participación? (Noción – Concepto)
- ¿cómo entiende usted la participación? (Puntualizar si es necesario: ¿y sobre participación en salud mental?) Explíqueme cómo participa usted en el centro de salud
- ¿De qué manera ustedes han podido tomar conocimiento sobre cómo participar en el centro de salud?
- ¿Cómo conoció esa forma de participar?
- ¿Alguna vez ha escuchado sobre el tema de la participación acá en el centro de salud?
- ¿Usted ha oído hablar de: ¿Consejos de Desarrollo Local, Presupuestos Participativos, Promotores Comunitarios de Salud, Consejos Consultivos, Consejos de la Sociedad Civil, Audiencias Públicas o los Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales en salud?
- ¿Cree usted que la participación es importante?
- ¿Cree que la participación es un tema importante para el centro de salud?
- ¿Y para el equipo de salud?
- ¿Ha participado usted en alguna forma de reporte, acta, informe que se haga en el centro de salud?
- ¿Ha aportado información sobre su experiencia?
- ¿Le han pedido que aporte información sobre su experiencia como usuario/a?
- ¿Cree que sería importante que otras personas conozcan su experiencia?
- ¿Por qué?
- ¿Cree usted que la participación aporta a su proceso terapéutico?
- ¿De qué manera?
- ¿Sabe usted por qué los centros de salud se llaman "Centros Comunitarios de Salud"?
- ¿A qué cree que se refiere que sean centros "comunitarios"?
- ¿Cree usted que cumplen un rol comunitario?
- ¿Cree usted que la participación tiene que ver con ese rol comunitario?
- ¿De qué manera?

Agradecemos mucho su participación en la presente investigación y nos comprometemos a devolver la información entregada para su conocimiento.

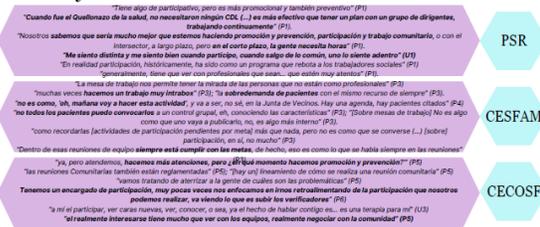
Página 1 de 1



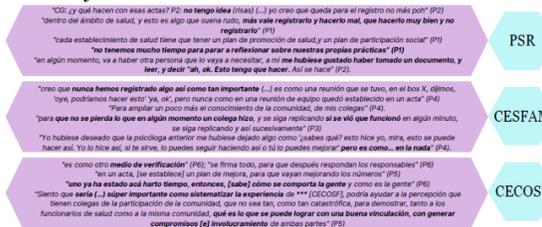
Anexo 1.3. Pauta conversacional para conversatorio de devolución de resultados de investigación.

<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Devolución de resultados de investigación:</p> <p><i>“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón”.</i></p> <p>Investigadora Principal: Ps. Carla Garcés Ramírez Candidata a Mg. Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria Profesor tutor: Mg. Ps. Víctor Martínez Profesor co-tutor: Dr. Mg. Ps. Joan Calventus</p> <p>Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad de Chile</p> <p>Quellón, 31 de mayo de 2024.</p>	<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>¿Por qué hacemos esto?</p> <p>3) Validar la relevancia de los resultados mediante la devolución del conocimiento gestionado a los/as actores involucrados/as, asegurando su adecuada comprensión y alineación con sus perspectivas.</p>
<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Reflexiones</p> <p>¿Me sentí representado/a por mis colegas?</p> <p>¿Hay algo que falta?</p> <p>¿Hay algo que sobra?</p> <p>¿Hay algo que subrayaría?</p> <p>Reflexiones generales</p>	<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Acotado marco teórico</p> <p><i>“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón”.</i></p>
<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Acotado marco teórico</p> <p>Mapa de flujos del conocimiento</p>	<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Mapa de actores: Entrevistados/as</p>
<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Resultados: Flujo 1 <i>Sobre formalización del conocimiento en textos programáticos</i></p> <p>PSR: “La participación es muy buena, es muy necesaria”, pero no hay mucho más que eso” (P1) “En sí no había como algo que me dijera específicamente “ya, tú tienes que hacer esto, esto y esto” (P2) “Yo creo que cuando uno entra, va aprendiendo a [lo] largo [del] tiempo, a largo plazo” (P2) “Desde el Ministerio, digamos, del nivel central, se establecen ciertos criterios, (...) muy centrados en el control social” (P1) “El sistema de salud solicita y pide los números, y yo creo que ahí también falta un poco la visión de la gente” (P1)</p> <p>CESFAM: “Sobre participación) No tanto... El enfoque más es como que tiene que ver muchísimo como con la promoción o prevención” (P4). “Así como en la práctica, como que yo me relaciono con estos conceptos, no” (P3) (CDL, PP, PCS, CC, CSC, AP, CCTSS). “Hay que cumplir con las metas de participación, pero ¿qué metas son?, ¿qué hago yo?” (P4) “Tengo que cumplir con ciertas metas de controles de salud mental individual, (...) y eso pienso que tenga que aumentar[los]” (P3). “Se evaluó un poco (...) eres mi número y si tú visitas, ok, cumplí la meta, fantástico” (P4)</p> <p>CECOSF: “E! MAIS es! Una pausa gigante” (P6). “Desde la Red de Salud) tú, como trabajador social, tienes que... viene[s] con eso, entonces debería[is] hacerlo lo más bien” (P6) “Te piden muchos números y no va a algo más, más a lo concreto poi, es como muy cuantitativo y no cualitativo” (P6) “No tenemos espacios públicos dignos. Y eso, en ninguna meta que viene reglamentada [por] el MINSAL yo lo veo como un factor de riesgo” (P5) U1, conoce formas institucionales de participación social desde su rol de dirigente</p>	<p>Escuela de Salud Pública</p> <p>Resultados: Flujo 2 <i>Sobre internalización/apropiación práctica del conocimiento</i></p> <p>PSR: “Ahora, si me preguntas a alguien lo leyó, no podría dar fe de eso, tendrías que preguntarle ahí a los colegas” (P1) “Efectivamente “cómo desarrollar una actividad”, que luego así, directamente a los profesionales, no” (P1). “CG: [capacitaciones del] participantes en salud mental ¿sada parecido? Participante P2: No” (P2) “Faltancias en la formación de progreso, en el modelo comunitario, en general, y la participación, en particular” (P1) “No podría diferenciar la promoción de la participación, entienden que es importante porque es una meta” (P1) DEFINICIÓN: PS, RECLAMOS, TS, REQUERIMIENTOS Y US. INVOLUCRAMIENTO</p> <p>CESFAM: “Los conocí cuando ingresé a la red” (P4); “CG: ¿en alguna otra instancia? P2: no, no, no” (P3) “Uno lo va conociendo de forma autónoma. No es que te lo inculcan en el quehacer laboral” (P3) [educación] en mi caso, yo ni siquiera conocí a la colega que estuvo antes que yo, se fue antes” (P3) “es como que la gente no participa mucho de esa tipo de actividades, pero si participan muy activamente del control cuando tienen que venir a buscar el fármaco” (P4)</p> <p>CECOSF: “CG: Y tú ¿cómo te enteras de esto? PS: Mmm. Bueno, primero a través de los colegas” (P5) “como coordinador, nunca hay una noción o un protocolo de lo que tiene que hacer o no hacer” (P6) “capacitaciones (...) lo más cercano es del modelo de salud familiar, (...) no mucho lo comunitario” (P6) “La participación en salud es vista por varios funcionarios como una amenaza, lamentablemente” (P5) Desde la institución, es una participación como muy regular” (P2) DEFINICIÓN: BENEFICIOS MATERIALES E INMATERIALES</p>

Resultados: Flujo 3 Sobre producción y uso del conocimiento



Resultados: Flujo 4 Sobre externalización/sistematización del conocimiento



Cierre e información de contacto de la investigadora

Recuerda que tu participación es totalmente voluntaria.

Si tienes cualquier duda, sugerencia o acotación respecto a tu participación en esta instancia, contacta a la investigadora principal:

Ps. Carla Garcés Ramírez
Teléfono: +569 5198 6467
Correo: carlagarces.r@gmail.com

¡Muchas gracias!

Anexo 2: Consentimientos informados

Anexo 2.1. Consentimiento informado ejecutores/as

Información para el participante y formulario de consentimiento informado para ejecutores/as

Investigación: **“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de atención primaria en salud (APS) de Quellón”**

Patrocinante: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Director: Dr. Óscar Arteaga.

Nombre de la investigadora principal: Carla Garcés Ramírez.

R.U.T.: 19.007.877-9.

Programa de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Teléfono: +56951986467 (Horario de atención: lunes a viernes 09:00 – 18:00 h.).



Información

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación **“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de atención primaria en salud (APS) de Quellón”**, debido a la necesidad de investigar las formas en que la participación social puede ser beneficiosa en el proceso de cuidados que acompañan los/as profesionales de salud mental.

Esta investigación tiene por objetivo conocer su opinión sobre la participación social en el proceso de cuidados y atención en salud mental. El estudio incluirá un total de 9 participantes: 6 ejecutores/as y 3 usuarios/as: del CESFAM, CECOSF y posta de salud rural de la comuna de Quellón, en la Región de Los Lagos.

El presente estudio considerará la aplicación de entrevistas semiestructuradas, cada una de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud.

Usted estará invitado/a a conocer los resultados de la presente investigación, a través de una reunión con la investigadora principal Carla Garcés Ramírez, de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud, todo esto, siguiendo todos los protocolos sanitarios correspondientes para resguardar su integridad.

Si tuviera dificultades para acudir al centro de salud para realizar la actividad, es preferible que usted se reste de la investigación, lo que no supondrá ningún tipo de costo o perjuicio para usted.



Respecto a los riesgos que pueda suponer su participación, el presente estudio supone riesgos mínimos para su integridad física y psicológica, ya que sólo busca conocer su opinión como ejecutor/a del área de salud mental, en función de comprender de mejor manera las formas en que las acciones de participación social funcionan en la red pública de salud.

Dicho esto, algunas personas pudieran sentir preocupación por posibles consecuencias que puedan tener sus respuestas, sin embargo, es importante enfatizar que toda la información contenida en sus respuestas será completamente anónima, confidencial y para fines académicos, por lo que su identidad está resguardada.

Si pese a esto, usted presenta complicaciones con su participación en el estudio, puede comunicarse con la investigadora responsable Ps. Carla Garcés Ramírez al número +56951986467 para abordar la situación.

Todos los costos de la investigación, incluyendo su traslado a su institución de salud para realizar la entrevista, serán asumidos por la investigadora principal, por lo tanto, no existirán costos debido a su participación durante la investigación.

Si bien, este estudio no reporta beneficios directos e inmediatos para usted, sí reportará beneficios sociales para comprender la forma en que la participación social beneficia la salud mental de las personas, y su perspectiva podrá ser considerada en los informes que se entreguen para retroalimentar políticas, planes y programas de salud mental.

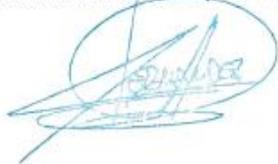
Toda la información que surja de su participación en este estudio será conservada en forma estrictamente confidencial, protegiendo su privacidad. Lo anterior, incluye el acceso de la investigadora principal a sus datos mediante las entrevistas semiestructuradas señaladas previamente. Sumado a ello, cualquier publicación o comunicación científica que resulte de la presente investigación será completamente anónima.

Se espera que los resultados de la presente investigación sean recogidos para la planificación de políticas, planes y programas de salud mental. Los resultados no serán utilizados, bajo ningún caso, para uso comercial, ni podrán ser comercializados.

Es importante señalar que, si durante el desarrollo del presente estudio, surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando, la investigadora principal se lo hará saber, para que usted pueda tomar la decisión de abandonar la investigación, sin que ello suponga costos ni perjuicios para usted.

Se destaca que su participación en la presente investigación es totalmente voluntaria, lo que implica que usted puede retirarse en cualquier momento, comunicándolo a la investigadora principal, sin que ello signifique modificar su participación en su centro de salud actualmente. De igual manera, si se considera que restarse del estudio iría en su beneficio, la investigadora principal se lo hará saber oportunamente.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado.



Página 2 de 4



Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o bien conocer los resultados puede comunicarse con: Investigadora principal: Carla Garcés Ramírez +56951986467 (lunes a viernes – 09:00 a 18:00 h.) y/o autoridad de la institución: Dirección del Servicio de Salud – Marcela Cárcamo: 652327601

Dicha información, se le entregará en un encuentro concertado con los/as participantes del estudio de su respectivo centro de salud, en una reunión voluntaria.

Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Los Ríos. Este Comité está acreditado y tiene como función resguardar los derechos de las personas como sujetos de investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte al teléfono: 63-2281784 o en Edificio Prales, Vicente Pérez Rosales 560, oficina 307, 3° piso, Valdivia, Chile.

Consentimiento informado

- He sido invitado a participar en la investigación **“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de dispositivos de atención primaria en salud (APS) de Quellón”**.
- Entiendo que el presente estudio considerará la aplicación de entrevistas semiestructuradas, cada una de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud.
- He sido informado de que los riesgos son mínimos.
- Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me compensará más allá de los gastos asociados al traslado al centro de salud.
- Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores, que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre, número de celular, correo electrónico y dirección.
- He leído la información proporcionada o me ha sido leída.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

_____ Consiento

_____ No consiento

voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ (día/mes/año)

Página 3 de 4



He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ (día/mes/año)

Nombre del director de establecimiento,
delegado o ministro de fe: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/asistente).



Anexo 2.2: Consentimiento informado usuarios/as

Información para el participante y formulario de consentimiento informado para usuarios/as

Investigación: **"Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de atención primaria en salud (APS) de Quellón"**

Patrocinante: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Director: Dr. Óscar Arteaga.

Nombre de la investigadora principal: Carla Garcés Ramírez.

R.U.T.: 19.007.877-9.

Programa de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Teléfono: +56951986467 (Horario de atención: lunes a viernes 09:00 – 18:00 h.).



Información

Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación **"Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de atención primaria en salud (APS) de Quellón"**, debido a la necesidad de investigar las formas en que la participación social puede ser beneficiosa en el proceso de cuidados que acompañan los/as profesionales de salud mental.

Esta investigación tiene por objetivo conocer su opinión sobre la participación social en el proceso de cuidados y atención en salud mental. El estudio incluirá un total de 9 participantes: 6 ejecutores/as y 3 usuarios/as: del CESFAM, CECOSF y posta de salud rural de la comuna de Quellón, en la Región de Los Lagos.

El presente estudio considerará la aplicación de entrevistas semiestructuradas, cada una de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud.

Usted estará invitado/a a conocer los resultados de la presente investigación, a través de una reunión con la investigadora principal Carla Garcés Ramírez, de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud, todo esto, siguiendo todos los protocolos sanitarios correspondientes para resguardar su integridad.

Si tuviera dificultades para acudir al centro de salud para realizar la actividad, es preferible que usted se reste de la investigación, lo que no supondrá ningún tipo de costo o perjuicio para usted.

Respecto a los riesgos que pueda suponer su participación, el presente estudio supone riesgos mínimos para su integridad física y psicológica, ya que sólo busca conocer su opinión como ejecutor/a del área de salud mental, en función de comprender de mejor manera las formas en que las acciones de participación social funcionan en la red pública de salud.

Dicho esto, algunas personas pudieran sentir preocupación por posibles consecuencias que puedan tener sus respuestas, sin embargo, es importante enfatizar que toda la información contenida en sus respuestas será completamente anónima, confidencial y para fines académicos, por lo que su identidad está resguardada.

Si pese a esto, usted presenta complicaciones con su participación en el estudio, puede comunicarse con la investigadora responsable Ps. Carla Garcés Ramírez al número +56951986467 para abordar la situación.

Todos los costos de la investigación, incluyendo su traslado a su institución de salud para realizar la entrevista, serán asumidos por la investigadora principal, por lo tanto, no existirán costos debido a su participación durante la investigación.

Si bien, este estudio no reporta beneficios directos e inmediatos para usted, sí reportará beneficios sociales para comprender la forma en que la participación social beneficia la salud mental de las personas, y su perspectiva podrá ser considerada en los informes que se entreguen para retroalimentar políticas, planes y programas de salud mental.

Toda la información que surja de su participación en este estudio será conservada en forma estrictamente confidencial, protegiendo su privacidad. Lo anterior, incluye el acceso de la investigadora principal a sus datos mediante las entrevistas semiestructuradas señaladas previamente. Sumado a ello, cualquier publicación o comunicación científica que resulte de la presente investigación será completamente anónima.

Se espera que los resultados de la presente investigación sean recogidos para la planificación de políticas, planes y programas de salud mental. Los resultados no serán utilizados, bajo ningún caso, para uso comercial, ni podrán ser comercializados.

Es importante señalar que, si durante el desarrollo del presente estudio, surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando, la investigadora principal se lo hará saber, para que usted pueda tomar la decisión de abandonar la investigación, sin que ello suponga costos ni perjuicios para usted.

Se destaca que su participación en la presente investigación es totalmente voluntaria, lo que implica que usted puede retirarse en cualquier momento, comunicándolo a la investigadora principal, sin que ello signifique modificar su participación en su centro de salud actualmente. De igual manera, si se considera que restarse del estudio iría en su beneficio, la investigadora principal se lo hará saber oportunamente.

Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado.

Página 2 de 4



Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio o bien conocer los resultados puede comunicarse con: Investigadora principal: Carla Garcés Ramírez +56951986467 (lunes a viernes – 09:00 a 18:00 h.) y/o autoridad de la institución: Dirección del Servicio de Salud – Marcela Cárcamo: 652327601

Dicha información, se le entregará en un encuentro concertado con los/as participantes del estudio de su respectivo centro de salud, en una reunión voluntaria.

Este proyecto ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Los Ríos. Este Comité está acreditado y tiene como función resguardar los derechos de las personas como sujetos de investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte al teléfono: 63-2281784 o en Edificio Prales, Vicente Pérez Rosales 560, oficina 307, 3° piso, Valdivia, Chile.

Consentimiento informado

- He sido invitado a participar en la investigación **“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de dispositivos de atención primaria en salud (APS) de Quellón”**.
- Entiendo que el presente estudio considerará la aplicación de entrevistas semiestructuradas, cada una de aproximadamente 60 minutos de duración, a realizar de forma presencial en su centro de salud.
- He sido informado de que los riesgos son mínimos.
- Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me compensará más allá de los gastos asociados al traslado al centro de salud.
- Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores, que pueden ser fácilmente contactados usando el nombre, número de celular, correo electrónico y dirección.
- He leído la información proporcionada o me ha sido leída.
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

_____ Consiento

_____ No consiento

voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ (día/mes/año)



Si es analfabeto o no puede firmar

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____ y huella dactilar del participante

RUT: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ (día/mes/año)

Nombre del director de establecimiento,
delegado o ministro de fe: _____

RUT: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador/asistente).



Anexo 3: Consentimiento para conversatorio: Devolución de resultados de investigación

3.1. Autorización Unidad de Calidad Red APS de Quellón/Coordinadora CECOSF



CONSENTIMIENTO PARA CONVERSATORIO: EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN:

"Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón"

Patrocinante: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Directora: Dra. Lorena Rodríguez.

Nombre de la Investigadora principal: Carla Garcés Ramírez. R.U.T.: 19.007.877-9

Institución: Escuela de Salud Pública – Programa de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Teléfono: +569 5198 6467 (Horario de atención: lunes a viernes; 09:00 – 18:00 hrs.).

A través de la presente, CARLA GABRIELA GARCÉS RAMÍREZ, R.U.N. 19.007.877-9, en calidad de investigadora principal, solicita formalmente a

UNIDAD DE CALIDAD RED APS DE QUELLÓN

COORDINACIÓN CECOSF RUKALAF

Su autorización para la grabación de audio de la REUNIÓN PRESENCIAL DE EQUIPO (CECOSF RUKALAF).

La investigadora se compromete a resguardar toda información que surja de la realización de dicha actividad de forma **estrictamente confidencial**, utilizando la información allí expuesta a través de audio **sólo para fines académicos e investigativos**.

La institución recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, autorizo la grabación de audio de la REUNIÓN PRESENCIAL DE EQUIPO (CECOSF RUKALAF) pactada para el día 31 DE MAYO DE 2024, a realizarse de _____ a _____ hrs.

FIRMA Y TIMBRE INSTITUCIONAL

FIRMA Y TIMBRE INSTITUCIONAL

FIRMA DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL

3.2. Autorización Unidad de Calidad Red APS de Quellón/Encargada del Estamento de Trabajadores/as Sociales



CONSENTIMIENTO PARA CONVERSATORIO: EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN:

"Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: la experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón"

Patrocinante: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Directora: Dra. Lorena Rodríguez.

Nombre de la Investigadora principal: Carla Garcés Ramírez. R.U.T.: 19.007.877-9

Institución: Escuela de Salud Pública – Programa de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

Teléfono: +569 5198 6467 (Horario de atención: lunes a viernes; 09:00 – 18:00 hrs.).

A través de la presente, CARLA GABRIELA GARCÉS RAMÍREZ, R.U.N. 19.007.877-9, en calidad de investigadora principal, solicita formalmente a

UNIDAD DE CALIDAD RED APS DE QUELLÓN

ENCARGADA ESTAMENTO TRABAJADORES SOCIALES RED APS DE QUELLÓN

Su autorización para la grabación de audio de la REUNIÓN PRESENCIAL DE ESTAMENTO (TRABAJADORES SOCIALES).

La investigadora se compromete a resguardar toda información que surja de la realización de dicha actividad de forma **estrictamente confidencial**, utilizando la información allí expuesta a través de audio **sólo para fines académicos e investigativos**.

La institución recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado.

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, autorizo la grabación de audio de la REUNIÓN PRESENCIAL DE ESTAMENTO (TRABAJADORES SOCIALES) pactada para el día 31 DE MAYO DE 2024, a realizarse de _____ a _____ hrs.

FIRMA Y TIMBRE INSTITUCIONAL

FIRMA Y TIMBRE INSTITUCIONAL

FIRMA DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL

Anexo 4: Autorizaciones: Comités de Ética

4.1. Autorización: Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (CEISH).



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 3.1 corregida 17.11.2020)

Con fecha 26 de septiembre de 2023, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Presidenta
Dra. María Angela Delucchi B., Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad
Dra. Grisel Orellana V., Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado
Dra. María Luz Bascuñán R., Psicóloga PhD, Profesor Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina
Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva
Prof. Verónica Aliaga C., Kinesióloga, Magíster en Bioética, Profesor Asociado
Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Profesor Asociado
Dra. Yalda Lucero, Médico Pediatra, Doctorada en Ciencias Médicas, Profesor Ayudante

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: "**PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PROFESIONAL EN SALUD MENTAL: LA EXPERIENCIA DE LOS/AS EJECUTORES/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) DE QUELLÓN**". Cuyo investigador Responsable es la Ps. Carla Garcés Ramírez, quien es estudiante de Magíster de la Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria
- Curriculum Vitae de los investigadores
- Carta de compromiso del Investigador
- Consentimiento Informado
- Carta de autorización de Marcela Cárcamo Hemmelman, Directora Servicio de Salud Chiloé, de fecha 04 de abril de 2023

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

26/SEP/2023



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) **Carácter de la población a estudiar:** El tema de estudio releva las prácticas de participación social en el marco de la red de Atención Primaria de Salud (APS) de la ciudad de Quellón, a través de la participación social en salud, con el fin de buscar alternativas de mejora a la implementación de políticas, planes y programas que se implementan a nivel local. Tanto el tema como el carácter de la población abordada, no representan particular objeto de sensibilidad o vulnerabilidad.
- b) **Utilidad del proyecto:** La utilidad y relevancia del proyecto tienen relación tanto con el objeto como por el campo de intervención, siendo el abordaje de la participación social en la red de APS, en una localidad aislada, dispersa y deficitaria como Quellón, en Chiloé.
- c) **Riesgos y beneficios:** No se observan riesgos superiores al mínimo. El beneficio tiene relación con la utilidad del proyecto.
- d) **Protección de los participantes (asegurada por el consentimiento informado):** Se informa y asegura adecuadamente la protección de los y las participantes.
- e) **Procedimiento ante consecuencias nocivas e identificación de problemas en los participantes:** No aplica.
- f) **Ofrecimiento de acceso a resultados:** Si.
- g) **Requiere seguimiento o visita en terreno:** Si ____ No X
N.º de vistas: ____

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión original el 17 de agosto de 2023, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser

26/SEPI2023



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **02 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Servicio de Salud (SS) Chiloé.

JAVIERA DE LOS
ANDES COBO RIVEROS

Nta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 26 de septiembre 2023

Proyecto: N° 140-2023
Archivo acta: N° 097

26|SEP|2023



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl

4.2. Autorización: Comité Ético Científico, Servicio de Salud de Los Ríos.

 <p>Servicio de Salud Los Ríos Comité Ético Científico CEC-SSLR Reacreditado 2023-2026</p>	<p>Ord.: N°444</p> <p>Ant.: Carta 10.10.2023</p> <p>Mat.: Aprueba y autoriza ejecución proyecto de investigación</p> <p>Valdivia, 30.10.2023</p>
<p>De: Carlos Fernández Vega Presidente Comité Ético Científico Servicio de Salud Los Ríos</p> <p>A: Carla Garcés Ramírez Investigadora responsable Unidad de Psiquiatría – Hospital de Castro</p>	

En respuesta a documento del antecedente, recibido 16.10.2023, enviado para revisión y aprobación del proyecto de investigación titulado: **“Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: La experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón”**, informo a usted, que en reunión del día 26 de octubre del año 2023, este Comité consideró lo siguiente:

Los miembros del Comité que participaron de la revisión y evaluación del proyecto de investigación declararon no tener conflictos de interés. Se exime del pago de arancel de revisión a los investigadores puesto que declaran no tener financiamiento.

La investigación propuesta corresponde a una actividad formativa equivalente a tesis del programa Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; realizado por la profesional Carla Garcés Ramírez, psicóloga, funcionaria del Hospital de Castro. El profesor patrocinante es Víctor Martínez Ravanal, académico de la Universidad de Chile.

El objetivo general del proyecto es explorar las prácticas relacionadas con participación social en dispositivos de atención primaria en salud (APS), en base al modelo de gestión del conocimiento profesional, a través de la perspectiva de ejecutores/as de la red de APS de Quellón.

La investigadora señala que el estudio es de tipo exploratorio, de carácter cualitativo, transversal, con base en el modelo de gestión del conocimiento.

La muestra estará compuesta por 2 ejecutores del CESFAM de Quellón, 2 ejecutores de 1 de los 3 CECOSF y 2 ejecutores de 1 de las 14 PSR de la comuna. También se considerará la participación de un usuario de cada uno de los dispositivos descritos. El muestreo será por conveniencia.

Este proyecto también fue aprobado por el “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, según consta en acta de aprobación (Archivo de Acta N°097) del 26 de septiembre de 2023, no obstante, los formularios de consentimiento informado y las pautas de entrevista fueron modificados luego de la revisión local, razón por la cual se sellan con el timbre del CEC-SS Los Ríos.

Tomó conocimiento documentado del proyecto, Marcela Cárcamo Hemmelmann, directora del Servicio de Salud Chiloé.

Además de conocer los antecedentes presentados, el Comité revisó y aprobó los siguientes documentos:

- Formulario de consentimiento informado para ejecutores/as, 4 páginas.
- Formulario de consentimiento informado para usuarios/as, 4 páginas.
- Pauta conversacional para entrevista semiestructurada a ejecutores, 2 páginas.
- Pauta conversacional para entrevista semiestructurada de triangulación a usuarios/as, 1 página.

El diseño se ajusta a las normas de investigación con seres humanos. La razón de riesgo/beneficio fue estimada favorable para el participante.

Página 1/2

CEC-SSLR | V. Pérez Rosales 560 - Edificio Prates - Oficina 307 - Piso 3
Teléfono: +56911781784 - cecsslr@redsalud.ssb.cl

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD LOS RÍOS



Los antecedentes curriculares de la investigadora garantizan la ejecución del proyecto de investigación dentro de los marcos éticamente aceptables.

Los formularios de consentimiento informado cumplen con los requisitos exigidos. El proyecto y documentación revisados no presentan reparos éticos, metodológicos ni legales.

En consecuencia, el CEC-SSLR autoriza por unanimidad de los miembros presentes en la sesión, la ejecución del proyecto de investigación previamente individualizado.

La investigadora se compromete a respetar la legislación vigente, normas técnicas y recomendaciones nacionales e internacionales sobre investigación científica en particular, lo referente a la protección de datos personales y de investigación en seres humanos, de acuerdo con la Ley N°19628, Ley N°20120, Ley N°20584, sus reglamentos de aplicación y modificaciones.

La investigadora se compromete a respetar el Reglamento Interno del CEC-SSLR y a utilizar sólo la documentación que fue aprobada y autorizada por este CEC, las cuales se entregan firmadas para ser transcritos fielmente, según corresponda.

Los datos utilizados y la información obtenida se limitan a lo expresado en la formulación del proyecto mencionado. No se autoriza otro uso. Esta aprobación tiene vigencia de un año, a contar de la fecha de emisión del presente oficio.

Es responsabilidad de la investigadora tramitar la autorización correspondiente con el director(a) de la institución en la cual se ejecutará el proyecto.

La investigadora deberá enviar a este CEC con copia al director del establecimiento, cuando corresponda, un informe de avance o informe final según corresponda y la resolución o documento administrativo correspondiente que autoriza la ejecución del estudio a este Comité en cuanto lo haya recibido y copias de los consentimientos informados debidamente firmados.

El plazo máximo para recibir dicho documento en octubre de 2024, por escrito y vía oficina de partes del SSLR. Deberá realizar el mismo trámite para solicitar prosecución del estudio y reaprobación anual, así como para requerir toma de conocimiento en caso de finalización y/o cierre del centro o del estudio.

Se aceptarán como informe de avance presentaciones orales o escritas en congresos u otras instancias científicas de difusión o copia de manuscrito o publicación científica. En la publicación de los resultados en formato tesis, tesina, póster, publicación, informe u otros, y en los respectivos agradecimientos, debe hacer referencia al Comité Ético Científico del Servicio de Los Ríos (CEC-SSLR).

En comunicaciones posteriores con este Comité, el investigador siempre debe hacer referencia al N° de Ord. y fecha de este documento.

La investigadora debe revisar de manera regular la página web del SS Los Ríos (<https://ssvaldivia.redsalud.gob.cl/como-me-atiendo/comite-etico/>), para asegurarse de cumplir con nuevos procedimientos, cambios normativos, regulatorios o legales.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted,

Carlos Fernández Vega
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Los Ríos

CFV/fam

Distribución:

- Carla Garcés Ramírez – Unidad de Psiquiatría – Hospital de Castro ✓
- Marcela Cárcamo Hemmelmann - Directora Servicio de Salud Chiloé
- Jefe DE3AM Corporación Municipal de Quellón
- Archivo Proyecto de Investigación
- Archivo Correspondencia Despachada

Anexo 5: Autorizaciones

Anexo 5.1. Autorización: directora del Servicio de Salud Chiloé



El Comité de Ética del Servicio de Salud Chiloé, a través de la Directora del Servicio, Marcela Cárcamo Hemmelmann, autoriza a la Srta. Carla Gabriela Garcés Ramírez, estudiante del Magister de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, a realizar su proyecto de Actividad Formativa Equivalente a tesis, titulado "Participación social y gestión del conocimiento profesional en salud mental: La experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón".

La metodología del proyecto consiste en realizar seis entrevistas semiestructuradas a ejecutores de la red de APS de Quellón, incluyendo a dos ejecutores/as de: CESFAM, CECOSF y Posta de Salud Rural de la comuna, respectivamente. A ello se suma una entrevista semiestructurada a la Directora a cargo de los establecimientos de salud señalados y, como mínimo, una entrevista semiestructurada a usuarios/as de la red de Quellón.

La investigación se adhiere a los principios de honestidad, responsabilidad, cortesía y equidad profesional y buenas prácticas de administración dictadas por la Declaración de Singapur respecto a la integridad en la investigación, tal como señala la política de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Visado Comité de Ética Servicio de Salud Chiloé.



MARCELA CARCAMO-HEMMELMANN
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Castro, 4 de abril de 2023.-

Anexo 5.2. Autorización: directora CESFAM Quellón.

Carta de toma de conocimiento de la directora del establecimiento

Fecha: 2 de octubre de 2023

De: Yanibel Contreras
CESFAM Quellón
Galvarino Riveros #590.
652-683505 - DIRETORCESFAMQUELLON@GMAIL.COM

A: Carlos Fernández Vega
Presidente
Comité Ético Científico
Servicio de Salud Los Ríos

Ref.: "Participación social y gestión del conocimiento profesional: La experiencia de los/as ejecutores/as de Atención Primaria en Salud (APS) de Quellón"

En mi calidad de **Directora del CESFAM Quellón** informo conocer el proyecto de referencia, así como los documentos anexos a éste, cuya investigadora responsable es **Ps. Carla Garcés Ramírez**, quien asumirá las responsabilidades que su desarrollo conlleva.

En consecuencia, doy el apoyo y estoy de acuerdo para su presentación al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Los Ríos, para que sea revisado y evaluado por dicho Comité.

La presentación al Comité y su posible aprobación, sin embargo, no garantiza la autorización de ejecución del proyecto en **CESFAM Quellón**.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,

Yanibel Contreras



[firma]
Directora CESFAM Quellón.

The image shows a circular official stamp in blue ink. The text inside the stamp reads "COMISIÓN NUTRICIONAL" at the top, "DIRETOR" in the center, and "CESFAM QUELLÓN" at the bottom. A handwritten signature in blue ink is written over the stamp.

Quellón, 2 de octubre de 2023