



Salesiana

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,
JURÍDICAS Y ECONÓMICAS
Escuela de Trabajo Social

**“EL ACCESO DE CALIDAD A LA SALUD PÚBLICA: UNA
APROXIMACION DESDE LOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD
DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PADRE JOAN ALSINA Y
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR RIVERA DEL
MAIPO DE LA COMUNA DE SAN BERNARDO”**

**SEMINARIO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

Autoras

CAROLINA CARREÑO NUÑEZ

VERONICA CASTRO CARRASCO

DANIELA ESPINOZA SILVA

VALENTINA LOYOLA RODRIGUEZ

ELISA RIQUELME ALVAREZ

Docente guía:

Verónica Verdugo Bonvallet

SANTIAGO-CHILE

2014

Agradecimientos.

Por medio de las siguientes palabras, el grupo de tesis conformado por Carolina, Verónica, Daniela, Elisa y Valentina, quiere agradecer a nuestra docente Guía, Verónica Verdugo Bonvallet, por su inmenso apoyo y disposición en todo nuestro proceso, a pesar de que el cansancio nos invadió en muchas oportunidades. Además, queremos agradecer todo el tiempo y dedicación que dispuso para el desarrollo de nuestra formación profesional, como a su vez, la confianza otorgada a todas nosotras, puesto que ello nos motivó diariamente para continuar el camino pedregoso del conocimiento, y alzo ante todo, nuestras esperanza de aportar al cambio social en nuevas áreas.

Además, consideramos importante agradecer a Margarita Navarro y Marcela Zúñiga por facilitar nuestro acceso a los centros de salud sin ninguna traba y por su apoyo ante todas las peticiones que solicitamos, y por último a todos los administrativos de salud que accedieron voluntariamente a cada una de las entrevistas con mucho entusiasmo, ya que sin ellos éste proceso de investigación no hubiera sido posible.

*“Negar a las personas sus derechos humanos,
es cuestionar su propia humanidad”*

(Nelson Mandela)

Quiero expresar mis agradecimientos a cada una de las personas que forman parte de mi familia, especialmente a mis padres José Miguel Carreño Hormazabal y Cecilia Núñez Olivos y a mi madrina Rosario Bravo Castillo por el apoyo, comprensión y motivación que me brindaron día a día. Principalmente por aconsejarme, enseñarme el compromiso absoluto y fortaleza con que se debe enfrentar en la vida.

Carolina Carreño Núñez.

Cuando me doy la tarea de retroceder en mis recuerdos y traer al presente, las imágenes, palabras y hasta los más mínimos detalles que marcaron la historia de mi vida universitaria, aparece de pronto la imagen del primer día en el que entré la Escuela de Trabajo Social. En esa oportunidad, junto a la compañía incondicional de mi dulce y majestuosa madre, fuimos testigo de la celebración de una estudiante que junto a su familia, se abrazaban y festejaban el triunfo de su proceso académico. Alcé la vista para visualizar el rostro de mi madre, hasta el día de hoy no logro descifrar qué pensaba exactamente en ese minuto, pero advertí en sus ojos desaliento, cansancio y un poco de confusión, sólo pensé en decirle *“mamá disculpa por todo lo que te he hecho pasar, en verdad soy una pendeja, pero sólo dame una nueva oportunidad... nada más”*. Desde ese momento mamá, me prometí no defraudarte nunca más.

Quiero agradecer en primera instancia a mi madre, quien veló por ser mi sostén en los momentos en que más decaí, por compartir su alegría en los momentos en que más feliz fui, por cada noche cocinar lo que hubiera en casa para que al día siguiente pudiera almorzar, a quien asistió de mí durante las mañanas, levantándose temprano cuando el cansancio superaba mis deseos de madrugar, agradezco su infinito amor y la dulzura depositada en cada una de sus palabras y sonrisas, mamá te amo infinitamente por ser mi pilar, mi cimiento y mi esperanza en todo este proceso. Gracias a ti, por ti y para ti, son todos mis logros. Asimismo, quiero agradecer a mi padre, quien con su particular personalidad, brindó a mi proceso firmeza, franqueza y sostén, porque tú papá me enseñaste cualidades de una vencedora, me enseñaste a ser fuerte ante la tormenta y a confiar en nuestras capacidades. Papá, muchas gracias por creer siempre en mí.

A mi hermana pequeña, al conchito de la familia, a ti Daniela, gracias por entender mis malos días producto del estrés, gracias por ser tan consiente de todo lo que significa compartir una pequeña pieza llena de papeles, documentos, lápices y desorden por todos lados, y gracias por no protestar cuando la luz para mi lectura importunó tu descanso nocturno, gracias por ser tan comprensible querida hermana. A ti Joseline, mi hermana mayor, gracias por apoyar a mis padres muchas de las veces en que las lucas no alcanzaban, y gracias por compartir mi proceso y hacerlo tan cercano a pesar de la distancia geográfica que nos distancia. Joseline, gracias por interesarte por mí, y gracias por siempre comprenderme. A la par, debo agradecer a tu singular marido quien aportó siempre, siempre, siempre, palabras de aliento y abrazos con los que en verdad lograba encausar mi rumbo, logrando con ello salir airosa de tantos malos momentos, gracias Mario por quererme y apoyarme tanto. En esta misma línea, quiero agradecerte a ti Joseline y a ti Mario por convertirme en la tía de Antonia e Isidora, con ellas las palabras no logran ser suficientes, realmente no logran serlo. Ellas se convirtieron en mi eje, en mis ojos, en mi luz, en mi guía, sólo ustedes papás, hermanas y cuñado saben lo maravilloso que sus existencias han significado en mi vida.

Por último, quisiera agradecer a mis grandes amigos, realmente aquí podría explayarme hojas y hojas, y ello no sería suficiente. Ariel, gracias por compartir 10 años de tu amistad conmigo y por estar siempre presente en este proceso que al igual que a ti, culmina gratamente este año. Verónica, mejor conocida como Verito o la Gran Vero, amiga de los primeros errores universitarios, amiga de letras, amiga del alma, amiga de lágrimas, este año también culminas este pedregoso camino y sólo quiero agradecer tu compañía, tu sonrisas, tus tallas, pero por sobre todo, gracias por hacer mis días más amenos aunque muchas veces sólo lográbamos cruzar palabra y media, gracias por ser siempre tú conmigo. A ti amiga Valentina, mi tierna y dulce compañía, debo agradecer tú incondicional presencia en mi vida, tus palabras de aliento, pero por sobre todo, el gran esfuerzo que siempre dedicaste para que ambas demostráramos lo mejor de nosotras en cada uno de nuestras tareas en la universidad. Desde Miami, gracias Nati por estar siempre presente, gracias a tus historias, y gracias por tus viajes de improviso que inyectaban de energía mi mente y corazón para seguir adelante, y a ti amiga Zavala, gracias por ser quien eres conmigo, gracias por seguir siendo quien eres conmigo, y agradezco que comprendas mi ausencia durante este último tiempo. Por último, y a pesar de que hoy ya no estés presente, quiero agradecerte Pedro por la hermosa, profunda e imborrable compañía que significaste durante todo mi proceso, durante toda mi vida.

Todo mi esfuerzo está dedicado a mis abuelos, a mi Mami, a mi Abuelita Mimí y a mi Tata, a mi tía Ximena, a mis padres, a mis hermanas, a mis hermosas sobrinas, a mi cuñado y a mis incondicionales amigos.

Verónica Castro

Quiero agradecer y dedicar este gran esfuerzo a cada persona que me acompañó, me alentó, confió y fue parte de este largo proceso, gracias por estar en esos días tristes y alegres, en especial a mi Padre Daniel Espinoza, a mi Madre Mercedes Silva Alvear y a mi hermano Marco Espinoza, por permitir que todo esto sea posible, el camino fue arduo y pedregoso, sin embargo, como familia siempre estuvimos en pie de lucha, apostaron por mí, por la futura profesional, por la futura Trabajadora Social de la familia, las palabras se hacen pocas a tan intenso amor que me han entregado durante toda la vida, gracias por sacar adelante a esta niña, adolescente, mujer y profesional.

Y por último, también es dedicado a mi Madrina Gladys Alvear, por su constante preocupación y apoyo desde Venezuela, a toda mi familia que me dio ánimo siempre, a mis amigas y amigos de barrio y a esas compañeras de universidad que se han convertido en mis grandes amigas, a todos aquellos que me motivaron y confiaron en mí, a mis ahijados y a todas esas personas importantísimas que me han guiado desde el cielo, un abrazo y un beso para todos ustedes.

¡Infinitas gracias!

Daniela Espinoza Silva

Quisiera dar las gracias a mi madre Ximena, por todo el apoyo que me has brindado durante este tiempo, a mi hermana Andrea, por dedicar su amor incondicional, a mi hermano Ignacio, por otorgarme la confianza necesaria durante este proceso, a mis dos sobrinos Martín y Facundo, por ser mis motores de vida y a mi

querido padre Ignacio, por entregar los valores esenciales para la vida, por creer siempre en mi y sobre todo por cuidarme día a día desde el cielo.

Agradezco a la vida por haberme puesto a mis cuatro grandes amigas, Natalia Zavala, Fernanda Castro, Ruby Nuñez y Verónica Castro. Agradezco a cada una de ustedes por haber estado presente en mi vida universitaria, gracias por estar en los momentos buenos y malos durante estos cinco años.

Por último, a Mauricio, gracias por todo el apoyo incondicional que me has brindado durante estos últimos meses, gracias por cada abrazo, por cada palabra de aliento, por darme fuerzas para seguir luchando en la vida y por hacerme parte importante en tu vida.

Valentina Loyola.

El proceso educativo ha sido un camino complejo, de angustias y alegrías por cada logro, es por esto que quiero agradecer en primer lugar a mi madre Patricia por su apoyo incondicional, contención, confianza y por sobre todo amor entregado desde siempre, a mi tío Richard y hermana Daniela por el sostén que me han otorgado desde un comienzo, por último a mi pololo, amigo y compañero Erick por contenerme en los momentos complejos, entregarme todo su amor, paciencia y conocimientos en cada momento de éste proceso.

Elisa Riquelme

Contenidos

Introducción	9
CAPÍTULO I Planteamiento y Justificación del problema.....	11
1.1 Supuestos	22
1.2 Pregunta de investigación	22
1.3 Objetivos.....	23
1.3.1 General.....	23
1.3.2 Específicos	23
CAPÍTULO II Marco Teórico	24
2.1 Evolución de la salud en Chile y aportes del Trabajo Social.....	24
2.1.1 La salud desde el sistema colonial hasta el Estado liberal.....	24
2.1.2 Estado de Bienestar Social.....	28
2.1.3 Estado Subsidiario.....	36
2.1.4 Estado Integrador	42
2.2 La salud como derecho.....	49
2.2.1 Origen del enfoque de derecho en la salud.....	49
2.2.2 La calidad en la salud.....	53
2.3 Las prácticas sociales y la salud.....	65
2.3.1 Las prácticas sociales.....	65
CAPITULO III Marco institucional del lugar donde se realizó el estudio de investigación	73
3.1 Antecedentes generales de la comuna de San Bernardo.....	73
3.2 Antecedentes de salud de la comuna.....	75
3.3 Antecedentes del Centro de Salud Familiar Johan Alsina	78
CAPITULO IV Marco Metodológico.....	81
4.1 Paradigma	81
4.2 Enfoque:.....	81
4.3 Nivel de estudio.....	82
4.4 Tipo de diseño.....	83
4.5 Técnica de recolección de datos.....	83
4.6 Tipo de muestra.....	84
4.7 Criterios selección de informantes clave.....	84
4.8 Criterios de validez.....	84
4.9 Técnica de análisis de la información.....	86
4.10 Descripción del trabajo de campo y proceso de análisis de la información.....	86

CAPITULO V: Resultados del estudio de investigación.....	88
5.1 Cuadro resumen de categorías y subcategorías.....	88
5.2 Análisis de la información.	89
CAPÍTULO VI Conclusiones.	118
Bibliografía.	123
Bibliografía Online.	128
Anexo.....	135

Introducción

La presente investigación hace referencia al sistema de salud público en Chile, el que se ha caracterizado por múltiples transformaciones a lo largo de la historia, desde la época colonial hasta la actualidad. Es a partir de estos procesos históricos, que el Estado ha adquirido un rol fundamental en la comprensión e implementación de políticas públicas en materia sanitaria.

En relación a lo anterior, es imprescindible destacar que una de las transformaciones más importantes y profundas, se evidencian a partir de la década de los 80', tras el Golpe Militar, el cual impone un cambio estructural a nivel político, económico, social y cultural. Como resultado de lo anterior, se implementa la lógica neoliberal, que promueve la privatización de los servicios públicos en favor del mercado, reduciendo con ello el tamaño y las acciones del Estado, por medio de la implementación del sistema dual de salud, lo que ha generado la exclusión social en la medida en que segmenta a la población en ricos y pobres.

Ante los hechos señalados, durante los años 90' con el retorno a la democracia, se redefine el rol del Estado cuestionando las políticas públicas, y se propende rescatar el sistema público de salud, con el objetivo de restablecer la relación del Estado con el crecimiento económico y social. En efecto, durante los últimos 15 años se ha propuesto instaurar un sistema de garantías de salud basado en el Enfoque de Derechos, y para ello se ha dispuesto la implementación de la reforma llamada "Acceso Universal de Garantías Explícitas" (AUGE) la que promete garantizar un acceso de calidad a la salud.

A pesar de los esfuerzos en materia sanitaria, se hacen evidentes nuevas problemáticas entre las que se distingue, una negativa percepción que tienen los usuarios sobre la atención recibida en los centros de salud. Lo anterior, está relacionado con las prácticas que los administrativos de salud llevan a cabo durante la atención. Todo lo anterior, dificulta las relaciones entre los actores sociales involucrados en la salud pública, generándose de esta manera un conflicto social entre ambos actores.

En el marco de las observaciones anteriores, esta investigación tiene como propósito principal conocer desde la mirada de los administrativos de salud del Centro de Salud Familiar Padre Joan Alsina y en el Centro Comunitario de Salud Familiar Rivera del Maipo de la comuna de San Bernardo, la concepción que éstos tienen respecto del acceso de calidad que se les otorga a los usuarios que se atienden en la salud pública chilena.

Para llevar a cabo tal investigación, se ha dispuesto indagar a los administrativos de salud desde la metodología cualitativa, por medio de entrevistas semi estructuradas, con la intención de generar nuevos conocimientos en la materia, y con ello aportar desde el Trabajo Social a la problemática anteriormente expuesta. Es por ello, que se plantearon seis capítulos para llevar a cabo dicha investigación. En este sentido, el primero consiste en el planteamiento y justificación del problema, donde se da conocer los supuestos, pregunta de investigación, objetivo general y específicos. El segundo capítulo, corresponde al marco teórico, donde se propusieron tres temas centrales, la evolución de la salud en Chile, la salud como derecho y las prácticas sociales y la salud. El tercer capítulo alude, al marco institucional del lugar donde se realizó el estudio de investigación. El cuarto capítulo, se centra en el marco metodológico, que da a conocer el paradigma, enfoque, tipo de diseño, entre otros. En el quinto capítulo, se presentan los resultados del estudio de investigación, tanto la matriz de análisis categorial, como el análisis de la información recolectada. Por último, el sexto capítulo corresponde a las conclusiones encontradas durante el proceso de investigación.

CAPÍTULO I Planteamiento y Justificación del problema

La salud es un tema esencial y transversal para el desarrollo y calidad de la vida, ya que afecta a todos los seres humanos que habitan este planeta. En un comienzo, el término salud se relacionó sólo con aquellas enfermedades biológicas del ser humano, pero es a partir de la Segunda Guerra Mundial y las consecuencias catastróficas que ésta provoca tanto en lo económico, político, como en lo social, es que cambia la visión del mundo ante los problemas sanitarios y su superación; incluyéndose lo social como una nueva esfera a la concepción de la salud (OMS, 2006).

Finalizada la Segunda Guerra Mundial, en el año 1945 surge la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual tiene como objetivo contribuir al cumplimiento de la Carta de las Naciones Unidas y sensibilizar sobre temas políticos, sociales y culturales, relacionados con los derechos de las personas en todo el mundo. Es por ello, que se amplía la visión sobre el concepto de salud, a una perspectiva que incluye lo biológico y social, sumando aspectos que van desde la alimentación, el saneamiento y la nutrición, hasta las condiciones culturales, políticas y económicas de las sociedades (OMS, 2014).

Ante la preocupación por los problemas sanitarios, es que surge la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 1948, como un organismo dependiente de la ONU, siendo responsable de garantizar la seguridad sanitaria mundial. Esta organización, se encarga de gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial, definiendo de esta manera la salud como un Derecho Fundamental. En función de ello, se establece que toda persona logre el goce máximo de salud, el cual incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Además de asumir la salud como “el derecho a estar sano”, otorga al Estado un rol garante de las condiciones que permitan a las personas vivir lo más saludable posible (OMS, 2006).

La trascendencia que adquiere la salud para la vida humana, se expresa también en la consideración que organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) hacen respecto a la necesidad de destinar recursos en esta área. En tal sentido, es que se ha establecido la necesidad de una inversión per cápita de a lo menos 3.375 dólares anuales en salud, para lograr un desarrollo óptimo en cada país (MINSAL, 2014).

Particularmente en Latinoamérica, en el año 1902 surge la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), que desde su origen se encarga de los problemas de salud pública para los países de las Américas. Su objetivo principal es controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos por medio de los ministerios de salud. Posteriormente, en el año 1923 se modifica el nombre institucional de la organización, dando origen a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual tiene como misión *“liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas”* (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

En relación a los países americanos, concretamente Chile, se integra en el año 1945 a la ONU, la OMS y la OPS, lo anterior es relevante ya que en esta época el mundo vivencia hechos históricos, como el proceso de industrialización de los países y la finalización de la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia surge la cuestión social, entendida como la suma de todas las secuelas que a nivel social, laboral e ideológico produjeron los hechos anteriormente mencionados, dando paso con ello a problemas relacionados con la vivienda obrera, la atención médica y la salubridad del pueblo. Lo anterior, repercute en el país dejando en evidencia grandes problemas sociales devastadores, como la pobreza y la mala calidad de vida de la clase trabajadora, es por esto, que para contraponerse a la situación que enfrenta el país, se comienza a generar un cambio en el rol del Estado, modificándose su rol protector a uno benefactor, asumiendo la existencia de nuevas necesidades. A su vez, estos problemas dejan de ser tratados como asuntos de caridad y pasan a ser vistos como temas de justicia, surgiendo con ello instituciones de carácter público (UNICEF, 1994; GREZ 1995).

Entre los años 1950 y 1955, se originan un conjunto de instituciones públicas dedicadas a entregar servicios directos, tales como el Servicio Nacional de Salud (SNS), Servicio de Seguro Social y el Subsidio de Maternidad. Estas instituciones, reflejan un nuevo rol garante de derechos que adquiere el Estado chileno. Entre estos años aumenta en el gasto fiscal, lo que se manifiesta en la creación de nuevos programas sociales concebidos para cubrir al conjunto de la población, en relación al sistema de salud imperante de la época, infraestructura sanitaria y las reformas estructurales, todas ellas centradas en incorporar especialmente a los sectores marginales con la finalidad de otorgar una mayor cobertura para el mejoramiento de los beneficios sociales (UNICEF, 1994).

Los avances alcanzados durante los años 50', persisten y progresan a los inicios de los años 60', donde el Estado juega un rol fundamental ya que norma, financia y ejecuta la política social sin la intervención del sector privado. Es así, que la planificación de las políticas sociales responden a las necesidades de la sociedad, y no en su totalidad al orden económico imperante, priorizando con ello la inversión social y la ampliación de la cobertura de los programas sociales destinados a los grupos marginados de la población (Raczynski, 2002).

Durante los años 1970 y 1973, los gastos sociales se elevaron en más de un 30% con respecto a los años anteriores, enfatizando aún más la distribución de los ingresos con el fin de mejorar los beneficios en los grupos medios y el proletariado urbano. Además, se incorporan mejoras al servicio de salud, durante esta época *“la formación universitaria (médicos, enfermeras, tecnólogos médicos y nutricionistas), como los hospitales estuvieron a cargo del Estado”* (UNICEF, 1994:12). A pesar de ello, surgen problemas en relación a la sustentabilidad de las estrategias de financiamiento de los programas sociales, lo que genera una reducción y en algunos casos el estancamiento de la inversión en gastos sociales, producto de las medidas antiinflacionarias y la ausencia de un financiamiento coherente con la realidad del país (UNICEF, 1994).

Posteriormente, con el comienzo de la dictadura militar en el año 1973 se llevan a cabo profundas transformaciones político-económicas y sociales, donde el Estado cambia su rol benefactor hacia uno subsidiario. Lo mencionado, significa que el Estado privatiza los servicios sociales para los estratos medios y altos, lo que conlleva a que el gasto fiscal disminuya fuertemente en un 30% en el sector público (UNICEF, 1994).

Ante el contexto señalado, es que las políticas sanitarias se comienzan a enmarcar bajo una lógica mercantil y a comprender desde el paradigma neoliberal, lo cual se ampara con la Constitución Política de la República del año 1980, señalando que “*Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado*” (Constitución Política de la República de Chile, Capítulo III. art, 9: 12).

Por lo mencionado, es que se producen drásticos cambios con una concepción centrada en lograr una reducción del tamaño y acciones del Estado (UNICEF, 1994). Tal como afirma Larrañaga “*...durante los años 80s el gasto público en salud experimentó un fuerte retroceso y se produjeron significativos rezagos en áreas esenciales como personal, insumos médicos e infraestructura*” (Larrañaga, 1997:22). A partir de este momento, el sistema de salud en Chile, se caracteriza por la existencia de un modelo dual, el cual se configura bajo dos subsectores, un sector privado que lo conforman las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y productores de salud particulares, y un sector público administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este modelo, trae como consecuencia una competencia desequilibrada entre ambos sectores, los cuales contienen diferentes características en cuanto a requisitos de acceso, cantidad de prestaciones cubiertas, financiamiento, entre otras (Larrañaga, 1997).

En este mismo sentido, el sistema de salud privado se encuentra administrado por las ISAPRES y productores de salud particulares que actúan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales con sus afiliados, los cuales cotizan desde el 7% de sus ingresos. Estas administraciones, ofrecen distintos planes de salud según las necesidades y/o características del usuario, de esta manera los beneficios otorgados están directamente relacionados con el monto de la prima cancelada y el nivel de riesgo

médico. Los proveedores que entregan cobertura son hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden a los afiliados de las ISAPRES, como a los que cotizan en el sistema de salud pública (Subsecretaría de Previsión Social, 2013). Es así que, las ISAPRES tienen una cobertura de un 17,5% de asegurados con un total de 3.064.076 millones de personas a nivel país (FONASA, 2012).

Por otra parte, el sistema de salud público, está liderado por el Ministerio de Salud (MINSAL), el que cumple la función de diseñar las políticas, programas y coordinar las entidades correspondientes al área (Larrañaga, 1997). Este sistema se encuentra administrado por FONASA, quien se encarga de gestionar, distribuir recursos financieros y otorgar cobertura de salud. Además, posee un sistema de afiliación de carácter obligatorio donde las personas cotizan el 7% de sus ingresos mensuales, el cual divide a sus afiliados en cuatro tramos según sus ingresos. El primero, corresponde al grupo A, en el cual se encuentran las personas indigentes o carentes de pensiones básicas solidarias y causantes del Subsidio Único Familiar, quienes aseguran su salud mediante la gratuidad de las pensiones médicas en la modalidad institucional. El segundo por su parte es el grupo B, trabajadores entre 18 y 65 años, con ingresos menores al ingreso mínimo mensual, donde sus afiliados acceden de manera gratuita a las prestaciones médicas en la modalidad institucional. El tercero refiere al grupo C, en el cual participan los trabajadores entre 18 y 65 años de edad, cuyo ingreso mensual es superior al ingreso mínimo y no excede 1,46 veces dicho monto, éstos tienen una cobertura del 90% en las prestaciones médicas en la modalidad institucional. Por último, el grupo D, integra a los trabajadores entre 18 y 65 años de edad, siempre y cuando los beneficiarios que de ellos dependan sean más de dos, cuyo ingreso mensual es superior en 1,46 veces al ingreso mínimo, éstos tienen una cobertura del 80% en las prestaciones médicas en la modalidad institucional (FONASA, 2012).

Ante este nuevo escenario, es que con los años se comienzan a detectar diversos vacíos debido al bajo gasto fiscal destinado a la creación y funcionamiento del sector público. Lo señalado, se visualiza en el incremento de la pobreza en el país, así como también en el bajo nivel de los servicios sociales tales como la educación, la vivienda y la salud (UNESCO, 1994).

En la década de los 90` con el retorno a la democracia, el rol subsidiario que tuvo el Estado durante 17 años de dictadura militar, se cuestiona, y se propone un Estado integrador *“fomentando una estrategia de acción social que se basa en las lecciones y desafíos que dejó el pasado: el Estado debe participar activamente en la búsqueda de mayores equilibrios sociales, sin comprometer el proceso de crecimiento, ni la estabilidad económica”* (UNICEF, 1994:16). Una de sus bases son las políticas sociales que tienden a *“...asegurar un nivel de vida satisfactorio para el conjunto de los chilenos, priorizando en quienes más lo requieren: los más pobres”* (UNICEF, 1994:16). Por lo anterior, el gasto social aumenta, y en particular en el ámbito de la salud, se incorporan nuevos desafíos centrados en reparar la infraestructura y el funcionamiento del sistema público, donde *“...el gasto público en salud se incrementó en un 70% en términos reales en el período 1990-94”* (Larrañaga, 1997:22). Es por ello, que se destinaron los recursos principalmente a dotar a los sectores de bienes, servicios y personal necesario para mejorar la atención primaria, poniendo énfasis en la prevención (UNESCO, 1994).

Producto de lo anterior, el país comienza a vivir un cambio en la formulación de la lógica de las políticas públicas en salud, ya que no sólo bastarían las soluciones técnicas que tiendan a la especialización de la atención, sino que se pretende incluir un vínculo explícito entre las políticas y los estándares de los derechos humanos *“reconociendo a los ciudadanos como titulares de derechos exigibles y elaborando las políticas estatales para garantizar tales derechos”* (PNUD, 2009:70). En consecuencia, el país comienza asumir un enfoque de derecho centrado en la protección social.

En este contexto, en su propósito por restablecer los derechos fundamentales de las personas, Chile cambia la manera de entender la salud, realizando para ello una serie de reformas, entre ellas, la reforma de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y la de Garantías Explícitas de Salud (GES) (PNUD, 2009).

Ante lo señalado, en el año 2000 se implementa el AUGE, que se constituye como una nueva reforma que apunta a un cambio en las reglas del juego. Entre los factores diagnosticados en el modelo anterior se identifican tres aspectos que sustentan la creación de esta reforma, que tiene por propósito subsanar los nudos críticos de la salud; un primer elemento, está centrado en la desigualdad e inequidad en la salud, esto se refiere a la brecha entre los grupos socioeconómicos afectando la calidad y oportunidad de la atención en salud. El segundo aspecto, es la mayor demanda y expectativas sobre los temas de atención en salud, esto conlleva a la preocupación por la calidad de vida, debiendo entregar respuesta y servicios oportunos a las personas. El último factor, consiste en responder a un nuevo perfil demográfico a causa de una mayor expectativa de vida y epidemiología, ya que han disminuido las enfermedades infecciosas y aumentado las patologías crónicas asociadas a los malos hábitos, por tanto cambia el tipo de enfermedad y el modo de enfrentarlas (PNUD, 2009).

Con respecto a lo anterior, el objetivo de esta reforma es otorgar garantías explícitas para brindar una atención oportuna, de calidad y de protección, donde *“el principio que sustenta al AUGE es que detrás de cada garantía existen derechos, recursos y mecanismos que posibilitan su cumplimiento, por lo cual la titularidad de estos derechos reside en las personas, pero es obligación del Estado garantizar su cumplimiento”* (PNUD, 2009:74). De acuerdo a Infante, esta reforma ha sido el mayor esfuerzo realizado por el país en los últimos 25 años con el fin de mejorar el sistema de salud (Infante, 2010).

A pesar de los esfuerzos realizados con la reforma de salud AUGE, se observaron diversas deficiencias en el sistema, tales como la ausencia de financiamiento en los centros de atención, irregularidades en la fiscalización y la disminución del espacio para realizar innovaciones y probar nuevas técnicas (PNUD, 2009). Es por esto, que en el año 2005 surge una nueva propuesta a la reforma de salud, el GES, la cual integra nuevas patologías al sistema de protección y contiene cuatro garantías principales; el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (Bastias, 2007).

Ahora bien, pese a que la implementación del AUGE y el GES apuntan a un cambio en la salud incluyendo el enfoque de derecho como principio organizador, se mantiene un problema de raíz que reside en la Constitución Política de la República promulgada durante la dictadura militar, la cual avala un modelo mercantil dual en el sistema de salud, que se caracteriza por segmentar a la población en dos sectores; un sector rico y otro pobre (Larrañaga, 1997). Esta segmentación se expresa en la práctica, ya que FONASA es la que sigue cubriendo al 76,5% de la población, a diferencia de las ISAPRES que sólo cubren al 17,5% total de la población nacional (FONASA, 2012).

Otro de los problemas del sector público, se encuentra en la gestión y producción de la salud, así como también en la organización estructural y el financiamiento, lo que ha generado diversos inconvenientes en cuanto a la eficiencia y la equidad. Estas problemáticas se hacen visibles en la centralización de recursos y funciones de los establecimientos de salud, en la municipalización, en las dificultades de asignación de recursos a causa de las distancias geográficas, y por último en los hospitales y consultorios de atención primaria, que *“carecen de un mecanismo ágil y efectivo de coordinación y de referencia mutua. No se realizan actividades esenciales para la atención y cuidado de la salud, como es la planificación local sobre la base de las necesidades específicas de la población”* (Larrañaga, 1997: 25).

Además, los problemas que persisten en el sector se manifiestan también en el diseño de las políticas públicas, ya que éstas se construyen en base a un pensamiento lineal, jerárquico y tecnocrático, el cual se sigue perpetuando desde la fase de transición a la democracia (Güell, Frei, Palestini, 2009).

A su vez, se visualiza una última área problemática que se manifiesta en la negativa percepción que los usuarios tienen sobre la atención prestada en los establecimientos de salud. A modo de ejemplo, lo anterior se reafirma con un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas (PNUD) en el año 2009, durante el proceso de implementación del Plan AUGE. Dicho problema, está ligado a la acción que desarrollan los profesionales que forman parte de estos establecimientos, ya que acogen nuevos reglamentos y los adaptan a sus propias identidades históricas, las cuales se relacionan básicamente con sus propias creencias, valores y costumbres que se

manifiestan resistentes a los nuevos cambios reglamentarios, en definitiva, a las nuevas maneras de hacer las cosas. Lo anterior, genera dificultades en la difusión de información, lo que obliga a los profesionales de la salud a improvisar y resolver asuntos en la práctica; tales acciones, afectan o inclusive contradicen al sector. Asimismo, el estudio revela que entre los profesionales de la salud, los que en mayor medida acogen estas prácticas, son los administrativos de salud (PNUD, 2009).

En relación a lo mencionado, se puede identificar un conflicto social en las relaciones que se generan entre los administrativos de salud y los usuarios cotidianamente en la atención primaria. Conflicto social entendido como *“una acción que tiende a manifestarse en las áreas del sistema más directamente ligadas con la producción de recursos informativos y de comunicación, pero al mismo tiempo están expuestas a intensas presiones de integración. Por lo tanto, los conflictos son actuados por actores previsionales que operan como inspiradores, haciendo surgir así los dilemas cruciales que atraviesan a la sociedad. Estos no se expresan principalmente a través de una acción dirigida a obtener resultados en el sistema político. Esos conflictos manifiestan sobre todo un desafío que altera los leguajes y códigos culturales.”* (Melucci, 1995: 231).

De acuerdo a lo anterior, es que Raczynski considera que es un desafío gestionar nuevas relaciones y prácticas de trabajo entre el sector público y la sociedad civil, pues lo importante ya no está sostenido en los recursos ni en la capacidad técnica, sino que más bien, en el cómo se están haciendo las cosas en el país (Raczynski, 2002). Por lo tanto, esto tiene relación con la actual diversidad y variabilidad de los intereses y demandas, creando una nueva complejidad que supera lo dispuesto por la política (PNUD, 2009)

En efecto, las prácticas son relevantes ya que radican en que ellas hacen realidad o frustran las oportunidades de la sociedad, en ellas se incluyen aspectos generales como las leyes, ideologías y estructuras, también hechos como los temores y aspiraciones de sus miembros, o tan concreto como la producción y distribución de bienes. Esto refleja la idea de que las prácticas son importantes para el desarrollo de la salud, incidiendo en aspectos tan relevante como lo es el acceso de calidad a la salud (Güell, Frei, Palestini,

2009). Es así, que se han detectado diversas dificultades para seguir avanzando en materias sanitarias, entre ellas se encuentra la relación que existe entre el proceso de implementación de los nuevos modelos efectuados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y la resistencia de su ejecución por la inercia de los actores insertos en la organización, lo que se manifiesta principalmente en las prácticas que realizan los administrativos de salud (PNUD, 2009). Dicha tensión se ha intentado modificar buscando fiscalizar todo aquello que produzca insatisfacción a los usuarios (MINSAL, 2011). En un mismo sentido, esta modificación resulta no ser integral, ya que deja de lado a uno de los principales actores en esta relación; los administrativos de salud¹.

La problemática se acentúa aún más frente a la escasez de estudios que señalen la importancia de las prácticas de los administrativos de salud, el impacto de éstas y cómo ello influye en el acceso de calidad a la salud pública. En este sentido, es esencial conocer ¿de qué manera los administrativos de salud conciben el acceso de calidad de los usuarios a la salud pública? Así también, conocer ¿cuál es la importancia que los administrativos de salud atribuyen a su labor para el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios? Por último, se busca conocer ¿Qué prácticas favorecen y dificultan el acceso de calidad a la salud pública? Lo anterior, es relevante porque tales concepciones y prácticas podrían facilitar, desviar o anular los recursos fiscales destinados a los usuarios de la salud pública.

Ante el panorama presentado, esta investigación se centra en la forma en que operan las relaciones entre los administrativos de salud y los usuarios, ya que se considera que lo que ocurre en este espacio es fundamental para el acceso de calidad a la salud. Para tales efectos, se focalizara dicho estudio en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Padre Joan Alsina y Centros Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Rivera del Maipo, de la comuna de San Bernardo, ya que en este lugar nunca se ha realizado un estudio cualitativo en relación a la importancia de las prácticas de los administrativos de salud y cómo éstas inciden en un acceso de calidad a la salud.

¹ Se entiende por administrativo de salud todo aquel personal que constituye el primer contacto con los usuarios antes de la atención médica en los centros de salud. Para fines de este estudio, serán analizados aquellos que pertenezcan a la categoría E y F, correspondiente a la clasificación de administrativos y auxiliares de salud respectivamente.

Este estudio adquiere relevancia para el Trabajo Social, ya que generar conocimientos en esta materia permitiría conocer el escenario social en la cual se encuentran los administrativos de salud y los usuarios tras la implementación de las nuevas reformas del país en materia sanitaria y las prácticas que se suscitan cotidianamente en la atención primaria, como señala Carballeda *“surge una tensión entre necesidades y derechos, diversidad de expectativas sociales y un conjunto de dificultades para alcanzar”* (Carballeda, 2013:1). Es así, que se buscará dar respuesta desde los diversos contextos en esta área a los problemas sociales actuales entre estos actores. Si bien es cierto, el problema de la salud pública chilena no radica exclusivamente en los administrativos de salud, estos son fundamentales, puesto que constituyen la primera puerta de entrada a un acceso de calidad a la salud pública.

1.1 Supuestos

Los administrativos de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y del CECOSF Rivera del Maipo, de la comuna de San Bernardo, no conciben a los usuarios como sujetos de derecho, lo cual incide en la emergencia de prácticas que dificultan su acceso de calidad a la salud pública.

Los administrativos de salud, subvaloran la importancia que su labor significa para un acceso de calidad a la salud pública de los usuarios.

1.2 Pregunta de investigación

¿De qué manera los administrativos de salud, conciben el acceso de calidad de los usuarios a la salud pública?

¿Cuál es la importancia que los administrativos de salud, atribuyen a su labor para el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios?

¿Cuáles son las prácticas que desarrollan los administrativos de salud que favorecen y dificultan un acceso de calidad a la salud pública?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

- Conocer la manera en que los administrativos de salud del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Padre Joan Alsina y Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Rivera Del Maipo de la comuna de San Bernardo conciben el acceso de calidad de los usuarios a la Salud Pública.

1.3.2 Específicos

- Identificar la manera en que los administrativos de salud conciben a los usuarios que se atienden en estos centros.
- Identificar la manera en que se concibe la figura de los administrativos y la importancia de su labor para un acceso de calidad a la salud pública de los usuarios.
- Identificar las prácticas de los administrativos de salud que favorecen y dificultan el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios de estos centros.

CAPÍTULO II Marco Teórico

2.1 Evolución de la salud en Chile y aportes del Trabajo Social.

2.1.1 La salud desde el sistema colonial hasta el Estado liberal.

La situación de la medicina chilena se construye en base a un conjunto de herencias históricas. Esta realidad se cimenta en primera instancia con el legado de la medicina occidental (u alopática) que logra sostenerse a través de los siglos; es por ello, que los más importantes cambios políticos subyacen necesariamente desde la época colonial, período en el que se enfrentan las reformas occidentales legadas desde la conquista con los ideales propios de una nación autónoma (MINSAL, 2011).

Durante el período de la colonia, lo sustancial fue entregar al pueblo un soporte medicinal bajo los cánones conceptuales de la Iglesia. Esta situación en sí misma, provoca un problema en la salud pública; sus prácticas no logran dar una respuesta efectiva a los distintos y complejos problemas de este Nuevo Mundo. Además, las enfermedades transmitidas desde los colonos hacia los indígenas tampoco fueron susceptibles de control y la capacidad de respuesta tan sólo ofrece un panorama trágico. De hecho el historiador Benjamín Vicuña Mackenna sostiene que la situación fue tan horrorosa, que con la peste declarada en el año 1793, la tragedia llegó a un punto, donde no había disponibilidad de acarreadores para los muertos, tampoco los suficientes sepultureros e inclusive expresa que la palabra muerte ya no guardaba relación alguna con los ancianos sino que directamente con la niñez (Mackenna, 1877).

Frente a esta realidad, las prácticas médicas de esta época no consiguen aprobación alguna entre el pueblo; de hecho aumenta la demanda por los sanadores y curanderos que ofrecen remedios y terapias sin una formación profesional adecuada, lo cual contribuye al desprestigio y la desconfianza de la población respecto al sistema de salud. La medicina comienza por tanto a precarizarse, ya ni siquiera la voluntad de los no especialistas da a vasto a los profundos problemas sanitarios e inclusive aun existiendo un Tribunal de Protomedicato que acredita y fiscaliza a los médicos y boticarios, su eficacia es mínima por no decir nula. La situación de los cuidados de los enfermos, sigue estando reducida a establecimientos como el de Nuestra Señora del

Socorro en Santiago (bautizado con los años como Hospital San Juan de Dios) dirigidos bajo las órdenes religiosas y financiadas básicamente por la caridad, la situación se intenta remediar inaugurando la cátedra de medicina en la Universidad de San Felipe en el año 1747 (MINSAL, 2011).

Junto a ello, el Estado de Chile comienza a crear diferentes instituciones relacionadas directa e indirectamente con la salud, entre ellas se destacan la Junta de Vacunas (1808), la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos (1832), la Constitución Política de la República (1833), y por último hacia los años 1850 se crea la Sociedad de Socorros Mutuos, todas éstas promueven acciones para el mejoramiento de la medicina en Chile (Murillo, 1888; Franulic, 2007; Biblioteca del Congreso Nacional, 2014; Illanes; 1993).

En 1803 en España surge la “Real Expedición filantrópica de la Vacuna”, dicho organismo se encarga de conservar la salud pública y preservar de los estragos de la viruela a los pueblos pertenecientes al reino. Con los años y luego de una brillante excursión por los países del Virreinato, cada país perteneciente a su dominio comienza a crear sus propias juntas, así nace en el año 1808 la Junta de Vacunas en Chile (Museo Histórico Nacional, 2014).

Según las palabras de su propio presidente, el Doctor Adolfo Murillo, la Junta de Vacunas en Chile, se instaura como un organismo que asegura el *“derecho al reconocimiento universal, cuando, sobre todo van a detender el ancho y correntoso caudal de las enfermedades, de las invalideces y de la muerte... (es) el instrumento consciente de la Providencia que viene a remediar un mal que afligía a las naciones y que diezaba sin piedad a los pueblos”* (Murillo, 1888: 2). Continúa explicando que la Junta marca un progreso en el sistema de salud, la gratuidad del servicio y su rol de supervigilancia otorga cohesión a las más de 60 juntas departamentales con sus respectivos médicos, así como a los más de 100 vacunadores a lo largo del país. De este servicio se destacan las 200.000 vacunaciones anuales y la disminución de la mortalidad por viruela; de hecho en Santiago de un año a otro, la mortalidad que comprendía de unas 8 personas en promedio, luego del proceso de vacunación acaba por completo (Murillo, 1888).

En cuanto a la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, sus inicios se remontan al año 1832, lo cual coincide con el régimen dictatorial de Diego Portales, quien inicia una serie de políticas relacionadas con la beneficencia y la asistencia médica. Una de las medidas guarda relación con el control de los hospitales y asilos, espacios que habrían sido “descuidados” según palabras de Portales, durante las administraciones laicas. Dicha institución tendría a su cargo entonces la labor administrativa y financiera de los establecimientos de beneficencia (Franulic, 2007). Para algunos autores como Fernando Franulic *“lo que funda el régimen portalino no es un tipo de aparato estatal poderoso, sino básicamente el refuerzo a un orden social tradicional que existía en la sociedad chilena”* (Franulic, 2007: 8). En definitiva, sus aportes sin ser desmerecedores de crédito, no logran dar un soporte robusto al sistema precario de salud en Chile.

Con la destitución del poder de Diego Portales, nacen las esperanzas de construir un aparato político, económico, social y cultural distintivo para este “nuevo” país que se va gestando. Bajo esta proeza, surge la primera Constitución Política de la República que promulgada en el año 1833, se ocupará de re-estructurar el Estado según las necesidades de la realidad social y política de aquel entonces. El documento, se constituye además como una alternativa concreta al período histórico entre los años 1811 y 1830, que se caracteriza por el debate de diversos “ensayos constitucionales” que reclaman un espacio “meritorio” en la política, para regular según cada cual la mejor y más acertada manera de convivencia para la nación (Biblioteca del Congreso Nacional, 2014). En relación a la salud, la Constitución dispone a las Municipalidades la exclusividad del cuidado tanto de los hospitales, hospicios, casas de expósitos, como el de los establecimientos de beneficencia (Constitución Política de la República de Chile, Capítulo IX. art, 128).

Tales iniciativas, conducen a dar cuerpo y seriedad a los asuntos de higiene y sanidad del país, por primera vez ya no se es cautivo totalmente de los asuntos oficiales de la Iglesia, y es la propia nación quien se otorga mediante sus instituciones, la responsabilidad y compromiso de la situación sanitaria de su pueblo (Illanes, 1993).

A pesar de ello, transcurridos los años, la precaria situación socioeconómica del país, entre ellos, la migración campo-ciudad por la búsqueda de “una mejor oportunidad” de vida en las ciudades, se traduce en hacinamiento y miserables condiciones de salubridad en los ranchos y conventillos de las urbes. Además, la esperanza de un mejor trabajo sería enlutada por las paupérrimas condiciones de trabajo y los bajos sueldos recibidos por los obreros, lo cual se anticipa como el principal motor de epidemias como el hambre, pestes, alcoholismo, violencia, prostitución, y por tanto, altas tasas de mortandad en las ciudades (Illanes, 1993).

Bajo este panorama, surgen las primeras revueltas populares que abocan sus esfuerzos por la defensa solidaria de sus vidas y el digno “enfrentamiento” de la muerte, es así que nacen hacia los años 1840 las primeras Sociedades de Socorro Mutuo que por medio de la acumulación de dinero (cotizaciones), se hacen cargo del pago de los gastos por enfermedad, invalidez o fallecimiento de sus cotizantes (Illanes, 1993).

Con el paso de los años y fuertemente influenciados por ideólogos del liberalismo radical como Santiago Arcos, Francisco Bilbao y Baldomero Lillo, los obreros crean en el año 1850 la Sociedad de la Igualdad, éstas organizaciones se fundamentan y fortalecen a sí mismas en relación a sus valores comunitarios (Zapiola, 1902). De hecho algunos consideran a Arco *“como un ardiente amigo del pueblo, o como un socialista si se quiere (...) ha consagrado gran parte de su vida a estudiar las necesidades del pobre para aplicar a este mal los remedios posibles”* (Zapiola, 1902: 9).

Las organizaciones populares fundan su advenimiento en los valores liberales que se propagan con la Revolución Francesa en 1789; la búsqueda de la libertad, la fraternidad y la igualdad respaldan las acciones de todos quienes advierten en estos ideales, la marcha hacia una mejor sociedad (Illanes, 1993). Uno de los férreos convencidos de dichas insignias, fue el hijo de una familia típica de clase obrera del siglo XIX y constructor de un taller de ebanistería, Fermín Vivaceta quien manifiesta *“en nuestras manos tenemos todos los obreros un tesoro inagotable que no podemos usarlo aisladamente pero que adoptando el sistema de asociación obtendremos un cambio que produzca asombrosos resultados”* (Blanco, 1911: 6).

Ante lo expuesto, se comprende entonces que la misión de los movimientos sociales que se gestan con el artesanado chileno, abren el paso a una histórica autonomía social organizativa, permitiendo construir una identidad popular, incentivando la práctica social del ahorro, la prestación de salud, la protección familiar y social de sus asociados. Todo lo anterior conlleva al reconocimiento del pueblo como un sujeto pleno de derechos y responsabilidades, constructores propios de su porvenir (Illanes, 1993).

En consecuencia, se inician a partir de los años 1880, las primeras discusiones acerca de esa realidad no documentada, aquella realidad que siendo por sí misma un problema social, no inquieta a las voluntades políticas y por tanto, no trasciende a la esfera político-legal del país. A partir de lo anterior, se habla por primera vez entonces, de la cuestión social, entendida a su vez como la secuela de la industrialización que trae consigo, entre otros, problemas en cuanto a la salubridad, higiene y atención médica de la población popular (Grez, 2003).

2.1.2 Estado de Bienestar Social

El protagonismo del sector popular durante los primeros años del siglo XX, impulsa a todos los trabajadores del país a organizarse en función de demandas colectivas concretas, cuya demanda principal es elevar significativamente las condiciones y calidad de vida del proletariado y sus familias (Illanes, 1993).

La recopilación del historiador y crítico Sergio Grez, respecto a los diversos escritos de la época han permitido llegar a la conclusión de que la cuestión social se trataría de una suma de todas las consecuencias que a nivel social, laboral e ideológico, produjeron los procesos de industrialización y urbanización de la población durante la segunda mitad del siglo XIX; de ella se desprenden nuevas maneras de relacionarse en el trabajo, como por ejemplo, el incipiente método del salario como medio de retribución a cambio de la fuerza de trabajo entregada. Así también, aparecen nuevos problemas relacionados con la vivienda obrera, la atención médica y la salubridad de pueblo, que se traducen en miseria, desigualdad, marginación, exclusión y degradación de la mayor parte de la población. Además, advierte que existen otros escritos que incorporan al concepto variantes de tipo económico y social, y que en definitiva, los problemas

manifiestos responden a una realidad arrastrada de los decenios precedentes. Se propone por tanto que, la explicación del fenómeno no se acaba con la mera explicación de las consecuencias de la entrada en vigor del sistema capitalista en América, y en consecuencia la definición del fenómeno estaría provista por la suma de *“defectos estructurales de la comunidad nacional, a la propagación de ideologías disolventes (...) factores coyunturalmente negativos, como el comportamiento de ciertas clases o grupos, que por su miopía, egoísmo o imprevisión introducían serias deformaciones en el cuerpo social”* (Grez, 1995: 10).

Lo anterior, significó que el Estado de Chile tuviera que asumir el compromiso y la responsabilidad de mejorar las condiciones y calidad de vida de todos los ciudadanos, como medio para poder calmar el descontento popular. Este compromiso, iría de la mano de una nueva legislación en lo social y la incorporación de la clase trabajadora a un mejor sistema de atención nacional de salud y de previsión social (Illanes, 1993).

Para algunos autores, este nuevo Estado estaría impulsado desde las intervenciones de Intelligentsias sanitarios que buscarían por medio de su inserción en la política nacional, ser el ente mediador entre el capitalismo y el pueblo. Entre ellos se destacan en su mayoría, actores femeninos que ejercen sub-mediaciones sanitarias, tales como las visitadoras sociales, enfermeras y matronas que encarnarían la real apuesta por el acercamiento hacia la realidad social (Illanes, 1993). En un mismo sentido, Zárate considera que estas nuevas intervenciones habrían implicado que la influencia gubernamental ampliara su campo de acción, logrando inmiscuirse en espacios que fueron reservados y guarida de la “vida privada”, consiguiendo así hacerse cargo de preocupaciones tan personales como lo son, la salud, el trabajo, la reproducción y la previsión, para luego darles a éstas alcance nacional (Zárate, 2012).

Dicha Intelligentsia sanitaria, efervescente por sus grandes logros tecnológicos e intelectuales en los últimos años, permite encauzar la movilización y el descontento social del pueblo, es así que promueve dos proyectos institucionales. El primero corresponde a un organismo privado, llamado Patronato Nacional de la Infancia, y el segundo corresponde a un Plan Nacional Público que busca un cambio en el rol del Estado hacia un “Estado de Bienestar”. Ambos proyectos heredados de la concepción

caritativa del siglo pasado, tienen por propósito modificar la idea de “pueblo-escoria” tan propia del Estado Liberal para promover un concepto de “pueblo-recursos” basado en la ideología de la asistencia. A pesar de aquellos esfuerzos, los movimientos sociales consideran que el trabajo sobre el cuerpo y la enfermedad del pueblo, no es la única cura para su progreso, es necesario que el Estado enfrente los estragos de la económica capitalista imperante (Illanes, 1993).

Con los años, la agrupación de profesionales de la salud, levanta sobre el debate otra arista; la salud pública como doctrina de seguridad nacional que, entendida en su visión interna, responde a la lógica de la restauración del descompuesto orden productivo a causa de las muertes de los obreros, el deterioro de sus capacidades físicas y la fuerte presión de la protesta social (Illanes, 1993).

Gracias al influyente papel de la intelligentsia sanitaria chilena por sobre la política y sus pasos claves en la salud pública del país, logró que el Estado fijara particularmente su atención en la seguridad y el bienestar social. Creando en el año 1924, el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y Trabajo, y la Caja de Seguro Obrero Obligatorio (Illanes, 1993).

Esta última institución, logra mediar de cierta manera los intereses del capital en relación al obrero, puesto que reconoce la responsabilidad del empresariado en los accidentes que afectasen la integridad de éste durante sus labores en el trabajo. En ese mismo año y bajo la intención de mejorar las condiciones de vida de los obreros, se dicta la Ley N°4.055 que amplía las obligaciones del Seguro, incluyéndole a los empleadores, la responsabilidad de la protección de enfermedades, invalidez, vejez y muerte de sus trabajadores, a los cuales se les sumarían los servidores domésticos y los trabajadores agrícolas, anteriormente marginados de dichos beneficios (Instituto de Seguridad del Trabajo, 2007).

A pesar de los logros, la intervención que asumía el propósito de mejorar la calidad y condiciones de vida de los obreros y sus familias, son consideradas no suficientes; de hecho se cree que el Estado en esta búsqueda no contribuye al propósito de promover un país democrático, y por tanto, los avances conviven con profundas contradicciones internas hasta el año 1938 (Illanes, 1993).

Para frenar a los sectores más radicalizados del movimiento obrero, durante el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo se aprueban nuevas leyes sociales y se reprimen a los sindicatos de izquierda como método para neutralizar las revueltas, con ello, el Estado instala un modelo corporativista de Bismarck que permite segmentar la categoría ocupacional y la clase social, y por tanto, junto con la creación de Cajas Previsionales para Obreros, empleados públicos y particulares se diferencia el financiamiento y beneficios de los afiliados en cuestión. Es así que, la administración de la salud para los obreros es suministrada por la Caja de Seguro, mientras que todos los que ostentaran un empleo con mayor renta acuden a atenciones médicas particulares (Larrañaga, 2010).

Ante lo mencionado, las cajas previsionales se constituyeron como instituciones semifiscales y tripartitas que se encontraban representadas por los trabajadores, empresarios y el Estado. La más importante de éstas, es la Caja de Seguro Obrero que hasta los años 40` representan el 80% total de los asegurados. En esta misma línea, la pensión de vejez es gestionada por un sistema de capitalización individual que no llega a ser más del 2% del salario del obrero, para peor sus ahorros se encuentran desvalorizados por los efectos de la inflación, mientras que para los empleados públicos y particulares su tasa de cotización fluctuaba entre el 20% y 25% del salario, siendo estos últimos beneficiados con el pago de un salario por año de servicio como método de indemnización por despido (Larrañaga, 2010).

La lucha de los obreros persiste, ya que consideran que siguen estando relegados y marginados de los beneficios del progreso, hecho último que obliga a los gobiernos a avanzar en la ampliación de prestación de seguridad social, lo cual hacia los años 1950 provee a más de 1.4000.000 trabajadores a lo largo del país, equivalente a dos tercios de la fuerza de trabajo. El Seguro Obrero, incluye prestaciones de salud mediante una red de consultorios de atención primaria a cargo de un Departamento Médico, mientras que

la atención hospitalaria se lleva a cabo a través de la Junta de Beneficencia, pero a estos servicios no tienen acceso los empleados por lo que, los que no tuvieran el dinero para atenderse en una consulta privada, debían recurrir a los hospitales de beneficencia en calidad de indigentes o por medio de una atención de urgencia (Larrañaga, 2010).

Durante la década de los 50⁰, los desbalances económicos y políticos internacionales se hicieron sentir en el país, es cierto que los gobiernos logran robustecer la democracia por medio de la inclusión de las demandas de diversos grupos sociales a la agenda, pero son las crisis anteriormente señaladas las que no consiguen dar soporte a las demandas colectivas. Con ello, nace el año 1952 el Servicio Nacional de Salud (SNS), institución encargada de reunir a los servicios preventivos y asistenciales de la salud. Este servicio cubre a los trabajadores asegurados en el Seguro Social, sus respectivas conyugues e hijos, los pensionados del seguro más sus cargas familiares, los indigentes, y a toda la población en caso de urgencia o atención preventiva (Larrañaga, 2010).

Como una manera de entregar una mejor cobertura, el SNS divide al país en áreas de salud, dejando en cada punto crucial un hospital a cargo de centros hospitalarios de menor complejidad, consultorios de atención primaria y postas rurales. En cuanto a la disponibilidad de médicos, se firma un convenio con la Universidad de Chile que da lugar a la creación de médicos generales de zona, los que tendrían que establecerse temporalmente en pueblos y ciudades pequeñas como un requerimiento académico para cursar sus especialidades (Larrañaga, 2010).

Finalizando este período se logra mejorar considerablemente las condiciones de salud; cae en un tercio las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad general cae a la mitad, todo gracias a los avances anteriormente señalados y básicamente a la extensión de la infraestructura hospitalaria y a la atención primaria en el país, así como la prosperidad en cuanto a los servicios sanitarios (Larrañaga, 2010).

A pesar de este robustecido sistema de salud, lo cierto es que con los años, las demandas sociales cimentadas en el descontento ante la incapacidad relativa de una respuesta en materia de protección y seguridad social, propiciaron el camino para que el país sembrara sus primeros pasos por un compromiso férreo del Estado con la clase trabajadora, inclusive se le reconoce con la expresión “Estado-Pueblo”. Pero nuevamente esta relación no fue suficiente, de hecho, a pesar de que se proyectara una política social y asistencial hacia el conjunto de la sociedad, lo cierto es que ellas exacerbaban aún más las contradicciones, puesto que, entre otras cosas; la infraestructura institucional no logra dar abasto por la creciente demanda social, los logros relacionados con la baja sustancial en los porcentajes de mortalidad en general, no pregonan prosperidad en la medida que avanzan ferozmente las cifras demográficas y la miseria (Illanes, 1993).

Frente a esta nueva realidad, la sociedad movilizada arremete nuevamente y presiona para conseguir una nueva alternativa política que transforme esta relación tan contradictoria entre Estado-Pueblo, es así que se tensa la demanda por una democratización del Estado. La causa alcanza su mayor expresión durante los años de la Unidad Popular, años en los que se logra movilizar y organizar la sociedad popular en torno a las urgencias en materia sanitaria, intentando a su vez, democratizar las instituciones asistenciales para que desde las clases populares y técnicas se proyectara un verdadero proceso democratizador (Illanes, 1993).

En este sentido, brotan las primeras vías para transformar la conocida Medicina Social hacia una Medicina Comunitaria y Democrática, como declaración de un verdadero y profundo compromiso con la realidad social del país. Una realidad vinculada al levantamiento de nuevos pueblos populares en los cuales la solidaridad organizada, las expresiones de autonomía, la participación de mujeres y jóvenes, provocarían a las instituciones políticas, religiosas y estudiantiles al deber de avanzar desde y con sus propias manos hacia una nueva historia que lucha por el cambio, orientado hacia la transformación de las estructuras del país (Illanes, 1993).

La medicina comienza a reclamar un mayor status frente a las demás ciencias sociales, atribuyéndose a su vez importantes avances en la práctica; el promedio de vida habría aumentado de 30 a 60 años, a su vez, la nueva estructura de atención a la madre y al niño habrían disminuido considerablemente la mortalidad infantil -considerada como el mayor triunfo histórico ante las plagas epidémicas del país-. Otro de los avances que se consiguen, se relacionan con la tecnología, de hecho los hospitales, son considerados como la “institucionalidad popular por excelencia”, logran mediante la universalidad del acceso a sus servicios entregar una atención médica de excelencia en cuanto a dos elementos; modernidad en su instrumentación y amplio conocimiento de los equipos médicos respecto del cuerpo sufriente. Esto último, se atribuye al hecho de que los sectores médicos se comprometen bajo el alero de la conciencia intellightsia, lo cual significaría a su vez, que su lideresa estaría avocada a la responsabilidad social con la comunidad y a la construcción de un pensamiento científico dedicado a la técnica (Illanes, 1993).

A fines de la época de los 60`, las promesas de los años 20` no fueron cumplidas, ya que no fue posible la incorporación del pueblo al estado. Estos aun buscan y lucha por el Poder. Es así que la movilización social se agudizó, no sólo porque los pobladores se expresaran, sino porque el gobierno se ve amenazado por las duras críticas que presentan los sectores de la oposición, en especial el llamado del candidato Salvador Allende en el Senado, en relación a la alta mortalidad infantil, una dramática desorganización en el Sistema Nacional de Salud y una generalizada ineficacia de las instituciones de la salud (Illanes, 1993).

A pesar de sus reparos, según el Ministro de Salud de aquella época, Ramón Valdivieso, el país había disminuido considerablemente la mortalidad general; la cobertura de salud en sectores rurales había avanzado sustantivamente, de hecho en el año 1964 en las zonas rurales contaban 156 médicos, mientras que para el año 1969 llegaban a ser más de 560; además se alcanzaron grandes avances en materia de infraestructura, se construyeron 45 nuevos hospitales y 35 consultorios, se sumaron más de 4.000 camas al sistema de salud. A su vez, en materia de democratización de la salud en relación al derecho de acceso a la atención de la comunidad, se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), y también, se incorpora al Sistema Nacional de Salud, servicios como las Fuerzas Armadas y las Universidades y por

último, se crea la Oficina de Planificación Sectorial de Salud que optimizaría los recursos y planificaría la cobertura social. Cabe señalar, que se sepultaría por siempre la idea de que existiera exclusividad de atención en los hospitales, destinados sólo a algunos sectores y no a la comunidad entera (Illanes, 1993).

Dada las condiciones de vida que se van suscitando en la sociedad chilena desde el Estado liberal, es que se comienza a divisar la profunda necesidad de ayudar o asistir a los más desvalidos, marginales y pobres que se encontraban en situaciones de profunda desventaja ante el poder que iban adquiriendo solo unos pocos mediante la economía y el trabajo del obrero. Es así, que se hace necesario ir en ayuda de éstos, por lo que distintas figuras como enfermeras, monjas, matronas y señoras intentan aportar a la realidad nacional bajo una mirada caritativa y de ayuda al prójimo (Quiróz, 1998).

Es por lo señalado, y ante el marco de la realidad internacional como nacional de acentuación de la desigualdad por el proceso de industrialización y la finalización de la Segunda Guerra Mundial, que se agudiza la pobreza, el hambre y desvalidez de los hombres, mujeres y niños. En efecto, comienza a surgir la gestión de Servicios Sociales *“con medidas legales tendientes a subsanar y/o paliar abusos, generando recursos de protección, de asistencia en que junto a las formas de ayuda privada se constituye la asistencia social organizada, con preparación de personal a las múltiples necesidades de las problemáticas humanas que se hacen evidentes por su magnitud”* (Quiróz, 1998:7).

Ante estos hechos, se comienza a forjar la profesión del Trabajo Social con figuras como la del Dr. Alejandro del Río, Luz Tocornal, Cecilia Cortéz, entre otros, que buscan dar respuesta a las problemáticas sociales, de salubridad, vivienda y mala calidad de vida de los obreros y sus familias, y así establecer los valores del servicio basado en la protección hacia los sujetos, como el respeto a su dignidad, lo cual se transformaría en la médula central de la naciente profesión (Quiróz, 1998).

Por consiguiente, es que la profesión se comienza a desarrollar y formar con la apertura en el año 1925 de la primera Escuela de Asistentes Sociales de Chile y Latinoamérica Dr. Alejandro del Rio, donde se otorgaba el título de Visitadora Social la cual se asocia por la labor que realizaban de visitar en los domicilios a los necesitados, el cual fue recomendado por San Vicente de Paul (Quiróz, 1998).

Además, el Dr. Alejandro del Rio visualizó a los profesionales como “*eficientes colaboradores en el campo de la salud*” (Quiróz, 1998:9) de modo que esta Escuela nace dependiente de la Junta Nacional de Beneficencia y de esta manera se da inicio a la profesionalización de los servicios sociales. Es en este sentido, que la profesión comienza a tener un carácter más bien feminista, laico y con orientación predominantemente médica de corte benéfico asistencial “*siendo su área de acción la salud, dado que la Junta Nacional de Beneficencia tenía como prioridad fundamental la organización y administración de hospitales para indigentes y asegurados*” (Quiróz, 1998:9).

Ante lo expuesto, es que la profesión en este periodo y en su primera etapa tendió a preparar a las Asistentes Sociales que fueran capaces de actuar en el campo médico social, como en organismos públicos de asistencia y seguridad social, dirigiendo su intervención al enfermo y su grupo familiar, y los problemas sociales que afectaban la recuperación de los pacientes, como el aporte que le otorgaban al médico de la situación del medio ambiente del paciente para contribuir al diagnóstico (Quiróz, 1998). Es por ello, que las Asistentes Sociales comienzan de una u otra manera a formar parte de las tareas de mediación entre el pueblo y las instituciones (Illanes, 2007).

2.1.3 Estado Subsidiario

La violenta arremetida del Golpe Militar en Chile en el año 1973, somete al país en una profunda transformación estructural, con este nuevo régimen se sepultarían definitivamente 50 años de Estado de Bienestar Social y el Pueblo que habría sido razón y objeto de la política social, ya no lo sería jamás (Illanes, 1993).

El Golpe Militar provocado por las fuerzas militares y por grupos políticos influenciados por Estados Unidos, la gran potencia mundial durante esos años, implementaron en el país las políticas neoliberales y el proceso de la globalización, las cuales se refuerzan mutuamente. Esto, originó una polarización de las políticas, convulsiones sociales y económicas (Solimano, 2000).

Lo señalado, no consta solamente de nuevas políticas económicas, sino que conlleva a angustias e inseguridades, desaliento y resistencia, exacerbándose el individualismo, la eficiencia y la competitividad. Es aquí, donde se enfatiza extraordinariamente todo lo privado a expensas de lo público, se concentran los poderes, ingresos y sobre todo las riquezas, buscando anular cualquier otra potencia e ideología, por lo cual, se comienza a promover la mercantilización de los espacios e intereses públicos. Además, se produce un desmantelamiento del poder estatal, lo que provoca la privatización de los servicios públicos, favoreciendo así al mercado, al sector privado y la inserción del capital extranjero, produciéndose una competencia con lo que quedaba de mercado nacional (Solimano, 2000). Esto genera una inestabilidad económica, que incrementa la exclusión social y sobre todo aumenta la pobreza del país alcanzando un 45.1% de la población nacional, en el año 1987 (Sánchez, 2002).

En cuanto a los cambios y reformas en materia de salud durante estos años, éstas se definieron por una profunda transformación de la visión de la sociedad, centrada exclusivamente en el individuo y en la iniciativa privada. Lo señalado, conlleva a la incorporación del sector privado, con una lógica de mercado, enfatizando así, la diversidad del consumo en la atención médica (MIDEPLAN, 2000).

Ante el escenario político, económico y social por el que pasa el país, que se comienzan a reestructurar y cambiar el funcionamiento del sistema de salud. Surgen diversas reformas como la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), siendo la primera expresión de descentralización territorial del sistema de salud y la municipalización de la atención primaria. Así mismo, se instaura un sistema dual de salud que se constituye con las ISAPRE y productores de salud particulares y la creación de FONASA. Este último, se crea a través del Decreto ley N° 27.603 en el año 1979, en donde se fusiona el SNS y el SERMENA, a partir de ello se crea FONASA y el cual

tomara la responsabilidad financiera de recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales de 27 instituciones de salud pública en Chile. FONASA, se constituye de manera descentralizada, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia, de este modo, se refuerza el proceso de municipalización de la atención primaria (Aedo, 2000).

Posteriormente el SNSS, es quien se hace encargado de 188 hospitales de distinta complejidad. Al igual que FONASA, este es un órgano que posee autonomía administrativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Esta reestructuración, tenía como primer objetivo aumentar la eficiencia y la eficacia en la gestión de recursos, enfatizando el compromiso con el diseño y la estructura de las políticas de salud, la gestión del financiamiento invertido en FONASA, la administración y ejecución de los servicios de salud (Aedo, 2000).

Con respecto a las ISAPRES, es importante mencionar que años atrás ya existían dos formas distintas de atención, los prestadores públicos y la libre elección que brindaba SERMENA, por lo que la experiencia y modalidad de esta funcionó como sustento técnico en la creación y desarrollo de las ISAPRES. Por ende, se crea el decreto Ley N° 3.626 en Febrero de 1981, siendo su función principal promover el aseguramiento de la seguridad social, a través de las cotizaciones obligatorias, pero operando con la lógica de seguros privados de corto plazo, es decir, estratificado por riesgos. Esto provocó un tipo de segmentación, diferente del sistema anterior, ya no por categorías laborales, sino por riesgos e ingresos de las personas (Vergara, 2007).

Posteriormente, en el año 1981 a raíz de lo anterior, se crean dos nuevas reformas, una de ellas se basa en la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 1-3.063 del año 1980, en donde se comienza un proceso de municipalización de los centros de atención primaria. Por esta razón, se traspasa cerca del 70% de los establecimientos de atención primaria con atribuciones reales y facilidades para el manejo de recursos, particularmente en el ámbito laboral a las municipalidades (MIDEPLAN, 2000).

Con el Decreto Ley 3.626 se revalida la libertad de elección, para todos los trabajadores dependientes, lo cual amplía su posibilidad de decidir si comprar o no un seguro obligatorio de salud en FONASA o ISAPRE, o elegir el plan de salud que le beneficiara. Simultáneamente y por obligación, se establece una cotización del 4% del ingreso bruto de los trabajadores, porcentaje que en el año 1986 aumenta obligatoriamente a un 6% del ingreso, para posteriormente estabilizarse en un 7%, el cual se conserva hasta el día de hoy, implicando un tope máximo de 4,2 UF mensuales (Aedo, 2000). Esto implica, un incremento significativo en el financiamiento sectorial, destinando gran importancia a los pagos y pre-pagos de las personas sobre el aporte fiscal, permitiendo rápidamente en desarrollo del sistema de ISAPRE. Es importante mencionar a raíz del desarrollo del sistema de ISAPRE, que al finalizar esta época existía un 16% de la población que se encontraba adscrita al sistema de aseguradores previsionales privados (MIDEPLAN, 2000).

Finalmente, en el año 1985 se dicta el Decreto Ley 18.469, cuyo objetivo es administrar el sistema de prestaciones de salud, *“Esta ley rige para todos los trabajadores independientemente de su condición laboral o del régimen previsional al que se hallen adscritos, y para las personas indigentes o sin capacidad de pago”* (Titelman, 2000:12). La normativa, promueve la eliminación de diferencias en el acceso a los diferentes sistemas de salud según la condición previsional, y busca reemplazar el financiamiento fiscal por un impuesto específico, por medio de cotizaciones y pagos por prestaciones, y focalizando los subsidios en los grupos de menor ingreso (Vergara, 2007).

Respecto al ente regulador del sistema de salud, el encargado durante la época fue FONASA, quien debía supervisar las acciones de las ISAPRES. Posteriormente, cerca de la década de los 90` y a través de la ley 18.993, se crea la Superintendencia de ISAPRES, entidad que tiene por objetivo fiscalizar, asegurar el cumplimiento de las normas vigentes y promulgar las disposiciones relativas al funcionamiento de la instituciones (Aedo, 2000).

Con lo expuesto, queda de manifiesto nuevos intereses, es así que en cuanto al sistema de seguridad social, se introducen categorías provistas desde el mercado, tales como la elección, la competencia, la privatización y el mérito de lo individual por sobre lo social (Larrañaga, 2010).

En definitiva, la irrupción del Golpe Militar originó una profunda transformación en cuanto a las políticas sociales, puesto que los esfuerzos se petrificaron en la simpleza de reducir la pobreza en el país, mientras que estructuralmente se introduce la lógica del mercado neoliberal en las instituciones centrales como por ejemplo, la seguridad social y la salud. A su vez, se deposita en los individuos la responsabilidad del alcance de su propio bienestar, es decir, ya no sería deber del Estado propiciar políticas e instituciones para que sus ciudadanos estuvieran “bien”, sino que estaría a la carga del propio sujeto (Larrañaga, 2010). La verbalización de este nuevo cambio, está ejemplificado en la redistribución de los ingresos pues, ésta última quedaría *“relegada a transferencias monetarias de bajo monto, dirigidas a los sectores con mayor pobreza, reemplazando a las políticas que eran utilizadas hasta la fecha con ese fin, como los controles de precios, los impuestos diferenciados y los salarios mínimos por sector económico”* (Larrañaga, 2010: 11).

Por tanto, la política social comienza a tecnificarse, de hecho serían seleccionados ya no por su estratificación laboral, sino que a través de un instrumento de focalización (Ficha CAS), la cual permitiría evaluar la condición socioeconómica de los hogares mediante un puntaje. La Ficha CAS, encarna el símbolo del cambio de paradigma, puesto que como se indicó anteriormente durante el Estado de Bienestar Social, los beneficios estarían distribuidos según la afiliación laboral, mientras que durante el Estado Subsidiario, los beneficios serían entregados desde un carácter residual, asistiendo tan solo a los “más pobres” (Larrañaga, 2010).

En este sentido, el Trabajo Social en el periodo anterior logra un gran desarrollo ya que se ampliaron las Escuelas y el contingente de profesionales, creándose en el año 1955 el Colegio de Asistentes Sociales y se cambia oficialmente la denominación de Visitadora Social por la de Asistente Social y así una mayor profesionalización, como también la incorporación paulatina de distintos métodos de intervención como el Trabajo

Social de Grupo que fue incorporando actividades de corte recreativo y terapéutico que se utilizaba especialmente en los servicios hospitalarios; y a su vez comienza a desarrollarse el Trabajo Social Comunitario, el cual lleva la intervención profesional al campo de lo local (Quiróz, 1998).

Además, la profesión comienza a tomar gran importancia social en el periodo de la Reforma Agraria, ya que la intervención profesional inicia un proceso productivo de estrategias para la promoción de la alfabetización de los campesinos y obreros, pero a su vez, un trabajo arduo en distintos ámbitos como las juntas de vecinos, clubes juveniles y deportivos, sindicatos, entre otros, pero sin un mayor reconocimiento a nivel gubernamental, tanto en la planificación como en las instituciones. Por ello, el Trabajo Social comienza un proceso de repensar y cuestionar su quehacer, sus métodos y la intervención que se estaba aplicando, es así que se emprende un proceso de “reconceptualización” tomando su mayor auge en el año 1967. Esto llevo a las Escuelas de América Latina a analizar y modificar sus mallas curriculares en contenidos y metodologías, lo cual *“influyo en que se ampliaron las perspectivas y enfoques de lo global y específico, con respecto a la realidad. Esto llevo a la profesión a considerar el contexto latinoamericano, valorando la propia idiosincrasia de cada país, pueblo o religión”* (Quiróz, 1998: 16).

A partir de estos procesos, la profesión comienza un importante auge en la participación social y política del país, que se incrementa con el gobierno del presidente Salvador Allende y la polarización de ideologías, lo que constituyó en una sobreposición de lo político-activista a lo social (Quiróz, 1998).

Lo expuesto anteriormente, se ve fuertemente afectado con el Golpe Militar ya que se cierran muchas de las Escuelas de Trabajo Social por su fuerte influencia político social, lo que llevó a cerrar muchos de los espacios democráticos en los que trabajan los profesionales, por lo que *“nuevamente relego al Trabajo Social a un plano asistencial, entregándose al voluntariado acciones de carácter profesional”* (Quiróz, 1998: 17)

Ante la situación compleja que atravesaba paralelamente el país y la profesión, es que los Trabajadores Sociales no pierden el espíritu de su quehacer y lo refuerzan abriéndose a nuevos espacios, con tareas concretas a través de organizaciones de apoyo, externas e internas, como los comités de viviendas, comedores familiares, trabajo con familias de detenidos, entre otros (Quiróz, 1998).

2.1.4 Estado Integrador

Durante la década de los 90`, con el retorno a la democracia junto al gobierno del Presidente Aylwin y los gobiernos de la época, se comienza a abrir una nueva etapa en la concepción de las políticas sociales, reafirmando el papel que debe jugar el Estado en el ámbito social, lo que consistía en la redefinición de la relación poco existente durante los años anteriores entre crecimiento económico y desarrollo social, enfatizando y procurando la complementariedad entre ambos procesos (Raczynski, 2002). Junto con ello, se aúnan los esfuerzos para ampliar las coberturas y mejorar la red de la salud pública, esta vez sin realizar ninguna modificación a las leyes vigentes (Erazo, 2011).

El Ministerio de salud de la época, impulsa un acercamiento de las personas a la salud pública, promocionando para ello, la participación y el control social con el eslogan de “*mejorar la salud entre todos*”. Esta campaña, según el Ministerio se encontraba en un contexto determinado por la conformación de hábitos y conductas de las personas, aspirando al aprendizaje y al compromiso con el cuidado de la salud. El propósito final de la campaña, fue que los diversos grupos sociales colaborasen con la identificación de sus propios problemas y necesidades en materia de salud, a través del control de las tareas, que debían entregar los establecimientos de salud, y prosperando su propio desarrollo y búsqueda de soluciones (Ministerio Secretaria General de Gobierno, 1995).

Para facilitar la participación de los usuarios y de la comunidad, en la redefinición de iniciativas que permitieran mejorar la calidad y la atención del sistema de salud público, el MINSAL se empeñó por crear instancias participativas a nivel hospitalario bajo acuerdo de las realidades sectoriales y locales. Estos eran llamados Consejos de Desarrollo, integrados por representantes de la comunidad, seleccionados

por los usuarios de las organizaciones y del propio personal del establecimiento de salud (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 1995).

Paulatinamente, se fueron realizando modificaciones de forma interna, por ejemplo, cambios y redefiniciones en el MINSAL, además de la materialización de una reforma pragmática centrada en la creación de un nuevo perfil demográfico, cultural y epidemiológico de la población chilena. La estrategia aplicada en esta época, fue esencialmente la de modificar el sistema de salud público en la organización de su financiamiento, invirtiendo e incrementando para ello la infraestructura y equipamientos hospitalarios, como también los salarios y dotaciones del personal. Esto significó, que la inversión pública aumentara en diez veces respecto al valor presupuestario sectorial, llegando a 86 millones de dólares (Erazo, 2011).

Los mayores aportes en materia de salud que se realizaron en la época, fueron mejorar la cobertura y la calidad de la atención *“se destinaron recursos para dotar a este sector de los bienes, servicios y personal necesarios para mejorar la atención primaria, poniendo el énfasis en la prevención”* (UNICEF, 2004, 17). Junto con esto, se extienden los horarios de atención y se crean programas destinados a reforzar la atención de grupos específicos y más vulnerables de la época, siendo estas mujeres, niños y ancianos (UNICEF, 2004).

En cuanto a la municipalización puesta en marcha en los años 80`, ésta comienza a mejorarse, puesto que se perfeccionan las estructuras del sistema de salud nacional. El SNSS, continua con su estructura y funcionamiento, pero concentraba un gasto mucho más elevados que el de años anteriores, lo que permitía realizar mayores inversiones dirigidas a las remuneraciones del personal e incrementando las dotaciones en falencias de la salud pública. Sin embargo, según el MIDEPLAN esta inversión de no cambiaba la estructura respecto al régimen militar que precedía, los cambios no eran suficientes como para alardear de que se había logrado una transformación de la estructura de fondo, ya que en la realidad estos cambios, sólo resultaban ser pequeñas modificaciones poco sustanciales. No obstante, era notorio el fuerte desarrollo que se estaba realizando en el sistema de salud privado, se podría decir que estaba potencialmente consolidado,

ofreciendo diversas soluciones a las personas, en cuanto a calidad y costo, pero siempre dependiendo de los ingresos y riesgos de las personas (MIDEPLAN, 2000).

La innovación en políticas sociales, se enfatizaba en la puesta en marcha de diversos programas e instituciones que orientaban su accionar hacia los grupos más vulnerables de la población, con el propósito de cambiar las condiciones de vida de los beneficiarios. Según Larrañaga, en esta época se crearon alrededor de 400 nuevos programas en todas las áreas sociales, en las cuales participaron cerca de 80 instituciones relacionadas con la materia (Larrañaga, 2010).

Las estrategias utilizadas durante esta época por la clase política, permitieron rescatar el sistema público de salud, a través de masivos programas de inversiones y recuperación de la renta de funcionarios de la salud. En cuanto a otros sectores sociales, éstos optaron por recuperar la oferta pública, evitando todo tipo de conflicto que pudiese haber intervenido en la transición de la democracia del país. Al mismo tiempo, se le permitía a los sectores más acomodados seguir cotizando en las ISAPRES sin ningún inconveniente, en nombre de la libertad de la elección (Larrañaga, 2010).

Cabe señalar, que el país ha tenido una larga trayectoria en materia de políticas sociales para el combate de la pobreza y la expansión del acceso a los servicios sociales de la población. Actualmente, se posiciona como el tercer país que posee menor incidencia de pobreza e indigencia en América Latina y el Caribe, debido básicamente a los aportes de las políticas implementadas desde los años 1990, las cuales de una u otra manera, sintetizan los esfuerzos de las décadas precedentes, lo cual significa que en teoría las personas son entendidas como sujetos de derechos para el Estado chileno. Además, es posible señalar que, por un lado ha habido una consolidación de la oferta de políticas sociales en cuanto a la diversidad de los requerimientos de la población, y por otro se ha experimentado una creciente especialización de las políticas en cuanto a los ejes de la protección y promoción social (Robles, 2011).

La protección social, es entendida como el conjunto de políticas que buscan responder a las distintas contingencias y riesgos que enfrentan los sujetos durante este periodo. En definitiva, la protección social se comprende e implementa de distintas maneras en América Latina como una política para dar cumplimiento a los derechos sociales y económicos para la totalidad de la población -no solamente para quienes vivencia una situación de pobreza- (Robles, 2011).

En el contexto nacional, la protección social nace como un eje de la acción política con un fuerte énfasis en la población más vulnerable y pobre durante los años 90`, y se expande en la dirección de un sistema más amplio en cuanto a las coberturas y prestaciones a partir del enfoque de derechos (Robles, 2011).

Durante la última década, se han puesto en marcha descubrimientos y reformas importantes en cuanto a protecciones sociales, las cuales tienen por propósito ampliar efectivamente la cobertura de las prestaciones, de esta manera el sistema de protección social está conformada por una amplia red de programas sociales (Robles, 2011).

En relación a lo anterior, una de las reformas que se inicia bajo la política de protección social es a fines de la década de los años 90`, en el contexto de la campaña presidencial de Ricardo Lagos Escobar, donde compromete a los agentes del sistema de salud público avanzar hacia una nueva reforma de salud, como una de las acciones emblemáticas de su gestión, la cual se conoció posteriormente como Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE). En aquel instante se establece por un lado, la Carta de Derechos y Deberes en Salud, la cual tiene como objetivo garantizar que toda persona tendrá un acceso de calidad en salud, independiente del sector en el que se encuentre, y por otro lado, se crea el Fondo de Compensación Solidario, que busca un acceso igualitario de calidad a la salud pública y privada (Erazo, 2011).

Posteriormente, en el año 2004 se promulga la ley 19.937 llamada Autoridad Sanitaria, la cual tiene por propósito formular y evaluar el AUGE, el que incluye acciones de salud pública y prestaciones que tienen derecho los beneficiarios. A pesar de aquello, las negociaciones para aprobar el AUGE, se detienen debido al diseño del

Fondo de Compensación Solidario, donde su objetivo principal era propiciar la equidad entre ambos sistemas, ya que éstos presentaban desigualdades en cuanto al acceso y la calidad. Con este hecho, el eje central es dar mayor solidez al sistema desde los enfermos no- AUGE a los enfermos AUGE, independiente de su situación previsional. Es así que *“el nuevo enfoque generaba la posibilidad que los hospitales públicos, frente a los nuevos incentivos y la normativa, pudieran postergar a un enfermo no-AUGE FONASA, en beneficio de un enfermo AUGE ISAPRE. Esta mayor solidaridad admitía la posibilidad de generar inequidad, toda vez que el enfermo no-AUGE fuera carente de recursos. Así, el Fondo fue perdiendo apoyo político”* (Erazo, 2011: 21). Lo anterior, presentó un escenario complejo, ya que los posibles pacientes AUGE, se les asignarían precios diferenciados según su afiliación, no a precios institucionales como primeramente se había pensado, lo que generaría más inequidad en el sistema de salud (Erazo, 2011)

Por tanto, el AUGE lo que rescata fundamentalmente es el hecho de que la administración de las cotizaciones previsionales de salud conlleve a obligaciones que el Estado puede asignar a los administradores públicos y privados en términos de coberturas mínimas a las cuales tienen derecho los afiliados y sus cargas, por tanto se puede señalar que *“llegaba a su fin el escenario implantado en los años ochenta, en el cual las ISAPRES podían administrar el 7% sin obligaciones mínimas de cobertura. Proporcionalmente en términos de población afiliada esto adquiriría su mayor importancia en el caso de FONASA, y de un gran impacto y expectativa en todo el país”* (Erazo, 2011: 21).

Como fue visto anteriormente, el AUGE es una de las políticas públicas más importantes en el sector salud de los últimos tiempos, porque no sólo entrega un beneficio, si no que cambia el marco institucional de las relaciones y acciones de los actores, así lo da a conocer el PNUD *“ representa una política innovadora que se aleja de la formulación jerárquica y tecnocrática, porque introduce una nueva visión del paciente en las prácticas de atención en salud, al otorgarle el estatus de portador de derechos y no de beneficiario de un servicio”* (PNUD, 2009: 69).

Dada las limitaciones de la reforma AUGE, se redefine en el año 2005 con el Régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES), que concentra su propósito principalmente las garantías explícitas, tales como: el acceso, la oportunidad, protección financiera y la calidad (Erazo, 2011).

El GES, surge para definir e integrar nuevas garantías explícitas las cuales serán tratadas tanto por FONASA como por las ISAPRE, pero además para asegurar cuatro puntos centrales; uno es el acceso, el cual se entenderá como el Derecho por ley de la prestación de salud, el segundo es la oportunidad, entendida como tiempos máximos de esperas para el otorgamiento de la prestación, el tercero, es la protección financiera donde la persona beneficiaria cancelará un porcentaje de afiliación, y por último la calidad, entendida como el otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado. Es así, que hoy en día existen 80 patologías a tratar por esta reforma (Superintendencia de Salud, 2014).

En síntesis, de acuerdo a la literatura consultada, la situación de la salud en Chile, tal y como se ha expuesto desde un comienzo, comprende cinco grandes etapas, que se diferencian por períodos cronológicos concretos en la historia del país. Cada período coincide con épocas en las que Chile se enfrenta a profundos cambios de paradigmas, lo cual significaron que los vaivenes de su construcción se encontraran fuertemente encomendados a las voluntades políticas, y por supuesto a la presión de dos actores que resultan ser imprescindibles durante este proceso, el primero corresponde a los movimientos sociales y el segundo a los profesionales de la salud. Desde sus diversas competencias, estos actores han aportado al logro de los estándares actuales de salud que mantiene a Chile dentro de una lista “honrosa” a nivel internacional.

En este sentido, habría que resaltar que en materia sanitaria se ha avanzado –en la medida de lo posible- según las necesidades específicas de cada período. Es así, que en un primer momento fue ineludible dar soporte a cuestiones más técnicas que guardaban relación con la disponibilidad de recursos humanos en salud, es decir, que los especialistas sanitarios fueran suficientes y además competentes para la red asistencial del país. Luego de incorporadas las medidas para el progreso de este déficit, las aspiraciones se encaminaron en relación a las demandas que buscaban ampliar la

cobertura de salud en el contexto de la naciente cuestión social enfocada en los obreros y sus familias. Una vez superadas estas dos etapas, lo que quedaría sería robustecer el sistema de salud otorgando mayor interés por la educación de los profesionales de la salud, así como también vigorizar la red asistencial con infraestructura y modernización en los procedimientos. A su vez, se observa un interés por entregar mayor cobertura a ciertas enfermedades, y entregar también soporte a las prestaciones de salud abocando los esfuerzos por mantener el sistema dual, y desde luego apostar con ello a certificar la calidad de sus prestaciones.

A pesar de todo ello, la realidad sanitaria convive aún con profundos desequilibrios, los cuales se concentran principalmente en la cobertura desigual que otorga el sistema de salud, lo que dificulta una prestación de calidad igualitaria para todos. En este sentido, se amplía el debate por la conservación de un sistema de salud dual que imprime los deseos de otorgar calidad en sus servicios, pero que no ha sido capaz de dar soporte ético a la separación de sus prestaciones, es así que en este punto se juega el desafío de un cambio estructural del sistema de salud. A pesar de ello, hay cambios a nivel más operativo que también desafían la calidad del servicio, entre ellos se plantea la necesidad de conocer la manera en cómo se están generando las relaciones entre los usuarios y los administrativos de salud.

En este periodo el Trabajo Social mantiene como finalidad en su intervención *“...construir una mejor calidad de vida social, propósito que se asemeja a la democracia y agrega que lo que define de la democracia es la calidad y la naturaleza de los medios que empleo para el logro de los objetivos sociales”* (Sánchez, 2002:15). Es por esto, que se propone una concepción integrada de la pobreza para la intervención del Trabajo social, que es reflejada a partir de una experiencia humana fracasada, una calidad de vida personal y social deteriorada. Es así que la pobreza, sería intervenida a partir de la relación que tienen los individuos con ellos mismos, con otros y con el ambiente psicosocial y ecológico (Sánchez, 2002).

De acuerdo a lo anterior, se reconoce la modalidad de la relación social con la cual se pretende alcanzar el crecimiento de la producción y de la productividad, la superación de la pobreza y la mejor calidad de vida que demanda la voluntad política del

Estado, la participación activa de la sociedad civil y el propio compromiso de los sujetos más afectados. En este sentido, es fundamental la participación de las colectividades para la definición, selección, ejecución y control de las actividades para lograr estos fines (Sánchez, 2002).

2.2 La salud como derecho.

2.2.1 Origen del enfoque de derecho en la salud.

En la historia de la humanidad, han existido conflictos, guerras o levantamientos populares, que surgen como reacción a circunstancias inhumanas e injustas. Es así, que uno de los conflictos políticos y sociales importantes de la historia, es la Revolución Francesa por las consecuencias humanas que deja este periodo para derrocar el antiguo régimen y abolir la monarquía (ONU, 2014). Tras las consecuencias que evidencia la Revolución Francesa en el año 1789, se proclama la primera Declaración de los Derechos del Hombre y Ciudadano para el cimiento de la constitución de la República Francesa, ya que se considera que *“la ignorancia, el olvido o el desprecio de los derechos del hombre son las únicas causas de los males públicos y de la corrupción de los gobiernos”* (Declaración de los Derechos del Hombre y Ciudadano, 1789: 111).

Entrado el periodo de la sociedad contemporánea, nacen nuevos conflictos políticos, sociales, económicos e ideológicos, que dan origen a dos guerras mundiales que dejan nuevas consecuencias humanas. Por ello, con el fin de la Segunda Guerra Mundial y el surgimiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 1948, la comunidad internacional se compromete a no permitir que sucedan nunca más atrocidades como las de aquellos períodos, surgiendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), ésta que incluye treinta derechos fundamentales como base para una democracia. La declaración fue adaptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre, y establece que los Estados miembros deben promulgarla, exhibirla, leerla y educarla a sus pueblos (ONU, 2013).

A partir de lo señalado, es que el concepto de Derechos Humanos comienza a cobrar relevancia en el mundo, ya que el ser humano se sitúa al centro de la

preocupación y no los intereses económicos, políticos e ideológicos. Además, se releva la dignidad de la persona frente al Estado, así lo señala Pedro Nikken *“el poder público debe ejercerse al servicio del ser humano: no puede ser empleado lícitamente para ofender atributos inherentes a la persona y debe ser vehículo para que ella pueda vivir en sociedad en condiciones cónsonas con la misma dignidad que le es consustancial”* (Nikken, 1994: 23).

Los Derechos Humanos tienen dos características importantes de señalar, por un lado son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y grupos, contra acciones que entorpezcan la libertad y dignidad de los sujetos *“... todo ser humano, por el hecho de serlo, es titular de derechos fundamentales que la sociedad no puede arrebatarle lícitamente. Estos derechos no dependen de su reconocimiento por el estado ni son concesiones suyas; tampoco dependen de la nacionalidad de la persona ni de la cultura a la cual pertenezca. Son derechos universales que corresponden a todo habitante de la tierra”* (Nikken, 1994: 24). Además, los Derechos Humanos son inalienables ya que son innatos a la persona y no se puede enajenar de ellos, tampoco renunciar, por ende son intransferibles, y por último son imprescriptibles ya que no tienen fecha de caducidad (Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, 2006). Por otro lado, los Derechos Humanos son normas internacionales acordadas por los países miembros de la ONU. Estos engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, los cuales llevaron a la creación de diversos tratados internacionales de derechos humanos, como por ejemplo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966) como también el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP 1966), entre otros, donde los gobiernos asumen la obligación legal de respetar, proteger y efectuar los acuerdos. Dichos tratados se centran en distintas categorías o grupos, como por ejemplo, los derechos de los niños, las mujeres, las personas discapacitadas, y ámbitos como la educación y la salud, entre otros (ONU, 2008).

El derecho a la salud es un tema fundamental y transversal, que surge del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966), señalado en el artículo N° 12 que *“los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental”* (ONU, 2008: 11). Además, la Observación General N°14 considera importante aclarar que *“... la*

importancia de enfatizar los determinantes de la salud al establecer que la salud depende de y contribuye a, la relación de muchos otros derechos humanos, como el derecho a la alimentación, condiciones de vida adecuada, privacidad y el acceso a la información” (ONU, 2008: 11).

La Observación General N°14, considera además esencial la libertad y los derechos. Por un lado, la libertad incluye *“el derecho de las personas a no ser sometidas a tratamientos médicos no consensuados, a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, y el derecho a controlar su propio cuerpo con inclusión de libertad sexual y reproductiva”* (ONU, 2008: 12). Por otro lado los derechos, incluyen el acceso a un sistema de protección de salud, que contienen promoción, tratamiento y control de enfermedades (ONU, 2008).

De acuerdo a la ONU, existen además cuatro componentes de suma importancia para llevar a cabo el derecho a la salud, éstos son: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La primera, consiste en un funcionamiento apto de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención de salud, como programas de salud que abarque a la población en su totalidad. La segunda, corresponde al mandato de no discriminar a las personas según sus condiciones físicas, económicas y de información. La tercera, consiste en el respeto a la ética médica y la cultura de los individuos, pero a su vez a la confiabilidad que se entregue durante la atención médica a éstos. Por último, se encuentra la calidad donde se señala que *“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico-médico y ser de buena calidad”* (ONU, 2008: 13).

Los componentes señalados, son fundamentales para el desarrollo humano, ya que van acortando las brechas de desigualdad existente en el mundo, como también las injusticias e inhumanidades que se han generado por diversos motivos económicos, políticos e ideológicos (Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, 2006).

Con ello, surge un Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH), como un marco conceptual para llevar a cabo un proceso de desarrollo humano, el cual tiene dos características, por un lado es normativo ya que debe estar basado en las normas internacionales de los derechos humanos, y por otro lado, es operacional ya que promueve y otorga protección a estos mismos (Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, 2006). Su principal objetivo es *“propiciar avances mejores y más sostenibles del desarrollo analizando y combatiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias (de jure o de facto) y las relaciones de poder injustas que cierran a menudo en su núcleo los problemas de desarrollo”* (ONU, 2008:1).

Finalmente, el EBDH tiene por propósito garantizar el derecho a la salud, ya que se considera que la caridad como mecanismo para la superación de los problemas, no es suficiente. Es por lo mencionado, que para lograr los planes, las políticas y los procesos de desarrollo en materia sanitaria, es necesario que los derechos estén incluidos en un sistema que contribuyan a *“promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar”* (Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, 2006: 15).

Sumado a lo anterior, el EBDH señala que *“el Estado debe actuar como garante de los derechos, lo que requiere en primer lugar, que los derechos sean especificados en términos medibles y verificables, y en segundo lugar, que se establezcan garantías y mecanismos de exigibilidad que aseguren el reconocimiento del derecho por los responsables de esa obligación”* (PNUD, 2009: 71). Esto sugiere que las políticas públicas consideren nuevos escenarios, roles y responsabilidades, lo cual genera en los distintos contextos culturales un choque con las identidades de cada uno de los actores que participan de éste, lo cual podría repercutir en las distintas prácticas (PNUD, 2009).

En Chile, el EBDH se evidencia a partir de la gran reforma de salud AUGE con el retorno a la democracia, ya que éste se presenta como un nuevo sistema sanitario que cambia la lógica de las políticas públicas, porque *“no es lo mismo prestar servicios o*

entregar bienes que transferir derechos” (PNUD, 2009: 71). Es por ello, que esta reforma identifica a los titulares de derechos y a su vez, a los titulares de deberes y obligaciones, lo cual vigoriza aún más la capacidad de los actores (PNUD, 2009).

El EBDH, ha significado para el país la exigencia de nuevos estándares para la creación y evaluación de políticas públicas en el sistema sanitario, lo que significa la incorporación de nuevos agentes en su construcción, tales como los actores sociales y el entorno institucional. Éstos últimos, son considerados relevantes para el éxito de la política pública debido a que, sus prácticas facilitan y/o dificultan la lógica del mismo enfoque. Lo anterior es fundamental, ya que no sólo se estaría contemplando la evaluación de los objetivos de la política como indicador propio del desarrollo de éstas, sino que a su vez, se suma una nueva guía; los actores sociales (PNUD, 2009).

2.2.2 La calidad en la salud.

En la última década, la calidad en la atención de salud ha sido un tema importante, específicamente por la exigencia legítima de los usuarios y las prácticas clínicas que se llevan a cabo, que en ocasiones resultan una pérdida de la calidad (MINSAL, 2005).

Según la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC), el concepto de calidad se entiende como *“un conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente* (Vidal, 2006:4).

La calidad en salud, ha ido evolucionando a lo largo de la historia, desde un principio este concepto se regula bajo la propia conciencia y código deontológico de la profesión de las enfermeras y médicos (Vidal, 2006).

Durante el siglo XX se comienzan a realizar los primeros estudios y métodos para clasificar y medir los resultados finales de la asistencia hospitalaria. En los años 50` en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos tienen como finalidad generalizar las normas de acreditación en los hospitales y aparecen las primeras definiciones de parámetros de calidad (Vidal, 2006).

En Chile en el año 1952, comienza a difundirse la técnica de auditoría médica a través de artículos y traducciones en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud. La auditoría médica, se define como una evaluación de la calidad de la atención médica, a través de la revisión, observación y datos estadísticos de los hospitales, su propósito principal es procurar que los enfermos reciban la mejor atención médica posible, siendo su objetivo elevar la calidad (Osorio; Fernández; Araya; Poblete, 2002).

Posteriormente, en 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, constituyendo una de las bases del desarrollo del control de calidad en la atención en salud. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: análisis de la estructura, sanitaria análisis del proceso y análisis de los resultados (Vidal, 2006).

En los años 80`, se manifiesta un interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud, en este periodo se comienzan a implementar políticas neoliberales, en materias sanitarias, con ello, las organizaciones de la salud tienen como finalidad promover el mejoramiento de la calidad, a través del proceso de mejoramiento continuo y la administración total de la calidad (Vidal, 2006).

A partir de la década de los años 90` y alrededor del año 2000, el Ministerio de Salud, desarrolla tres sistemas de evaluación externa de hospitales, acreditándolos en el programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias (IH), y entre los años 1996 a 2000 se empieza a desarrollar el programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH), acreditando instituciones más complejas y de

urgencias, a través de la evaluación de estándares de atención y calificación de unidades para la atención, en conjunto con los servicios de salud (MINSAL, 2005).

Para comprender el concepto de calidad en la atención en salud, es imprescindible incluir la visión clásica del Doctor Avedis Donabedian, a quien se le ha catalogado como a uno de los más importantes precursores en la materia. Dicho médico, indica que la comprensión del concepto varía necesariamente de una sociedad a otra, y que a su vez, se compone de tres elementos en la atención; por un lado, la atención técnica, por otro el manejo de la relación interpersonal, y por último el ambiente físico en el que desarrolla todo el proceso de atención (Donabedian, 1990).

En cuanto a la atención técnica, ésta se subdivide en cuatro subdimensiones; el primero corresponde a la base científico-tecnológica de la atención, el segundo a los recursos económicos y materiales, el tercero a las características y preferencias de los pacientes, y el cuarto a los objetivos sociales (Donabedian, 1990).

La base científica-tecnológica de la atención, refiere a que cuando las personas buscan atención médica, lo probable es que evalúen su satisfacción mediante indicadores razonables de calidad, pero si es necesario ser más rigurosos en cuanto a la atención, ellos evaluarían su bienestar en relación a su estado anterior, sumado a la valoración sobre la tecnología utilizada durante el proceso de su atención (Donabedian, 1990).

La siguiente dimensión, corresponde a las diferencias en la disponibilidad y característica de los recursos humanos y materiales. Para comprender dicha dimensión, el autor, otorga un primer antecedente; es preciso considerar lo que es posible –razonablemente- de realizar dentro de un ambiente determinado para lograr una calificación adecuada de calidad en dicha prestación. Indica además que, seguramente la mayoría de las evaluaciones determinarían su atención en sí efectivamente lo diseñado está siendo ejecutado, así como también, en que dicha intervención produjere los mayores beneficios de salud según los recursos y conocimientos/capacidad disponibles. Lo cierto es que, si hubiera que medir solamente lo anteriormente señalado, quedaría de manifiesto una verdadera inclinación hacia la calidad, y es por ello que es necesario

establecer una norma más universalista que estableciera por un lado, los estándares entre lo que ocurre y lo que razonablemente se podría esperar que ocurriese, y lo que debiese suceder si es que se eliminaran las limitantes de recurso (Donabedian, 1990).

En cuanto a la tercera dimensión, sobre las características y preferencias de los pacientes, se hace necesario recalcar la idea de que las evaluaciones en relación a la atención médica, varían en tres maneras: las características biológicas, comportamiento y preferencia de los pacientes. La primera contiene las diferencias en riesgo y susceptibilidad, la reacción a las terapias, diferencias genéticas, riesgos de patógenos infecciosos y no infecciosos. En definitiva, recalca la importancia de tomar en cuenta el diseño de estrategias que tiendan hacia la efectividad y eficiencia del diagnóstico y el tratamiento. En relación a las diferencias de comportamiento de los pacientes, es preciso indicar que éstas surgen durante la atención de la salud recibida e interactúan en ellas las diferentes posturas valóricas de los pacientes, así como también la cultura, el conocimiento y la situación imperante. Tal es la relevancia de esta dimensión, que según el autor en ésta se sustentarían cuestiones como la elección de las estrategias de atención disponible, lo cual lo ejemplifica de dicha manera; *“hay que considerar si el paciente se presta a una observación prolongada, si llegará a las citas y si se someterá realmente a un régimen de atención, ya que todo eso ayudará a determinar si las investigaciones deben iniciarse inmediatamente o si pueden posponerse, si los medicamentos se darán oralmente o se inyectarán...”* (Donabedian, 1990:115). La última diferencia se encuentra en las preferencias, es aquí donde se altera fundamentalmente el significado de la calidad según el parecer de cada paciente, puesto que se ponen en juego los objetivos y logros de la atención que cada uno de éstos aspira a alcanzar mediante la atención recibida. Así mismo, las diferencias sobre las preferencias surgen de acuerdo a los valores que culturalmente definen al sujeto, entre los cuales se manifiesta el miedo a la muerte, el apego a la vida, la aceptación del riesgo o incapacidad, el valor del futuro en relación al presente. Es decir, se valora qué es funcional o útil para una sociedad determinada (Donabedian, 1990).

El segundo componente de la atención, es el manejo de la atención interpersonal, la que se manifiesta en los diversos estilos de relación que se dan entre los proveedores de la atención de la salud y el paciente. Dicha relación varía de un lugar a otro, dependiendo de los valores que según la cultura y costumbres locales dispongan como lo

correcto, propio o moral. Tal es la relevancia de los valores en juego que, de no ser considerados dentro del análisis para la mejoraría en la calidad, se estaría suprimiendo la capacidad de evaluar cuáles de todos los estilos de transacción entre el paciente y proveedor de la atención en salud, sería la más adecuada con el fin de lograr la participación de los pacientes con mayor efectividad (Donabedian, 1990).

El tercer y último componente de la atención, es la preponderancia del espacio físico, entendido como las características del medio en el que se proporciona la atención y en la que ésta se hace aceptable o deseable. Para el Doctor Donabedian, *“No es posible aceptar, casi intuitivamente, que lo que se estima aceptable o deseable en este respecto tiene que variar de una sociedad a otra”* (Donabedian, 1990: 114) puesto que, las diferencias materiales y de nivel de vida son para todos los seres humanos muy diferentes, inclusive dentro de una propia región podrían estar sucediéndose diferencias abismantes entre unos y otros. Es por lo anterior que, lo aceptable o deseable del medio en cuanto la atención dependerá de factores culturales de una sociedad determinada, la cual a su vez, establecerá lo bueno o lo correcto (Donabedian, 1990).

Luego de haber recorrido los planteamientos clásicos sobre la calidad de la atención en salud, se hace necesario volcar la mirada hacia lo más actual, en esta línea aparece la Organización para la Excelencia de la Salud (OES). Tal institución, nace en Colombia en los años 90' y se consolida como una organización privada sin fines de lucro, que busca fomentar y liderar el mejoramiento de la atención en salud mediante la generación, identificación y adopción de ciertos conceptos y metodologías innovadoras utilizadas en diferentes países del mundo, que mediante su puesta en marcha contribuyan a la formulación e implementación de políticas en el sector salud (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Una de las propuestas que ofrece la OES, es que la calidad de atención en salud no puede sólo definirse desde el punto de vista de un solo actor del sistema, y es por ello que el paciente, el prestador y el asegurador, aun considerando la eventualidad de percepciones diferentes, no contradicen ni anulan los determinantes que al juicio del otro actor, son más valiosos (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Es en este sentido, que probablemente para el usuario aspectos como la amabilidad o disponibilidad de tiempo del prestador, características ambientales donde reciba la atención, el tiempo que transcurre entre la solicitud y recepción del servicio. Es así, que estas características pueden determinar su valoración de la calidad, en la medida en que sean particularidades que puedan evaluar fácilmente. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de la tecnología empleada durante la atención recibida, son aspectos que no pueden ser evaluados fácilmente. Desde la otra veredera, el prestador, eventualmente valoraría la calidad en aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, mientras que para el pagador del servicio, la eficiencia, manifiesta en el costo de las intervenciones y la efectividad de ésta para evitar la enfermedad o recuperar la salud. En definitiva, la calidad en salud dependerá de múltiples variables que sumadas, darían un valor completo e integral a la atención en salud (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Además, la OES propone un modelo heredado del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, en el cual se disponen seis dimensiones para que la atención en salud sea de calidad, éstos son: la efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad y atención centrada en el paciente (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

En cuanto a la primera, estaría dada por el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores, sumado a las habilidades de relacionarse y comunicarse entre los profesionales y los pacientes, lo adecuado de la tecnología y la manera en cómo los primeros logra relacionar su conocimiento y experiencia para que la atención cumpla su propósito. En relación a la segunda dimensión; oportunidad, se sitúa la importancia en que el paciente reciba la atención que requiere de acuerdo a su situación clínica. En lo que respecta a la seguridad, se estaría velando para que toda intervención asistencial no causare lesiones adicionales que pudieran evitarse. En cuanto a la dimensión eficiencia, se pondrá el acento en que el paciente reciba su atención en el momento que la requiriese, de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles. La quinta dimensión; equidad, se aseguraría que toda atención no varíe en efectividad, oportunidad, seguridad y eficiencia por características como sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica o nivel socioeconómico. Por último, la dimensión “atención centrada en el paciente”, descansa en la idea de que toda atención debe ser respetuosa de las preferencias, necesidad y valores de los pacientes,

guiando ello todas las decisiones clínicas (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Para el logro de lo anterior, la OES propone la gestión integral por calidad que se presenta como un pensamiento que articula tres componentes; direccionamiento estratégico, gestión cultural y gerencia de procesos (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

En que respecta al direccionamiento estratégico, se advierte la necesidad de definir las características actuales de la organización, tales como su misión, para luego definir nuevamente hacia dónde se desea ir y la forma en cómo quiere que sea percibida por el paciente y la comunidad. En relación a la gestión cultural, se propone cerrar todas las brechas entre los patrones actuales de comportamiento, individuales y grupales de los colaboradores, y los definidos como deseables en el direccionamiento estratégico. Y por último, en cuanto a la gerencia de procesos, se establece la necesidad de diseñar procesos organizacionales y definir sus relaciones, para luego medir su desempeño en comparación con el desempeño ideal (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Durante los últimos veinte años, la calidad de las relaciones con los usuarios, se ha transformado en un factor decisivo para el éxito en las distintas áreas de servicios. Los países que se consideran desarrollados, han ido incorporando a los actores sociales que ocupan los servicios de salud, en este caso, el usuario, como parte elemental en el concepto de calidad en la atención sanitaria; lo que ha generado mejoras respecto a elementos de evaluación en cuanto a la satisfacción y la calidad de la atención que reciben. Es en este sentido, no sólo la importancia reside en el mejoramiento del paciente, más bien se involucran otras dimensiones que se consideran relevantes como por ejemplo: ¿qué es lo que necesita?, ¿qué valora en la atención de salud?, ¿cuáles son sus expectativas en relación a cómo debe y/o debería ser atendido? (Superintendencia de Salud, 2013).

Esta nueva forma de observar la calidad, ha significado en particular para el país la proyección de nuevos desafíos en la materia. En este sentido, se destacan los esfuerzos por aplicar nuevos Modelos destinados a analizar a las instituciones prestadoras de salud y su entorno como un todo, lo cual se constituye según el analista Roberto García, una filosofía de la gestión de calidad, sumado a lo anterior, se destacan los mecanismos para asegurar la calidad mediante pautas o guías que al ser desarrolladas sistemáticamente y basadas en los conocimientos profesionales vigentes, permiten a los prestadores de los servicios de salud tomar decisiones facilitando con ello el proceso de calidad. Dichas normativas son definidas por comités de expertos, y en el caso particular de Chile, han sido las normas ISO² (Internacional Estándar Organization) y la Bureau Veritas Certification, las que configuran el Modelo que resguarda al calidad en el país (García, 2001).

Precisando de una vez, la política pública nacional apunta hacia la calidad entendida como el conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del usuario. En este mismo sentido, el Sistema de Calidad que el país ha desarrollado ha dispuesto de una serie de elementos para certificarlo, con ello se han dispuesto elementos tales como un Manual de Calidad, Procedimientos de Inspección y Ensayo, Instrucciones de Trabajo, Plan de Capacitación, Registro de Calidad, etcétera, los cuales están dispuestos para producir bienes y servicios de calidad para los usuarios. Tales elementos de certificación, son diseñados e implementados mediante un Sistema de Gestión de Calidad a cargo de la Superintendencia de Salud, la cual tiene la tarea de mejorar y garantizar los procesos de la organización en relación a la calidad de sus servicios y productos, así como también de garantizar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO respectivamente (Superintendencia de Salud, 2014).

En lo que se refiere a los elementos de certificación, el Manual de Calidad es el que cumple con la tarea de normativizar al resto, puesto que tal documento establece la Política de Calidad, los compromisos y responsabilidad que en materia de calidad asume la Superintendencia de Salud en los procesos que impactan todo lo que tenga que ver con la satisfacción al usuario. En efecto, el Manual establece que el Sistema de Gestión

² La Organización Internacional de Normalización, es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación para todas las ramas industriales.

de Calidad para Chile velará por que se obtengan las garantías de calidad dispuesta por el GES en relación a siete materias; atención de usuario, estudios e investigaciones, fiscalización a aseguradoras, gestión de conflictos, gestión de prestadores individuales, registro y sanciones, y regulación (Superintendencia, 2014).

Asimismo, el país ha apostado todos sus procesos en base al principio de enfoque al cliente dispuesto por las normas ISO, lo cual significa que las metas principales en materia de calidad son las de satisfacer a los clientes (usuarios) en cuanto a sus expectativas, necesidades, respetando con ello sus creencias, estilos de vida y valores, para lo cual la empresa (o institución pública) establecerá medios y enfoques necesarios para conocer las necesidades y expectativas de los clientes, para luego intervenir en relación a la importancia que adquieran tales resultados (Superintendencia, 2014).

Con el propósito de mejorar los servicios y satisfacer las necesidades de los usuarios, la Superintendencia de Salud ha propuesto objetivos de calidad para el país, los cuales centran sus disposiciones en fortalecer el modelo de regulación y fiscalización de FONASA e ISAPRES, además contribuye a que los prestadores de salud manejen altos estándares de calidad garantizando con ello una atención satisfactoria para sus pacientes, también, cuenta con plataformas mejoradas de servicios a los usuarios, y por último, fortalece una cultura organizacional centrada en la innovación colaboración e integración (Superintendencia, 2014).

Esta nueva forma de observar la salud significa tomar en consideración la percepción del usuario, la cual subyace sobre la necesidad de reconocer que la actividad mental surge de la interacción de los procesos sociales y biológicos. Ahora bien, estas percepciones no siempre son el reflejo de la realidad objetiva, debido a que la mente es capaz de interpretar la realidad de distintas maneras. Los usuarios que son atendidos en los centros de salud, van experimentando procesos inconscientes durante su permanencia en los que puede resultar como una experiencia tanto satisfactoria como insatisfactoria, lo que conlleva a tomar decisiones a la hora de evaluar al prestador. Por tanto, conocer los elementos de satisfacción e insatisfacción en la atención de los centros de salud, permitiría entregar herramientas para quienes gestionan la salud en el planteamiento activo de estrategias focalizadas y también de otorgar la oportunidad al usuario de

tomar un rol más protagónico, ya que puede y podría aportar elementos claves en cuanto a la atención de calidad en la salud (Superintendencia de Salud, 2013).

En definitiva, la importancia de la mirada de los usuarios en los servicios de salud, no sólo radica en la resolución o diagnóstico clínico, sino que resalta la importancia de tomar en consideración aspectos emocionales de su recuperación como beneficiosos para salud mental, la cual entra en juego desde su ingreso hasta su salida del centro. En consecuencia, se expresan percepciones, sentimientos y decisiones que se relacionan con valores que se desarrollan en la cotidianidad del sujeto, en la cual la experiencia va a tener un mayor alcance en cuanto a la relación que tenga el paciente con los profesionales del área de salud, y cómo éstos últimos dan un buen trato e información al usuario (Superintendencia de Salud, 2013).

En cuanto al contexto nacional, existe una única encuesta en la que se mide la satisfacción y calidad percibida de los usuarios, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas, la cual es implementada desde el año 1990. Hasta el momento, el esfuerzo está centrado en garantizar que las prestaciones puedan alcanzar la calidad y las condiciones técnicas necesarias para la seguridad de los usuarios, lo que significa en consecuencia, cumplir con estándares mínimos para lograr la acreditación del prestador y la certificación de los profesionales que trabajan en los centros de salud. Cabe mencionar, que los prestadores se preocupan también por conocer la satisfacción de sus usuarios, es así que cuentan con un instrumento que les permite identificar las condiciones y aspectos sensibles para evaluar la calidad percibida en la atención sanitaria y la satisfacción, contribuyendo al mejoramiento de este proceso (Superintendencia, 2014).

El primero de Octubre del año 2012 entra en vigencia la Ley N° 20.584, la cual establece los Derechos y Deberes de los Pacientes ligadas a la atención de salud. Tal iniciativa, protege principios básicos de la atención en la salud, ya sea en el ámbito privado como público, lo que permite mejorar el eje principal de la salud pública del país enfocada a los usuarios. Esta Carta, debe estar presente en los consultorios, hospitales y clínicas a lo largo del país (Superintendencia de Salud, 2014).

Ante lo señalado, se entiende como prestador de salud a toda persona, ya sea natural o jurídica, pública o privada, cuya identidad brinde atenciones de salud, los cuales se dividen en dos categorías: institucionales e individuales. Los primeros, son quienes se organizan en establecimientos asistenciales y que cuentan con medios personales, materiales e inmateriales consignados al otorgamiento de prestaciones de salud, proporcionados bajo una misma dirección, sea cualquiera su naturaleza y/o complejidad, por tanto, deben velar para que los establecimientos de salud respeten el contenido de esta ley. El segundo corresponde a personas naturales, que son independientes a cualquier prestador institucional, y brindan directamente prestaciones de salud a las personas o a quienes colaboran de forma directa o indirecta en la ejecución de la atención (Superintendencia de Salud, 2014).

Las normativas, se aplica a todos los profesionales y trabajadores que atiendan público y/o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud. Para brindar las prestaciones en salud, éstos deben cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias en cuanto a los profesionales de certificación y de acreditación así correspondan (Superintendencia de Salud, 2014).

En relación a la ley señalada, que regula los derechos y deberes de los pacientes, establece que los derechos son los siguientes: tener información oportuna y comprensible del estado de salud; debe recibir un trato digno, respetando la privacidad e intimidad; tiene que ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad, recibir atención de salud de calidad y segura, según protocolos determinados, tener conocimiento de los costos de la atención de salud, no debe ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su consentimiento, si se incluye en estudios de investigación científica debe realizarse con la autorización, donde sea oportuno, que se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria, el personal de salud debe poseer identificación y señalar la función que realiza; inscribir el nacimiento del/la hijo/a en el lugar de su residencia, el médico debe entregar un informe de la atención recibida durante la hospitalización. Además, cabe mencionar, que de acuerdo a lo especificado en el Título IV de la ley recientemente mencionada, toda persona podrá reclamar en el caso que sienta vulnerados sus derechos, ante el consultorio, hospital, clínica o centro médico privado en el cual fue atendido, en el caso de que no reciba respuesta en un plazo de 15 días hábiles o no le satisface, podrá acercarse a la Superintendencia de Salud (Superintendencia de Salud, 2014).

En relación a los deberes de los pacientes, se establece lo siguiente: todo paciente debe respetar el reglamento interno del centro de salud, incluyendo a sus representantes legales, familiares y visitas, así mismo debe informarse del funcionamiento del establecimiento y de los procedimientos de consulta y reclamos determinados; debe cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador de salud tiene a disposición; tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, extendiéndose también a los representantes legales, visitas y familiares y por último éstos actores deben colaborar con los miembros del equipo de salud que lo atiende, entregando la información necesaria para el tratamiento (Superintendencia de Salud, 2014).

De acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, se establece el concepto de trato digno, el cual considera que todos los usuarios tienen el derecho de recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Ello es considerable, puesto que el concepto de calidad en salud atañe directamente a los centros asistenciales y a las autoridades que se vinculan al ámbito sanitario. En este contexto, en el año 2005 se crea la Ley de Autoridad Sanitaria, la cual se constituye como un sistema de acreditación para los prestadores, lo cual provee de estándares mínimos al sistema de salud chileno, lo que genera una mayor seguridad para quienes utilizan los servicios en los establecimientos de salud. Es así que ambas leyes, aluden a la temática de trato digno, donde su eje central es que el prestador debe resguardar que el paciente reciba un trato digno (Superintendencia de Salud, 2013).

El Informe Global de la Superintendencia de Salud del año 2013, hace mención a los componentes que lo engloban el concepto de trato digno, ya que hace alusión de que el trato digno responde al hecho de que los pacientes deben ser atendidos como personas, por tanto deben recibir un trato humano por el personal de salud y los administrativos de salud. Además, es necesario recalcar la importancia de la información entregada puesto que ella debe ser otorgada al paciente de manera completa, comprensible, continua, detallada y con el consentimiento informado en el caso de que se requiera pabellón y/o procedimiento. También se considera la responsabilidad y compromiso del médico, el cual deberá ser puntual, y dar aviso en caso de atraso y/o inasistencia; a la vez que debe escuchar al paciente con atención, interés y respeto (Superintendencia, 2013).

2.3 Las prácticas sociales y la salud.

2.3.1 Las prácticas sociales.

El presente acápite aborda el tema de las prácticas sociales, para tales efectos se expondrán los planteamientos del sociólogo Pierre Bourdieu, quien liga las prácticas sociales al habitus y al mundo social, y del sociólogo Erving Goffman, quien las observa desde el interaccionismo simbólico.

En primer lugar, Bourdieu define a las prácticas sociales como parte del mundo social y el habitus. En términos generales para el autor, las acciones confieren carácter al mundo social. Este último, junto con las prácticas sociales tienen lugar en las acciones, las cuales inciden sobre los individuos, de tal modo que generan disposiciones, es así que las acciones son aquellas que producen determinadas prácticas sociales (Bourdieu, 1988).

El mundo social se encuentra en un estado objetivado e incorporado, que existe bajo disposiciones adquiridas, éstos son esquemas cognitivos, evaluativos, pero también esquemas corporales, es decir, el mundo social no sólo se manifiesta a través de cómo percibimos el mundo, sino también por el uso del cuerpo. Este mundo social no sólo moldea la mente, sino también el cuerpo. Este sentido práctico, no es otra cosa que el habitus, definido por Bourdieu como un *“sistema de esquemas generadores de prácticas que expresan de forma sistémica la necesidad y las libertades inherentes a la condición de clase y la diferencia constitutiva de la posición, el habitus aprehende las diferencias de condición* (Bourdieu, 1988: 170).

De esta manera el concepto de habitus, actúa como principio orientador de las prácticas sociales, se trata de disposiciones que son el resultado de una acción organizadora la cual insta al sujeto a predisponerse o inclinarse sobre algo o alguien (Bourdieu, 1988).

Además, el habitus explica un fenómeno crucial para comprender el funcionamiento del mundo social, ajustándose a las expectativas como también a las posibilidades objetivas, esperando aquello que objetivamente resulte posible y excluyendo lo que no. A su vez, se encuentra en permanente transformación entendiendo que cada experiencia nueva genera disposiciones nuevas o bien ajusta las disposiciones adquiridas. A pesar de que su manifestación se observa en el individuo, el carácter del habitus sigue siendo social y/o colectivo, así mismo dependerá de los contextos en que se desarrolle, puesto que ella opera automática y espontáneamente, es así que la disposición no es concebida como actitud, ya que las experiencias tempranas son más determinantes. Hay experiencias en que el habitus se encuentran en desajuste, se producen situaciones de quiebre cuando no hay disposiciones para ciertos acontecimientos (Bourdieu, 1988).

Así mismo, Bourdieu plantea que todos los actos y prácticas sociales están gobernados por el sistema de disposición, donde el habitus no funciona a partir de la calculabilidad de las posibilidades, ya que el azar interviene de cierto modo, porque éste forma parte de disposiciones adquiridas, y a su vez sostiene que hay decisiones gobernadas por el habitus y otras que no. Las expectativas están bajo disposiciones, el habitus estructura las prácticas, como también las expectativas, y además hace posible el orden social, es desde este punto que resulta razonable o posible la acción, sea individual o colectiva (Bourdieu, 1988).

A partir del concepto de habitus resulta posible realizar un acercamiento a los espacios micro sociales, a través del interaccionismo simbólico de uno de sus exponentes; Erving Goffman. La teoría sociológica este autor, analiza la dramaturgia cotidiana y presenta las interacciones desde un modelo dramático de la representación. Además, considera que el mundo es un teatro donde los actores juegan roles; es un escenario donde las relaciones sociales no son más que representaciones sometidas a las reglas ceremoniales, ya que cada actor sitúa en escena de un sí mismo en el contexto donde vive, actúa, se desarrolla y evoluciona. En relación a lo señalado “(...) Cuando un individuo llega a la presencia de otro, estos tratan por lo común de adquirir información acerca de él o de poner en juego la que ya poseen (...)” (Goffman, 1974:13).

El autor considera que, la vida se actúa en la cotidianidad y es allí que se produce la integración, por ejemplo “conversar” dependiendo del contexto y “moverse” dependiendo del espacio. No obstante, dichas interacciones cotidianas también construyen sesgos y diferencias entre la gente “normal” y los portadores de un “estigma”, ya sea la discapacidad, la marca o el camuflaje de un secreto vergonzoso. Especifica lo anterior de la siguiente manera:

“(…) La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario de medios preestablecidos nos permite tratar con “otros” previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión espacial. Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su “identidad social (…)” (Goffman, 1980, 11-12).

En este marco de las realidades, Goffman describe e investiga en instituciones destinadas a proteger y vigilar a quienes rompen con las normas. La institucionalidad racionalizada explica la coherencia que existe entre los comportamientos de los “internos” y el sistema de sus normas y valores. Pero las informaciones que vehiculan el lenguaje y los gestos, ayudan a definir las situaciones, haciendo prever lo que un individuo espera del otro y lo que ese otro espera de él. Tal incertidumbre revela que en el mundo de las prácticas sociales, no se pueden lograr determinados fines a partir de cálculos estadísticos ni de métodos científicos. Es decir, el hombre vive sobre constantes hipótesis estructuradas a partir del respectivo habitus adquirido en la primera infancia, y a su vez, quien participa de la vida social, por tanto, reprime sus sentimientos inmediatos para expresar una práctica social determinada que se supone es aceptable, al menos provisoriamente (Goffman, 1980).

Además de las líneas de pensamiento mencionadas anteriormente, en Chile autores como Güell, Frei y Palestini posicionan el tema las prácticas sociales proponiéndolo como un nuevo enfoque y desafío para el buen desarrollo del país.

Desde el período de transición a la democracia en Chile, se evidencia un avance en aspectos políticos, económicos, sociales y culturales, que han traído consigo el camino hacia el desarrollo en el contexto de la evaluación del Plan AUGE. A pesar de ello, se observan diversas dificultades tanto en el entorno como en la lógica de la acción, ya que ha predominado un pensamiento lineal, tecnocrático y jerárquico, donde los instrumentos de evaluación se han mantenido a lo largo del tiempo (PNUD, 2009).

Cabe mencionar, que no se trata de un problema de recursos, ni de ausencia de consensos o voluntades sociales, tampoco de una perspectiva institucional, sino que más bien está dirigido en cómo se están haciendo las cosas, que impiden el aprovechamiento del nuevo piso de oportunidades y el enfrentamiento de los nuevos desafíos que surgen de él; es decir, lo imprescindible es recalcar la manera adecuada de hacer las cosas en ámbitos concretos, por tanto, se hace necesario llevar las ideas a la práctica (PNUD, 2009).

A partir de lo señalado, el desarrollo del país se debe en gran medida a las acciones de las personas, es decir, a las prácticas sociales, entendidas como “(...) procesos de articulación. Son las maneras de actuar y de relacionarse que despliegan los autores reales en espacios concretos para satisfacer sus necesidades. Una práctica por ejemplo, es la manera en que actúan y se relaciona el personal médico, los pacientes y los administrativos en un recinto hospitalario para satisfacer las distintas necesidades implicadas en el proceso de tratar enfermedades” (Guell; Frei; Palestini, 2009: 71). Éstas a su vez, mantienen una tradición propia y una rutina común en su actuar (Güell; Frei; Palestini, 2009).

Lo anterior, adquiere mayor complejidad puesto que actualmente coexisten dos sucesos que tensionan a las prácticas. El primero, corresponde a que las personas tienden a organizar su vida de acuerdo a sus opciones personales, lo que genera que resalten sus diferencias respecto al resto, o sea las subjetividades personales, esto dificulta la tarea de crear un mundo en común que organice culturalmente a la sociedad. El segundo, se refiere a la dificultad de sostener una organización institucional única, que regule las dinámicas de la sociedad, puesto que, la organización de la vida social se articula en procesos independientes y bajo el alero de la incertidumbre del entorno, es así que “aunque se requieren instituciones y subjetividades para hacer posible la acción de las

personas, entre ellas no hay necesariamente correspondencia, sino más bien tensión” (Güell; Frei; Palestini, 2009: 70).

Ante lo señalado, recae la importancia de las reglas y las intenciones personales en las cuales se genera un espacio de ambivalencia, sin embargo este espacio debe cerrarse mediante un proceso de articulación, el cual da origen a las prácticas. Esto, centra la atención en las formas cambiantes y diferenciadas en que los actores van tejiendo sus relaciones y objetivos comunes con los demás, por lo tanto, es necesario poner énfasis en las prácticas concretas por medio de las cuales las personas alcanzan sus fines. En este contexto, es esencial la integración y la coordinación de los actores, los cuales son elementales en este aspecto, es así que *“las prácticas sociales son posibles gracias a la existencia de instituciones y subjetividades que aportan reglas, recursos, identidades y sentido a la acción”* (Güell; Frei; Palestini, 2009:71).

Es esta tensión entre la sociedad y el individuo, la que hace posible la conexión de muchos actores, donde la sociedad tiene que traducir las situaciones específicas a reglas más generales. En cambio, la subjetividad de las personas dota de sentidos individuales y concretos a las normas sociales existentes. Es a través de las relaciones entre las personas, que se generan vínculos, y es por ello, que las prácticas construyen la manera de hacer las cosas (Güell; Frei; Palestini, 2009).

De acuerdo al estudio realizado por el PNUD el año 2009, se consideró que en Chile *“existen ciertas prácticas típicas que tienden a estructurar la vida social de los chilenos, y que explican muchos de los logros y problemas que hoy se registran en distintos ámbitos del quehacer nacional”* (PNUD, 2009: 202). Estas prácticas típicas se clasificaron en tres ámbitos, políticas públicas, relaciones laborales y construcción de identidades (PNUD, 2009).

Durante la implementación del AUGE, los actores se alejan de los objetivos que persigue la política pública que está detrás de ésta, lo anterior se genera debido a que los diseños mantienen distintos vacíos, lo cual obliga a los actores a improvisar, hecho que modifica el sentido de las políticas públicas. A lo anterior, se suma que no existe un mecanismo adecuado para el cumplimiento de estas nuevas normas, esto en definitiva genera una tensión entre lo tradicional y la innovación. En el ámbito de las relaciones

laborales, se identificó que existe un problema en la negociación de los actores y se pone en juego la credibilidad de éstos, generándose en definitiva un juego de poder. Finalmente en el ámbito de la construcción de identidades, éstas se construyen mediante las instituciones o la cultura, y los posibles cambios de éstos podrían favorecer a la autonomía de los actores (PNUD, 2009).

Ante lo señalado, el PNUD del año 2009 identificó las prácticas típicas de los chilenos en base a los ámbitos analizados, específicamente en cómo los chilenos reaccionan ante los cambios institucionales o culturales, siendo éstas: la adopción resistida, la improvisación adaptativa, la transgresión pactada, la adaptación proyectiva, la renegociación constante, la negociación habilitante y finalmente el acuerdo de mínimos (PNUD, 2009).

La primera práctica consiste en la “adopción resistida”, la cual se caracteriza por la resistencia que algunos actores tienden a procesos de cambio cultural o institucional, dicha resistencia y tensión es producida por la reinterpretación del cambio y además por la tradición del quehacer, acomodando así sus interés y necesidades, ejemplo de esto es *“la baja disposición de algunos médicos a seguir de modo estricto los protocolos que el diseño institucional del AUGE les impone, porque consideran que no corresponden con su rol, y además asumen que no serán sancionados si no lo hacen”* (PNUD, 2009: 203).

La segunda práctica atañe a la “improvisación adaptativa”, la cual consiste en que los actores se enfrentan a situaciones nuevas, dando origen al parche de los vacíos e improvisando en las diversas funciones que se vayan suscitando. Esta práctica se genera en actores con sentido de sacrificio o tendencia al heroísmo, o porque los actores se ven obligados a ello, en definitiva este tipo de práctica responde a *“hay que hacerlo, y si no lo hago yo, no lo hace nadie”* (PNUD, 2009: 204).

La tercera práctica corresponde a la “transgresión pactada”, en la cual los actores se coordinan entre sí para quebrantar la norma ya que consideran que ésta perjudicaría sus intereses en un tiempo de corto plazo, es por ello que este tipo de prácticas *“tiende a aparecer cuando las normativas que intentan regular un ámbito de prácticas no logran*

establecer incentivos alineados con las reglas de los juegos prácticos” (PNUD, 2009: 205).

La cuarta práctica se puede identificar como la “adaptación proyectiva”, donde el grupo de actores se encuentran presionados a los cambios, pero no presentan resistencia a las nuevas normas, ya que existe ausencia de identidades históricas arraigadas y además por que mantienen un sentido de temporalidad, es decir, se producen “*juegos de identidad caracterizados por la disposición a adoptar los nuevos roles que el cambio implica*” (PNUD, 2009: 206).

La quinta práctica, se identifica como la “renegociación constante”, la cual se caracteriza por la ausencia de consensos entre actores, éstos se encuentran obligados a actuar en un escenario poco definido, lo que conlleva a diversos problemas en la legitimación de los actores y en la negociación, frustrando las posibilidades de acuerdos, en este sentido, esta práctica se refiere a “*¿Y quiénes son ellos para decirme lo que tengo que hacer?*” (PNUD, 2009:207).

La sexta práctica corresponde al “acuerdo de mínimos”, la cual alude a la pregunta “*¿por qué voy a dar más de mí, si ellos no lo hacen?* (PNUD, 2009:208). Este tipo de práctica se origina ante un contexto de desconfianza histórico, donde los actores ponen el mínimo de su parte, esto sucede por la existencia de la expectativa de abuso por parte de los demás, es así que en “*el acuerdo de mínimos todos los actores resultan perjudicados en algún grado, los niveles de pérdida están asociados con los recursos y soportes de que cada uno disponga, y los actores con menos recursos y soportes son los más afectados*” (PNUD, 2009: 209).

Por último, la séptima práctica corresponde a la “negociación habilitante”, en la cual se genera una negociación por parte de los actores, para generar acuerdos beneficiosos a largo plazo. Esto surge porque existe un reconocimiento de las demandas, legitimidad y relaciones de confianza, lo que conlleva a que se reduzcan las inseguridades e incertidumbres, es decir, “*Si todos nos ponemos, todos ganamos*” (PNUD, 2009:209).

Las prácticas señaladas anteriormente, permiten un panorama general de la manera de hacer las cosas en Chile, donde *“se pueden reconocer las formas en que los chilenos y chilenas reaccionan cuando enfrentan escenarios de cambio cultural o institucional en sus prácticas cotidianas”* (PNUD, 2009:210).

Para finalizar, cabe mencionar que las prácticas, van a ser óptimas siempre y cuando aprovechen las oportunidades sociales existentes, y además brinden e incrementen las capacidades subjetivas del actor. Este último, debe articular orientaciones y normas generales de la sociedad, donde entran en juego las instituciones y las organizaciones con las motivaciones y aspiraciones particulares de los actores sociales. La principal característica de las prácticas, es que poseen una fuerte inercia, donde la manera en cómo se van hacer las cosas, como el conocimiento práctico que la orientan tienden a asentarse a definir las relaciones y modos de comportamientos que prevalecen en la sociedad. Sin embargo, es necesario precisar que esta situación puede modificarse, ya que los actores pueden generar cambios, aprendizajes e innovaciones en cuanto a la manera de hacer las cosas, a pesar de que no siempre puedan contribuir a la potenciación del desarrollo humano (PNUD, 2009).

CAPITULO III Marco institucional del lugar donde se realizó el estudio de investigación

3.1 Antecedentes generales de la comuna de San Bernardo.

La comuna de San Bernardo se funda el 9 de febrero del año 1821, y el trazado de la ciudad fue realizado por Don Domingo de Eyzaguirre y Arechavala de acuerdo a instrucciones del Director Supremo Bernardo O'Higgins (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

Esta comuna se origina a partir de la subdivisión de los terrenos del Llano de Lepe o Maipo, ubicado al sur de Santiago, mediante un trazado de damero, compuesto por 36 manzanas y su correspondiente Plaza de Armas e Iglesia. Dicho proceso, se realizó para fomentar el cultivo de las llanuras, y se entregaron los terrenos a los combatientes de la guerra de la Independencia, a sus viudas y huérfanos. En consecuencia, que para el año 1834 la comuna se consolida plenamente (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

Durante el año 1857, se instala en la comuna la Maestranza Central de los Ferrocarriles del Estado, permitiendo que la ciudad de Santiago se expandiera y se transformara en un lugar de veraneo de la alta sociedad. Actualmente existen tres estaciones de ferrocarril: San Bernardo, Maestranza y Nos (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

La superficie urbana metropolitana, detona el proceso de erradicaciones, lo que conlleva a un explosivo crecimiento en extensión de la ciudad, de preferencia hacia las comunas del sur, consolidando la conurbación de San Bernardo con el resto de Santiago, principalmente a través de la Gran Avenida y la Ruta 5 Sur. En la década de los 90', el crecimiento comunal se caracteriza principalmente por la construcción de viviendas sociales (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

La comuna de San Bernardo se localiza en la Provincia de Maipo en la Región Metropolitana, a 18 km de la zona centro de la comuna de Santiago, limitando al Norte con la comuna de Cerrillo y Lo Espejo, al Sur con la comuna de Buin, al Este con las comunas de El Bosque, La Pintana y Puente Alto, y por último al Oriente con la comuna de Maipú, Calera de Tango, Talagante e Isla de Maipo (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

El área comunal corresponde fundamentalmente a una zona rural, que posee suelos altamente productivos ya que son fértiles y de uso predominantemente agrícola, urbano e industrial, donde el área agrícola corresponde al 57,6 % de la ocupación de la superficie comunal, y el área urbana corresponde a un 22,34% (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

En relación a las características demográficas de la comuna, ésta mantiene una densidad poblacional de 2006,49 habitantes por Km² para el año 2011, con una proyección al año 2020 de 343.514 habitantes por Km². El CENSO del año 2002, indicó que la población era de 246.762 habitantes correspondiendo al porcentaje del 4,1% de la Región Metropolitana, siendo las mujeres el 50,75% de la población y los hombres el 49,25%. A su vez, la estructura etaria tiende a concentrarse en el grupo de 15 y 19 años. A pesar de que sea mayoritariamente joven la población, se estima que la comuna tenderá al envejecimiento (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

En cuanto a las características socioeconómicas, la encuesta CASEN del año 2011, señala que la comuna mantiene un índice de pobreza de un 15,5% y pobreza extrema de 2,8%. Estos índices son superiores a la pobreza -11,5%- y a la pobreza extrema -2,2%- que mantiene la Región Metropolitana. A demás, se puede indicar que San Bernardo mantiene *“un porcentaje de mujeres jefas de hogar de 34,82% por sobre el promedio país 33,9% y la Región Metropolitana con un 34,24%. Y que de estas mujeres un 61% viven en situación de pobreza extrema”* (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

La población económicamente activa y jefes de hogar corresponde al 63,0% de la población, y el 33,5% corresponde a la inactiva. A su vez, la composición de los ocupados por sexo corresponde al 64,1% los cuales son hombres y el 35,9% correspondiente a mujeres (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

3.2 Antecedentes de salud de la comuna.

La situación de salud de la comuna, indica que la tasa de natalidad tiende a la estabilización, siendo mayor a la tasa de la Región Metropolitana en un 17,15% y la tasa de mortalidad de la comuna tiende al descenso en un 4,6%. Siendo esta mayor en hombres que en mujeres, no así en la población mayor de 50 años, en la cual mueren más mujeres que hombres. Mientas que las causas de muerte son por enfermedades cerebro vasculares, con un porcentaje de 52% a nivel comunal, seguido por isquemias del corazón con un 45.6%, y los que mayormente mueren son los adultos mayores (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

La población usuaria de los servicios de salud en la comuna corresponden a un *“80,7% de la población –la que se encuentra- afiliada a Fonasa, un 9,8% a Isapre, y un 9,4% a otro o sin previsión”* (Corporación de Salud de San Bernardo, 2013:37). Según lo anterior, un gran porcentaje de la comuna se atiende a través del servicio público de salud, lo que implica un gran desafío en términos de acceso, oportunidad y recursos tanto humanos como de infraestructura en la atención primaria en este sector (Dirección de Salud San Bernardo, 2013).

La situación de los usuarios de la salud de la comuna, se caracteriza por ser mayoritariamente del sector público con un porcentaje de afiliados a FONASA de un 86,01% superior al nivel del país 78,79%, y un porcentaje de afiliados a ISAPRE de un 9,52 % inferior al nivel país 13,04%, por último, la cantidad de usuarios que se atienden de manera particular corresponde al 4,47%, inferior al nivel país correspondiente al 8,17% (Mengoya, 2014).

Es necesario señalar, que existen 9 centros de atención primaria en la comuna, los cuales son los siguientes: Confraternidad, Juan Pablo II, Raúl Brañez, Carol Urzúa, Raúl Cuevas, El Manzano, Joan Alsina, CECOSF Rapa Nui y por último CECOSF Lo Herrera.

De acuerdo al Artículo 2° será aplicable y se concebirá los siguientes establecimientos municipales de atención primaria de salud: consultorios generales, urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud que sean administrados por las municipalidades o aquellas instituciones sin fines de lucro (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 2).

Dentro de estos establecimientos de salud, se encuentran los administrativos de salud, los cuales se rigen bajo la ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, publicada en el Diario Oficial el 13 de Abril de año 1995, la cual se encarga de normar aquellas materias relacionadas a la salud primaria. Entre ellas se encuentra la administración, el régimen de financiamiento, las prestaciones de servicios y la coordinación en la atención, donde su punto central es la desconcentración y principios de descentralización; además regula el ámbito laboral de sus funcionarios, implicando así a la carrera funcionaria en relación a los deberes y derechos respectivos de todo el personal que accione dentro de la atención primaria de salud (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I).

En el artículo 4° se especifica que existen áreas no reguladas por completo, como lo es el Estatuto de Funcionarios Municipales, en donde existe una forma supletoria que norma la ley N° 18.883. Todo personal el cual se aplica este Estatuto no es afectado en lo absoluto en su naturaleza jurídica como funcionario público por lo cual podrá optar a negociar y asociarse a todas las normas que rigen al sector público (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 4).

En cuanto a concursos, jornadas de trabajo, permisos y feriados para todos los funcionarios se rigen a través de la ley N° 15.076, en donde serán aplicadas las normas que rigen en ese cuerpo legal, las cuales deben ser compatibles con las disposiciones y

reglamentos que conlleve la ley (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 4).

Posteriormente en el Artículo 5° de la ley 19.378, la cual califica al personal en 6 categorías llamadas funcionarias, cada una posiciona al personal en diversas áreas, características y exigencias distintas:

- a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico - Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano -Dentistas.
- b) Otros profesionales.
- c) Técnicos de nivel superior.
- d) Técnicos de Salud.
- e) Administrativos de Salud.
- f) Auxiliares de servicios de Salud.

Para ser clasificado en la categoría que nos convoca -Administrativos de Salud-, Según el Artículo 8°, se requiere como norma específica poseer licencia de enseñanza media, posteriormente el reglamento de cada centro de salud pedirá cumplir otros requisitos complementarios para permitir desempeñarse en el área de administración pública (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 8).

Con respecto al contrato del personal, según el Artículo 14° este puede ser a plazo fijo o indefinido, para hacer efectiva esta ley quienes ingresen a contrato indefinido será exclusivamente previo concurso público de antecedentes y de acuerdo a las normas de este cuerpo legal. En cuanto a los contratos a plazo fijo, son aquellos contratados para realizar las actividades por periodos, estos sean inferiores o iguales a un año de calendarización de tareas (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 14).

En cuanto a la jornada ordinaria de trabajo de los administrativos de salud según el Artículo 15°, está debe que ser de cuarenta y cuatro horas semanales, en un horario de 08 y 20 horas, con un tope máximo de 9 horas diarias. Por último un punto relevante para los funcionarios de salud, corresponde a las remuneración de estos, establecida en el Artículo 23, que refiere al sueldo base de la retribución pecuniaria, de carácter fijo y por periodos igualitarios, donde cada funcionario podrá y tendrá derecho a percibir conforme a su categoría y nivel funcionaria, donde ha sido clasificado y donde ha sido establecido por un respectivo contrato. La asignación de atención primaria municipal, significa un incremento del sueldo base al momento de integrar una dotación, las demás asignaciones corresponden a incrementos que constituyen un derecho natural de acuerdo a las consideraciones de las funciones o acciones de atención primaria de salud, además, cada establecimiento tiene diversas características en donde se elaboran evaluaciones de desempeño del funcionario; que corresponden a asignaciones por responsabilidad directiva, asignación por desempeño en condiciones difíciles, asignación de zona y por último la asignación de mérito. Todas las remuneraciones deben fijarse por mes y responder al número de horas en la cual se desempeñan los administrativo en modalidad semanal (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art 15/23).

3.3 Antecedentes del Centro de Salud Familiar Johan Alsina

El servicio de salud de la comuna de San Bernardo, está dentro de las 11 comunas que se encuentra bajo la administración del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), que cuenta con una red asistencial de 31 consultorios, 17 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 11 Centros de Salud Familiar acreditados (CESFAM) y 11 postas rurales(Mengoya, 2014).

El SSMS mantiene una visión de compromiso comunitario señalando: *“queremos lograr una comunidad saludable y comprometida con su salud”*, y una misión que implica *“brindar atención primaria de salud a nuestra comunidad, con calidad, equidad y oportunidad, por un equipo de salud comprometido y técnicamente competente; con la participación activa de la comunidad en un marco de dignidad y respeto mutuo”* (Mengoya, 2014: 18).

La comuna de San Bernardo cuenta con 7 CESFAM, 3 Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), 1 laboratorio clínico, 1 posta de salud rural y un centro de atención de adolescentes (Mengoya, 2014).

Se puede mencionar que esta tesis centró su investigación en el CESFAM Padre Joan Alsina y el CECOSF Rivera del Maipo, el cual está a cargo de CESFAM, pero en otro lugar territorial de la comuna. El CESFAM fue inaugurado el día 9 de mayo del año 2007 por la Presidenta de la República Michelle Bachelet, y el cual comienza atender a los usuarios el día 14 de mayo del mismo año (Mengoya, 2014).

El CESFAM Padre Joan Alsina, es un centro de salud primaria que tiene la característica de funcionar bajo el modelo de salud familiar, que centra la atención de salud en la familia de manera integral donde se debe llevar un proceso continuo de atención, prevención y promoción. Además, este modelo busca mantener una red tanto a nivel sanitario como social es decir, busca generar espacios de participación comunitario en salud. A su vez, este modelo mantiene una característica central, basada en el cambio del enfoque tradicional a un enfoque biopsicosocial que integra lo biológico, psicológico y lo social, por último integra un enfoque de género (Mengoya, 2014).

Es por lo señalado, que el CESFAM Padre Joan Alsina mantiene una misión de *“acompañar al usuario, su familia, y comunidad en el tránsito, con una comunidad organizada y participando activamente en todo el proceso de promoción y prevención”* y una visión de *“ser un sistema de salud, que se ha destacado por la excelencia en el servicio entregado, con centros de salud familiar consolidados y que es capaz de responder a las necesidades de la población a su cargo, la que valora y se hace responsable en la prevención, mantención y rehabilitación de su salud”*(Mengoya, 2014: 5).

Por otro lado, la atención del CESFAM se divide por territorios, los cuales se delimitan con colores, le primero corresponde al sector rojo que cubre la zona de Mateo de toro y Zambrano, el segundo corresponde al sector azul que cubre la zona de la calle Eucalipto, el tercero corresponde al sector verde que cubre la zona de los Canelos, Padre

Hurtado y AV. Portales, además este sector está a cargo del CECOSF, se debe señalar que cada uno de estos tres sectores cuenta con un equipo multidisciplinar. Pero por otro lado se encuentra el cuarto sector que corresponde al sector amarillo o transversal, el cual está a cargo de determinadas labores como toma de exámenes, curaciones, farmacia, bodega de leche, urgencia entre otras, y por último se encuentra el sector gris o administrativo el cual incluye a la dirección, secretaria, subjefe, administrativo, línea 800, OIRS, SOME, GES y RED (Mengoya, 2014).

Cabe señalar además, que en el CESFAM Padre Joan Alsina junto a su CECOSF mantiene una dotación total de 111 trabajadores, donde 49 trabajadores son profesionales y 62 son técnicos, de los cuales 25 son administrativos en salud (Mengoya, 2014).

Por último, el CESFAM atiende un total de 33.870 usuarios, de los cuales 15.263 corresponde a hombres y 18.616 corresponde a mujeres, donde por cada 10.000 habitantes atienden 3 médicos (Mengoya, 2014).

CAPITULO IV Marco Metodológico

4.1 Paradigma

La presente investigación se lleva a cabo mediante el paradigma interpretativo, el cual se caracteriza porque la naturaleza de la realidad es construida, múltiple y divergente, ya que *“la realidad social no sólo puede ser observada sino que debe ser interpretada”* (Corbetta, 2003: 29).

Este paradigma está orientado a *“interpretaciones o juegos de lenguaje, refinándolos hermenéuticamente”* (Ortiz, 1997: 20), ya que través de éste, se pretende comprender los sentidos que las personas le otorgan a los fenómenos sociales en un determinado contexto. En este sentido, es relevante la subjetividad de las personas, sin embargo *“se entra con las categorías construidas desde la descripción, que permite ordenar formas de expresión y argumentos descriptivos que lo han acercado a un todo social en donde se pueden establecer relaciones y cruces de información”* (Ramírez, y otros, 2004: 69).

Según las características mencionadas, este paradigma permitirá descubrir las concepciones y subjetividades que tienen los administrativos de salud sobre el acceso de calidad de la salud pública.

4.2 Enfoque:

A partir del paradigma interpretativo, esta investigación utilizará un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por ser una metodología que está *“orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de estos significados que brotan de la interacción simbólica entre individuos”* (Olabuénaga, 2012:15).

Esta investigación permitirá comprender la realidad tal como los sujetos la perciben, y por tanto, interpretar sus propios sentidos, respecto de la realidad estudiada, ya que *“existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas”* (Hernández; Fernández; Baptista, 2006:11)

Por lo señalado, es que este enfoque nos permitirá descubrir la concepción que tienen los administrativo de salud sobre el acceso de calidad a la salud pública, ya que resulta *“esencial experimentar la realidad tal como los otros la experimentan”* (Taylor; & Bogdan, 1987: 20).

4.3 Nivel de estudio.

Como se ha mencionado, la presente investigación se caracteriza por pertenecer al paradigma interpretativo y tener un enfoque cualitativo, centrándose en las concepciones que tienen los administrativo de salud, en relación al acceso de calidad en la salud pública, pertenecientes al Centro Familiar de Salud (CESFAM) Johan Alsina y Centro Comunitario de Salud Familiar (CESCOSF) Rivera del Maipo de la comuna de San Bernardo.

Por lo señalado, el nivel de estudio acorde a esta investigación es de carácter exploratorio con alcances descriptivos, ya que el presente estudio ha sido un tema poco estudiado, es decir, que ante la revisión de la literatura se devela ideas vagas sobre el tema de las prácticas en la salud y además, se puede señalar, que en estos centros de salud, no se han realizado investigaciones relacionadas al tema. En este sentido, aportará a *“la familiarización con fenómenos desconocidos, obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular”* (Hernández; Fernández; & Baptista, 2010:85).

A su vez, esta investigación tiene alcances descriptivos ya que la información recolectada se analizará, describirá e interpretará las características de los fenómenos

estudiados, es así que *“comprender la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, comprensión o procesos de los fenómenos”* (Tamayo, 1998:54). Por tanto, en esta investigación se pretende describir en profundidad las prácticas que mantiene el administrativo de salud, es decir, busca *“especificar las propiedades características y perfiles de personas o grupos, comunidades procesos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis”* (Hernández; Fernández; & Baptista, 2010:85)

4.4 Tipo de diseño.

El tipo de diseño que se llevará a cabo en esta investigación es cualitativo y flexible, ya que es un proceso de constante conocimiento, es decir, *“...supone una toma de decisiones que se sabe y se acepta de antemano, deberán ser alteradas a lo largo de la investigación”* (Olabuénaga, 2012:54), por tanto esta investigación es permeable a los cambios, ya que la realidad es dinámica y pueden existir nuevas interrogantes a lo largo de esta investigación.

4.5 Técnica de recolección de datos.

La importancia de la recolección de datos, recae en los distintos discursos de los sujetos que se convertirán en información, es decir *“al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes materiales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestada en el lenguaje de los participantes”* (Hernández; Fernández; & Baptista, 2006:583).

Ante lo señalado, la técnica de recolección de datos acorde a esta investigación, es la entrevista semi-estructurada, de la cual se realizará una pauta-guía de temas centrales, enfocados en indagar sobre las prácticas que mantienen los administrativos de salud, para el acceso de calidad de los usuarios del CESFAM Padre Johan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo.

Este tipo de entrevista permite que los sujetos, puedan expresarse libremente según el listado de temas que se plantea, " *las entrevistas semiestructuradas, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados*" (Hernández; Fernández; & Baptista, 2010:418)

4.6 Tipo de muestra.

El tipo de muestra acorde a esta investigación es de tipo intencional no probabilística, lo cual significa que "*los sujetos de la muestra no son elegidos de las leyes del azar, sino de alguna forma intencional*" (Olabuénaga, 2003: 64). En este contexto, será el grupo de tesis y la docente guía, encargadas de seleccionar a los administrativos de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo de la comuna de San Bernardo.

4.7 Criterios selección de informantes clave.

De acuerdo a los criterios de selección de informantes para esta investigación, los entrevistados tendrán que cumplir con las siguientes características:

- Administrativos de salud que trabajen en el CESFAM Padre Joan Alsina y/o CECOSF Rivera del Maipo.
- Personas que entren en la categoría F de administrativo de salud, según la Ley N° 19.378 de Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- Administrativos de salud que mantengan una antigüedad laboral mínima de seis meses en el área de salud municipal de la comuna de San Bernardo.
- Administrativos de salud que acepten participar voluntariamente de esta investigación.

4.8 Criterios de validez.

La validez bajo el enfoque cualitativo "*implica que la observación, la medición o la apreciación se enfoquen en la realidad que se busca conocer, y no en otra*" (Álvarez, 2005:10). Es así, que los criterios que otorgaran confiabilidad a esta investigación son la

triangulación de investigadores y la saturación (Hernández; Fernández; & Baptista, 2006).

Por un lado, la triangulación es “*la utilización de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores para agregar rigor, amplitud y profundidad a cualquier investigación*” (Álvarez, 2005:10). En este sentido, se relaciona con la confiabilidad del estudio, centrada en la interpretación de los discursos a través de los datos.

La triangulación a utilizar en este estudio es la triangulación de investigadores, la cual consiste en contrastar el análisis de los datos de un mismo fenómeno o situación por más de un investigador para lograr un consenso sobre el proceso de investigación y los datos obtenidos (Arday; Amo; & Ruiz, 2013). La triangulación de informantes aportará en la confiabilidad y verificación de la información, en este caso, serán los investigadores tanto grupo de tesis como docente guía, los encargados de llevar a cabo este criterio de validez.

El criterio de validez permite dar cuenta de los procedimientos efectuados para dar respuesta a la siguiente interrogante ¿cómo se llegó a lo que se llegó? En definitiva, cómo y bajo qué procedimientos se pueden establecer tanto la objetivación como esas verdades provisionales (Mora, 2004).

Por ende, el criterio de validez acorde a utilizar en la investigación es la saturación, que se refiere “*al momento en el que durante la obtención de información esta empieza a ser igual o repetitiva o similar*” (Álvarez, 2005:11).

4.9 Técnica de análisis de la información.

La técnica de análisis de información corresponde a *“la identificación y explicación de las representaciones cognoscitivas que otorgan el sentido a todo relato comunicativo”* (Bardin, 1986:5). En relación a este estudio, se utilizará la categorización de tipo semántica, que conlleva a que los datos se agrupen en una sola categoría según la temática; dicho proceso permite que el análisis de la información se construya de manera inductiva para clasificar los datos obtenidos particularmente de las entrevistas realizadas a los administrativos de salud (Bardin, 1996).

El análisis de los datos cualitativos, es un proceso continuo de preguntas, exploraciones y observaciones que buscan dar respuestas, además es un proceso que implica organizar los datos y así generar esquemas analíticos (Mella, 1998).

Por último, el análisis de la información correspondiente a esta investigación es categorial, ya que es un proceso que se construye de manera inductiva para clasificar los datos obtenidos, en este caso, los discursos de los administrativos de salud se presentaran mediante categorías y subcategorías.

4.10 Descripción del trabajo de campo y proceso de análisis de la información.

a. Estrategia para la selección de informantes claves.

La estrategia utilizada para esta investigación, se inició con el contacto que realizó la docente guía con la Trabajadora Social de la Dirección de Salud de la comuna de San Bernardo.

Posteriormente, se agenda una reunión con la Trabajadora Social de la Dirección de Salud de la comuna de San Bernardo, para presentar el proyecto de investigación, quien da a conocer los centros de salud en los que se podrá llevar a cabo. Asimismo, se asignan los centros en los que se realizarán las entrevistas, siendo estos el CESFAM Padre Joan Alsina y el CECOSF Rivera del Maipo. Luego, la docente guía realiza la solicitud formal destinada al Director de la Dirección de Salud.

En el mes de Septiembre se realiza la primera visita y reunión con la Directora Marcela Zúñiga del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo. Posteriormente las entrevistas se realizaran entre los meses de Septiembre y Octubre.

b. Casos seleccionados para el estudio.

Los sujetos entrevistados fueron ocho administrativos de salud, los cuales se caracterizan de la siguiente manera:

Hombres: tres administrativos de salud, entre 25 y 35 años, de los cuales dos guardias y un trabajador del área de SOME y OIRS.

Mujeres: cinco administrativos de salud, entre 25 y 50 años, de las cuales cuatro pertenecían al área de SOME y una a la OIRS.

c. Proceso de entrevista y determinación del número definitivo de informantes.

Como se señaló precedentemente, el trabajo de campo se desarrolló durante dos meses. En este período, se reconoce por parte del grupo de investigadoras una positiva disposición tanto de la Directora del CESFAM y CECOSF, como de los Administrativos de salud, que accedieron voluntariamente a ser entrevistados. Para llevar a cabo las entrevistas, se realizó una pauta de preguntas generales, las cuales aludieron a los tres objetivos planteados, que a lo largo de este proceso, se modificaron preguntas en función de los requerimientos que planteó el trabajo de campo.

CAPITULO V: Resultados del estudio de investigación.

5.1 Cuadro resumen de categorías y subcategorías

A continuación se presentan las categorías y subcategorías que emergen de los tres objetivos específicos del presente estudio. Dicho análisis ha sido realizado en base a las entrevistas realizadas a los administrativos de salud correspondiente al Centro de Salud Familiar Padre Joan Alsina y su Centro Comunitario de Salud Familiar Rivera del Maipo, ubicados ambos en la comuna de San Bernardo en la Región Metropolitana.

Objetivos	Categorías	Subcategorías
Objetivo I. Identificar la manera en que los administrativos de salud conciben a los usuarios que se atienden en este centro.	1) Concepción del usuario	1.1) Pobres 1.2) Agresivos/as 1.3) Problemáticos/as 1.4) Exigentes 1.5) Razonables 1.6) Irresponsables 1.7) Desinformados/as 1.8) Sin derecho
Objetivo II Identificar la manera en que se concibe la figura de los administrativos y la importancia de su labor para un acceso de calidad a la salud pública de los usuarios.	1) Perfil de los administrativos	1.1) Sin calificación 1.2) Incompetentes 1.3) Subvalorados 1.4) Comprometidos/as
	2) Importancia de su labor	2.1) Resolutivos 2.2) Nexos/Mediadores 2.3) Primera línea de atención
Objetivo III Identificar las prácticas de los administrativos de salud que favorecen y dificultan el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios de este centro.	1) Prácticas que favorecen	1.1) Orientar/derivar 1.2) Trabajar en equipo 1.3) Comprometerse 1.4) Empatizar 1.5) Tratar bien 1.6) Ser proactivo
	2) Prácticas que dificultan	2.1) Sobrecargarse en el trabajo 2.2) Mal tratar 2.3) Ser displicente 2.4) Ser incompetente

5.2 Análisis de la información.

A continuación, se presenta el análisis de la información recopilada a través de entrevistas semi - estructuradas, que fueron aplicadas a ocho administrativos de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo de la comuna de San Bernardo.

Para efectos de esta investigación, se utilizó en una primera instancia la técnica de análisis categorial de tipo semántica, y en una segunda instancia se utilizó un análisis de contenido, considerando que *“el análisis de contenido se mueve entre dos polos: el del rigor de la objetividad y el de la fecundidad de la subjetividad. Disculpa y acredita en el investigador esa atracción por lo oculto, lo latente, lo no- aparente, lo potencial inédito (no dicho), encerrado en todo mensaje”* (Bardin, 1996: 7).

Ante lo señalado, es que el análisis se estructura en función de las categorías y subcategorías respectivas establecidas por las investigadoras, las cuales guardan directa relación con los objetivos específicos de la presente investigación.

De acuerdo al objetivo específico I, Identificar la manera en que los administrativos de salud, conciben a los usuarios que se atienden en estos centros. A partir de éste, se desglosa la siguiente categoría: **concepción del usuario**, de la cual se desprenden las siguientes ocho subcategorías: **pobres, agresivos/as, problemáticos/as, alegadores/as, razonables, irresponsables, desinformados/as, sin derecho.**

Con respecto a lo anterior, se evidencia que predomina una concepción negativa acerca de los usuarios, que guarda un estrecho vínculo con las relaciones interpersonales entre los usuarios y los administrativos de salud. De estos últimos, se logra comprender que no existe una comunicación efectiva, debido a que no se están satisfaciendo ninguna de las necesidades de los actores en juego, específicamente las que hacen referencia a la exigencia de prestaciones por parte de los usuarios y lo que puede efectivamente otorgar un administrativo de salud. Lo mencionado, dificulta aún más las relaciones, en la medida en que éstos últimos responsabilizan a los usuarios de dicha tensión, lo cual se

manifiesta en los discursos, puesto que ellos no hacen referencia de los usuarios como portadores de derechos.

1.1) Pobres:

Esta subcategoría alude a la concepción que tienen los administrativos de salud sobre los usuarios. Se logra establecer que éstos reconocen en los usuarios una desventaja socioeconómica, es decir, existe una visión de que los pacientes son pobres. Mencionando:

“Bueno, ¡humildes po’!, o sea la mayoría son humildes, lo que tenemos en común digamos eh... la mayoría de acá es que pertenecemos al sistema de salud público que sería en este caso, estar representado por FONASA, entonces es gente que... no tiene otra forma de solucionar su problema de salud” (E6:6).

“...Se entiende que es gente que viene de la periferia...de poblaciones... San Bernardo está acá... y en la periferia llegaron puras poblaciones, entonces teni’ que tener mucho cuidado en como los tratai’...” (E5:4)

De lo anterior, se puede rescatar que la concepción que los administrativos de salud tienen de los usuarios alude a la afiliación a FONASA, como un indicador clave, para identificar a los usuarios de la salud como carentes de recursos. Se identifica, que los administrativos de salud están conscientes de los límites que tiene el sistema de salud pública y el acceso a las prestaciones que se otorgan, ya que los usuarios no tienen la oportunidad de ser atendidos en la modalidad de libre elección.

La concepción que mantienen los administrativos de salud respecto del usuario, es una problemática que históricamente se ha perpetuado en Chile, a partir de la dictadura militar que impuso una división en el sistema de salud entre ricos y pobres -sistema dual- (Larrañaga, 1997). Además, se considera que los derechos fundamentales de las personas se ven limitados por la desigualdad e inequidad en el sistema de salud, debido a que existe una brecha entre los grupos socioeconómicos, que afecta la calidad y la oportunidad de la atención (PNUD, 2009).

1.2) Agresivos/as:

Tal subcategoría, corresponde a la concepción que tienen los administrativos de salud sobre los usuarios, lo que alude a actitudes agresivas. De acuerdo a las interpretaciones estas actitudes, van transgrediendo los límites mínimos de respeto, el que puede manifestarse en violencia física y verbal.

“El usuario viene con una disposición que no es siempre buena, llega acá y se ofusca, porque no tienen buena atención, y ¡es complicado! incluyendo que te ofrezcan peleas, te ofrecen combos o algo, eh... entonces es un tema delicado” (E6:11).

El hecho de que los administrativos de salud trabajen en la atención con público, significa que en muchas ocasiones, éstos padezcan de recibir las frustraciones que los usuarios cargan desde sus propios hogares. Lo anterior, se remite al hecho de que el sistema de salud pública, presenta ciertas complejidades, como por ejemplo, la carencia de profesionales, escasez de horas médicas y la falta de acceso a una atención de calidad. De acuerdo a las relaciones, tales condiciones hacen que los usuarios se alteren ante los administrativos de salud, debido a que éstos son el primer acceso que tienen los usuarios para poder acceder a la salud.

Por otra parte, los administrativos de salud ante la situación señalada, consideran que los usuarios son agresivos, debido a las falencias que tiene el sistema de salud pública, ya que no se les están otorgando una atención oportuna.

Ante lo señalado, se puede rescatar que existe una incoherencia por parte de los administrativos de salud, ya que en sus discursos no se resguarda, ni se evidencia lo que impone la institución en cuanto a los pilares de la Reforma AUGE, tales pilares se centran en la demanda y las expectativas de la atención de salud, la cual se basa en entregar respuesta y servicios oportunos (PNUD 2009). Además, el GES integra cuatro pilares fundamentales, el acceso, la oportunidad entendida como los tiempos máximos de esperas para el otorgamiento de prestaciones (Superintendencia de Salud, 2014). Es así que los usuarios toman una actitud alterada, debido a que los pilares fundamentales del GES, no están siendo llevados a la práctica en el sistema de salud.

Lo anterior, puede vincularse con lo que señala Donabedian, en relación al concepto de calidad en la atención en salud, en cuanto a la dimensión sobre las características y preferencias de los usuarios, las que están compuestas por las características biológicas, que se remiten a la efectividad y la eficiencia del diagnóstico del tratamiento; el comportamiento, que van surgiendo durante la atención de salud recibida y las distintas posturas valóricas de los usuarios, así como también la cultura y por último se encuentra la preferencia de éstos, donde se altera principalmente el significado de la calidad según la perspectiva de los usuarios, debido a que se ponen en juego los objetivos y logros de la atención que cada uno de los usuarios aspira alcanzar mediante la atención recibida (Donabedian, 1990).

Por otra parte, es necesario recalcar que el usuario es fundamental dentro del concepto de calidad en la atención sanitaria, lo que de cierta forma se le da la importancia no solamente en el mejoramiento de éste, sino que también se toma en consideración aspectos emocionales de su recuperación, útiles para su salud mental, la cual entra en juego desde el ingreso y salida del centro de salud. Por tanto, se manifiestan percepciones, sentimientos y decisiones que se relacionan con valores que se van desarrollando en la cotidianidad del sujeto, en la cual la experiencia va tener una mayor alcance en cuanto a la relación que tenga el usuario con los administrativos de salud y como éstos brindan un buen trato a pesar de las dificultades que van presentando.

1.3 Problemáticos/as:

La subcategoría problemáticos/as guarda relación con la negativa disposición que tendrían los usuarios hacia los administrativos de salud. Tal concepción, según los discursos, a una actitud que adoptarían los usuarios cuando sienten estar perdiendo su tiempo o que su requerimiento no tendría cabida en los centros de salud, ello les produciría impaciencia y fatiga, la que se manifestaría en actitudes negativas que entorpecerían la rutinaria dinámica de los administrativos de salud.

Según los relatos de los administrativos de salud, los usuarios problemáticos entorpecerían la gestión, en la medida en que las manifestaciones de su malestar obstruirían el flujo de la demanda, hecho que significaría a los demás usuarios, disminuir la posibilidad de recibir atención de calidad en un ambiente libre de tensiones acorde a

su estado de salud. Así mismo, dificultaría la labor de los administrativos en un doble sentido; por un lado éstos tendrían que otorgar a los usuarios descontentos, mayor tiempo para resolver la problemática o calmar a los usuarios, y por otro lado, esto afectaría en su equilibrio emocional. Mencionando:

“¡Eh... mira tenemos una “paciente estrella”: ¡que ella con toda la gente pelea! ...Lo que pasa es que ¡a ella no le gusta pedir hora!, le gusta que la atienda de una. Entonces es... ¡una paciente que con todos tiene problema! No solamente con una persona, ¡sino que con todas en el consultorio!” (E2:06)

“La señora llega te tira el carné y te dice ¡dame hora! ¡Quiero que me atienda ella, nadie más! Eso es provocarte po`” (E8: 11).

El Derecho a la Salud según lo dispone la ONU, asegura a todas las personas el acceso a un sistema de protección de salud en el que se resguarde, entre otros, el derecho de todo paciente a recibir un tratamiento. Añade a su vez, componentes como la disponibilidad y accesibilidad, señalándolos como pilares fundamentales para el desarrollo humano en la medida en que éstos acortan las injusticias e inhumanidades que se generan por las diferencias económicas entre las personas.

Hecha la observación anterior, se evidencia que la disponibilidad y acceso a una atención de calidad estaría influida por la relación que se genera entre los usuarios y los administrativos de salud, en la medida en que éstos últimos consideren que los usuarios al llegar sin tener una hora medica exigiendo ser atendidos por los administrativos de salud, es una actitud negativa y condicionante para una buena relación entre ellos. Dicha realidad, atenta contra los pilares fundamentales para el desarrollo humano puesto que, sitúa la concepción de problemáticos/as a una exigibilidad propia e inherente de todo ser humano; recibir un tratamiento de salud a merced de su requerimientos, para lo cual el Estado tendrá que asegurar la disponibilidad y accesibilidad, mientras que los ejecutores como los administrativos de salud, tendrán que velar por que cada usuario reciba en la medida en que solicite atención.

En este orden de ideas se puede citar al Doctor Donabedian, quien considera que la calidad de la atención está mediada por las diferencias de comportamientos de los usuarios y que surgen específicamente durante la atención de salud. Al mismo tiempo, el autor revela que dicho comportamiento está entrelazado por las diferentes posturas valóricas de los usuarios, la cultura, el conocimiento y la situación imperante. Como

último antecedente, el Doctor advierte que la observación e intervención en este ámbito es de tal relevancia que, en ella se sustentarían cuestiones como la elección de las estrategias de atención. En concordancia con lo anteriormente expuesto, se demuestra la ausencia de una caracterización definida, trabajada y consensuada sobre las particularidades específicas de los usuarios que se atienden en estos centros, y en esta misma línea una desinformada y desorganizada manera actuar, puesto que los administrativos de salud no dominan una estrategia consensuada respecto de quiénes son realmente los usuarios a los que atienden, ni qué, cómo y cuándo hacer con ellos en situaciones complejas.

1.4 Exigentes:

Corresponde a una actitud demandante y desafiante que tendrían los usuarios hacia los administrativos de salud, hecho que es concebido como un medio para descargar la molestia que les genera el no cumplimiento de sus requerimientos. Lo anterior, se desprende del siguiente relato:

“... ¡No, la gente aquí es súper alegadora! en cuanto a que! señorita: llegue a las once de la mañana y todavía no me atienden!... Y el doctor acá te atiende ¡cuatro pacientes por hora!, y en un centro médico particular ¡tú a veces tienes que esperar una hora para que te atiendan po'!” (E2:12)

De lo anterior, es posible rescatar que las expresiones de malestar se deben principalmente a la falta de horas o demoras en la atención médica. La demanda por parte de los usuarios guarda correspondencia, según lo expone Erazo, con el segundo pilar de la reforma AUGE la que alude a la generación de derechos exigibles y garantizados para la población.

Después de las consideraciones anteriores, es posible advertir que los discursos de los administrativos de salud no revelan una reflexión crítica respecto de los reales alcances que significa el hecho de que los usuarios de la salud pública sean hoy portadores de derechos exigibles. Esto se observa en la medida en que advierten la/s diferencia/s de la dualidad del sistema de salud desde una visión vinculada al préstamo de servicios y no como un derecho inalienable de toda persona por el sólo hecho de serlo. En efecto, el juicio utilizado por los administrativos de la salud para calificar a los usuarios como alegadores, carece de una reflexión y/o crítica fundada en alguna de las

garantías –pilares- dispuestos por la normativa sanitaria vigente, lo cual estaría desplazando y por consiguiente coartando, la lógica de la política pública de transferir derechos a sus habitantes. Es evidente entonces, que las interacciones entre los administrativos de salud y los usuarios se encuentran tensionadas en la medida en que no se reconozcan en dicho intercambio, la validez del otro como un sujeto de derecho.

Hecha la observación mencionada, cabe recalcar los aportes de Goffman en materia de relaciones interpersonales. Según el sociólogo, las personas construyen sesgos mediante sus interacciones con otras y lograrían mediante éstas elaborar diferencias entre una persona “normal” y la portadora de un “estigma”, lo cual les permitiría agrupar en categorías a quienes, por apariencia consideran que pertenecen a un mismo grupo, dotándolas a éstas de ciertos atributos, es decir, construyéndoles una identidad social. (GOFFMAN, 1980)

De los anteriores planteamientos se deduce, que los administrativos de salud estarían dotando de atributos negativos a los usuarios que aparentemente son alegadores, esto significa que ante cualquier situación en la que estos exijan ser atendidos, los administrativos tildarán mecánicamente a estos como sujetos “alegadores” y por tanto, elaborarían supuestos conformes a tal interpretación. En efecto, tal como indica Goffman lo señalado resulta ser pernicioso en las relaciones interpersonales puesto que, la identidad social construida por los administrativos sobre los usuarios de la salud pública, estaría desprovista de una reflexión espacial que les permita categorizar de manera crítica la situación de los usuarios y la eventualidad de sus actos.

Sumado a lo anterior, se anexa un deterioro de clima laboral, lo cual significa que los administrativos de salud asumen desde el inicio de su jornada que más de un usuario tomará la actitud de alegar con ellos, puesto que son conscientes de que la totalidad de los requerimientos demandados, no serán satisfechos básicamente por la disponibilidad de los recursos con las que los mismos centros cuentan.

1.5 Razonables:

Dicha subcategoría, alude a una actitud tolerante y deferente que asumirían los usuarios con los administrativos de salud, aun considerando los problemas persistentes del sistema de salud público, entre los cuales se advierten, la falta o cambio de horas médicas, carencia en la disponibilidad de profesionales o medicamentos para los usuarios, etcétera. De acuerdo a esta subcategoría se extrae el siguiente relato:

“...Hay pacientes que necesitan algo y les dicen...: “¡No, no hay!” Entonces de repente, si uno le da una explicación más larga al paciente, el paciente entiende” (E4:6)

“...el paciente ¡se educa! y el paciente sabe lo que es esperar, entonces si tú le explicas no hay problema, pero tienes ¡que explicarle!, tienes que decirle ¿sabe qué?: tenemos diez número que son para tales y tales grupos etarios, no porque nosotros queramos, sino porque la ley dice esto...” (E1: 9)

Al igual como se indicó precedentemente, dicha subcategoría adquiere connotación positiva en la medida en que se extraen de ella concepciones que aluden a una visión que vincula la salud a un espacio de prestaciones de servicios. Esto último, se evidencia en la medida en que la actitud razonable de los usuarios estaría siendo entendida y valorada como positiva en la medida en que reflejaría lo opuesto a un usuario problemático, es decir, éste usuario tendría actitudes tolerantes o deferentes porque “entendería” eventualmente que la prestación del servicio no podría ser entregada por la presencia de uno o más problemas que presenta el sistema.

Tal visión, estaría limitando aún más las garantías explícitas de la reforma AUGE y el consiguiente GES, puesto que en el discurso se observa un descanso en relación a la inhibición de exigir atención, lo cual contradice plenamente las garantías de acceso y oportunidad a recibir una prestación de salud garantizada. En síntesis, la concepción razonable entendida como una actitud tolerante o deferente por parte del usuario y valorada como positiva por los administrativos de salud, si bien es cierto, admite la razón como eje central del intercambio entre los actores, por otro lado favorece la deformación de una construcción colectiva sobre que, hoy en día en Chile la salud, y en este caso la salud pública está provista de derechos que descienden directamente de normativas universales a los cuales toda persona por el sólo hecho de serlo, estaría amparada, tal como indica la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

A pesar de lo anterior, es importante destacar este tipo de concepción puesto que de ella se podrían rescatar y/o profundizar importantes hallazgos y por consiguiente distinguir diversas vías que permitan enfrentar de una mejor forma la relación entre los actores involucrados, esto es de suma importancia pues como indica PNUD del año 2009, en las prácticas –y en definitiva en las relaciones interpersonales- se estarían desafiando las oportunidades de éxito o fracaso de las políticas públicas del país.

En definitiva, es posible desde este acápite, aportar a la calidad de la salud pública, en la medida en que los entendidos en la materia, sean capaces de extraer los valores que estarían detrás de la cultura y costumbres locales, para luego de su evaluación proponer tal como lo indica la Organización para la Excelencia de la Salud, un direccionamiento estratégico que, de necesitarlo, tendría el alcance para cuestionar las características de la organización y definir hacia dónde se desea ir y la forma cómo quiere ser reconocida por los usuarios y la comunidad en general.

1.5 Irresponsables:

La subcategoría irresponsables, hace referencia a la concepción negativa que mantienen los administrativos de salud sobre aquellos usuarios que adoptarían conductas imprudentes, que afectarían directamente el tratamiento y seguimiento médico de su situación clínica. Tales comportamientos se relacionarían con el desánimo y descuido de los usuarios por participar activa y comprometidamente con su proceso de mejoría, lo cual entorpecería la gestión de los centros de salud en la medida en que tales conductas estarían restringiendo la posibilidad a otros usuarios de atenderse, ello se agrava aún más ante la situación de escasez de horas médicas en los centros de salud. De los discursos es posible destacar los siguientes relatos:

“...la gente se queja de que no hay médico, pero mucha gente pierde la hora, ¿y eso que provoca? Que la gente que realmente va a necesitar después una hora, tiene que volver a pedir hora ¡y no hay! y se van llenando con la gente que no ha faltado po’” (E2:16)

“...Muchos vienen porque los remedios se le han terminado y no tienen receta, pero ese es un problema del paciente, que sea responsable con sus controles, porque si tu vienes a los controles atrasados los remedios van a quedar discontinuados! Y no le van a entregar su remedio cuando corresponde” (E2:3)

La situación descrita anteriormente, entorpece efectivamente el buen funcionamiento de los centros de salud puesto que, el comportamiento de algunos usuarios estaría provocando un daño elocuente al derecho de contar con una atención oportuna y de calidad al igual que los demás. En este sentido, es fundamental relevar la importancia que adquiere el asunto de la calidad en cuanto al primer elemento descrito por el Donabedian; la atención técnica, la cual destaca la idea de lo preciso que resultaría el considerar lo que es posible de hacer –razonablemente- para lograr calidad en las prestaciones de salud, es por ello que, es necesario advertir las conductas de riesgo por parte de los usuarios, ya sean éstas perjudiciales para sí mismos o para otros.

Tal como propone la OES, es importante alzar lineamientos estratégicos con intención de categorizar las particulares y preferencias de los usuarios para que sumado a la concepción de los administrativos de salud, se propongan nuevos espacios para promover la responsabilidad de éstos. Ello promovería una disminución en las tasas de deserción de atención médica, por otro lado, controlar el hecho de que los usuarios del país efectivamente se preocupen del mejoramiento de su salud, además, se aportaría que los administrativos de salud no se descordinasen, ni sobrecargasen de trabajo, y por último, que las agendas médica no colapsaran por la inasistencia de los pacientes a sus controles o retiro de medicamentos.

1.6 Desinformados/as:

Esta subcategoría, alude al desconocimiento que usuarios tendrían respecto de los reales alcances y variados servicios que los centros de salud otorgan en beneficio a su acceso de calidad a la salud. Señalando:

“Las personas por ser de un sector rural son menos informadas, menos agresivas y menos demandantes. Aquí saben menos y por tanto demandan menos sobre las prestaciones porque no cachan mucho, saben que tenemos un centro, que vienen porque se atienden porque les duele algo, eso nada más” (E8: 2-3).

Lo señalado, refiere a los usuarios alienados en recibir y demandar únicamente atención médica de los centros de salud, desconociendo y desaprovechando el abanico de posibilidades que dicho centro está preparado para satisfacer. Es importante

mencionar, que a partir del año 2012 entra en vigencia la Ley N° 20.584, que establece los Derechos y Deberes de los Pacientes ligadas a la atención de salud, la cual protege principios básicos de la atención en esta materia, lo que permite mejorar el eje principal de la salud pública del país enfocada a los usuarios. Cabe agregar, que los administrativos de salud son los encargados de garantizar una información oportuna y comprensible, la cual debe ser otorgada los usuarios sin perjudicar su dignidad, es decir sin que ello signifique un perjuicio a la persona (Superintendencia de Salud, 2014).

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, se evidencia que la concepción que tienen los administrativos de salud respecto a los usuarios como desinformados, complejizaría un acceso de calidad a la salud pública, en la medida en que éstos últimos no son capaces de mirar a los sujetos como garantes de derechos y hacer valer.

1.7 Sin derecho:

En cuanto a la subcategoría sin derecho, es posible advertir que los administrativos de salud interpretarían tal concepto desde una lógica de transferencia de servicios, y no así de la base de transferencia de garantías exigibles, lo cual significaría en la escena de lo práctico, que los estos no consideraran legítimas las acciones que los usuarios realizan para hacer exigibles sus derechos. Dando a conocer:

“... hay gente... que... ¡quizás es feo que lo diga...! Pero hay gente que cree que tienen derecho a la salud, pero creen que pueden exigir...entonces si ellos quieren que tú les di` las hora ¡ahora ya! Ellos creen que tú se las tienes que dar... entonces es ahí en donde se producen más los conflictos... porque hay todo un protocolo, y al final esos han sido los más grandes problemas” (E5:7).

En este escenario para los administrativos de salud, las exigencias solicitadas por parte de los usuarios generan conflictos en las relaciones y en el trato que ambos se otorgan. En este mismo sentido, la concepción que tienen algunos de ellos, resultaría complejo para otorgar un acceso de calidad, ya que la gran reforma AUGE no sólo busca otorgar mayores prestaciones a los usuarios, si no que más bien cambiar la lógica de las políticas públicas en el país, con el objetivo de incluir un vínculo explícito entre éstas y los estándares de los derechos humanos *“reconociendo a los ciudadanos como titulares*

de derechos exigibles y elaborando las políticas estatales para garantizar tales derechos” (PNUD, 2009: 70).

En efecto, la reforma AUGE tiene como objetivo central otorgar garantías explícitas para brindar una atención oportuna, de calidad y de protección, porque *“el principio que sustenta al AUGE es que detrás de cada garantía existen derechos, recursos y mecanismos que posibilitan su cumplimiento”* (PNUD, 2009: 74).

Ante lo señalado, es que la concepción que tienen algunos de los administrativos de salud se torna compleja, para otorgar lo que a su vez busca entregar la reforma GES en sus pilares centrales, como es el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad (Superintendencia de Salud, 2014). La ausencia de lo mencionado en los relatos de los administrativos de salud, dificulta aún más todos los problemas existentes en el sistema de salud público.

De acuerdo al objetivo específico II, Identificar la manera en que se concibe la figura de los administrativos y la importancia de su labor para un acceso de calidad a la salud pública de los usuarios. Es a partir de este objetivo que se desglosa dos categorías y ocho subcategorías, que son: **perfil de los administrativos** por un lado, de la cual se desprenden las siguientes subcategorías: **sin calificación, incompetentes, subvalorados y comprometidos/as**. Por otro lado se desglosa la categoría **importancia de su labor**, de la cual se desprende las siguientes subcategorías: **resolutivos, calificados/competentes, nexos/mediadores y primera línea de atención**.

En relación a las categorías y subcategorías del objetivo específico II, se puede identificar que los administrativos de salud tienen una imagen mayormente negativa de sí mismo, debido a constantes comparaciones entre los profesionales y no profesionales, pero a su vez a las exigencias para optar al cargo, influyendo de manera importante en la subvaloración éstos. Es así, que las relaciones laborales, se ponen en riesgo, ya que de una u otra forma existe un juego de poder entre los actores, lo que puede generar un ambiente laboral adverso, lo cual sin lugar a dudas podría repercutir en el acceso a la

salud de los usuarios. Lo mencionado, se agudiza con la poca influencia de sus aportes u opiniones dentro de los centros de salud que identifican los administrativos de salud.

Por otro lado, los administrativos de salud identifican la importancia de su labor de manera positiva, y como un aporte importante para el acceso de calidad a la salud pública chilena, ya que éstos se visualizan como la primera a la salud, donde a su vez éstos aportan a resolver los conflictos que los usuarios presenten, aun cuando muchas veces se encuentren limitados por las mismas falencias del sistema público de salud.

1. Perfil de los administrativos.

1.1 Sin Calificación:

La subcategoría sin calificación, corresponde a uno de los atributos que componen la visión negativa que tienen los administrativos de salud sobre su perfil, la cual consideran poco exigente y en algunos casos mediocre. Mencionando:

“porqué tú... levantas una piedra y hay cuántos administrativos po', si la única exigencia es cuarto medio po'” (E1: 14 – 15)

“Yo creo que la mediocridad de los administrativos, nada más que eso, la falta de estudios” (E1:5)

Lo señalado por los administrativos de salud, puede identificarse en los requisitos de selección para el cargo en los CESFAM, ya que la ley N° 19.378, señala que se requiere como norma específica poseer licencia de enseñanza media, y posteriormente el reglamento de cada centro de salud solicita cumplir con otros requisitos complementarios, para permitir desempeñarse en el área (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Título I, art8).

Ante los requisitos solicitados para optar al cargo de administrativos de salud, ciertos actores identifican que al momento de estar insertos en el área laboral, no cumplen con sus tareas de la manera más eficiente por las pocas exigencias solicitadas y la falta de estudios. Además, éstos manifiestan que no existe un interés por participar activamente de las capacitaciones otorgadas por los centros de salud, y a su vez, no se evidencia una motivación personal, afectando de esta manera un mejor acceso de calidad a la salud

pública ya que no tendrán mayores herramientas para enfrentar la diversidad de características y preferencias de los usuarios que se atienden en los centros de salud.

1.2 Incompetentes:

En estrecha relación con la subcategoría anterior, se puede señalar que los administrativos de salud identificarían su imagen como ineficiente e inútil, ligada a la imagen que mantienen de sí mismos y de sus compañeros, en base a al nivel educacional y las exigencias de su cargo. Dando a conocer:

“He visto a varios administrativos que han pasado por licencia o por reemplazos que han tenido que hacer y... me llama la atención ¡que no sé! una vez llegó una chica que yo decía : no... ¡me supera!, o sea archivar ¡no más!, una cuestión tan simple como archivar, es tomar una ficha abrirla, colocar la hojita adentro, o sea el tiempo que estuvo nunca pudo, y nunca entendió lo que era archivar, entonces tú de repente dices ¡ella no quiere entender algo tan básico!”(E1:15)

Del anterior planteamiento se deduce, que los administrativos de salud se visualizan de manera negativa, por la incapacidad de realizar correctamente sus labores, identificándolas como simples y básicas. Sin embargo, consideran que no todos tienen la capacidad de realizar una acción eficiente.

Como consecuencia de lo señalado, es que la incompetencia que mantienen algunos administrativos de salud, pueden afectar en ocasiones el acceso de calidad a la salud, ya que actividades como el archivo de documentos, significaría la demora de muchas de las atenciones prestadas a los usuarios.

1.3 Subvalorados:

La subcategoría subvalorados, alude a una visión negativa que mantienen de su propia imagen, en cuanto a las relaciones de poder que se generan en el ambiente laboral. Señalando:

“...Y tú eres el último del eslabón de la cadena del CESFAM ¡cachay!”(E1:5)

“...es que es el médico ¡es el médico! no... es la señorita del mesón, ¡el medico es el que tiene el título! sin embargo con nosotros se pueden enojar, pueden gritar, pueden patalear” (E3:3)

En este sentido, se desprende que los administrativos de salud tienden a compararse con los profesionales que tienen una calificación académica mayor y aquellos no profesionales, identificándola en cuestiones como la baja remuneración económica que reciben, así como también en el trato que les otorgan los usuarios a éstos. Además, consideran que su trabajo adquiere una menor importancia o mérito, porque su opinión u aporte no tiene mayor incidencia en las decisiones que se toman en los centros de salud.

Se puede analizar que la imagen que mantienen los administrativos de salud de sí mismos y la comparación que establecen, puede dificultar un acceso de calidad a la salud pública, ya que se comienzan a limitar en sus aportes para el mejoramiento de su área,

1.4 Comprometidos/as:

A lo que respecta esta subcategoría, se puede entender como la actitud responsable que los administrativos de salud identifican de su imagen, en el cual van ejerciendo ciertas obligaciones y responsabilidades, de forma personal y/o laboral. Por tanto, planifica, reacciona y acciona de una manera acertada, para lograr un objetivo determinado. Mencionando:

“¡compromiso po’!, compromiso con el CESFAM, compromiso con los pacientes. ¡A mí me gusta lo que hago! Y cuando a ti te gusta lo que haces, te gusta hacerlo bien” (E3:11).

“...uno siente que le aporta digamos su granito de arena a la atención primaria... el compromiso no es con bienes materiales sino más que nada con las personas, que no son bienes materiales. Eso es lo positivo, porque ahí tiene uno más ámbitos para poder desarrollarse como persona, porque exige comprometerte, que confíen en uno, que uno sea transparente también con el paciente, y ser sincero también” (E6:13).

Ante los relatos mencionados, se puede señalar que los administrativos de salud, tienen una actitud positiva e intrínseca ante su labor y hacia los usuarios, repercutiendo así en la atención primaria que tienen éstos. En consecuencia, el hecho de que los administrativos de salud tengan esta forma de comportarse, hace de una u otra manera que tengan conciencia de que están trabajando con seres humanos, y por tanto, van a ir asumiendo una actitud responsable y de compromiso con su labor.

Lo anterior, puede remontarse a la reforma del AUGE, ya que es una de las políticas públicas más relevante que ha tenido el país en relación al tema sanitario. En este mismo sentido, el PNUD hace mención que la reforma no solamente entrega un beneficio, sino que modifica el marco institucional de las relaciones y de las acciones de los actores en juego, donde *“representa una política innovadora que se aleja de la formulación jerárquica y tecnocrática, porque introduce una nueva visión del paciente en las prácticas de atención en salud, al otorgarle el estatus de portador de derechos y no de beneficio a un servicio (PNUD, 2009: 69).*

Por último, cabe señalar que dentro de los discursos de los administrativos, siempre hacen mención al compromiso que éstos tienen con los usuarios, donde su accionar siempre va a estar ligada en beneficio hacia éstos, ya que son conscientes que están trabajando con personas, los cuales son sujetos de derechos y que además este actuar, de alguna u otra medida, hace que los administrativos de salud puedan desarrollarse como íntegramente como persona.

2. Importancia de su labor.

2.1 Resolutivos/as:

La subcategoría alude, a la importancia de la labor que manifiestan los administrativos de salud, la que hace referencia a toda acción que éstos tienen ante la necesidad de resolver o de buscar una solución a una situación compleja que se les presente. Señalando:

“...te tiene que gustar el tratar a la gente ¡buscar soluciones y eso un administrativo lo puede hacer perfectamente!”.

“Yo siento que mi trabajo de alguna u otra forma siempre me lleva a una solución; a problemas chicos, soluciones chicas y a problemas grandes soluciones grandes. Puede ser complejo, dificultoso o fácil llegar a la solución, pero siempre hay solución”.

Es necesario señalar que los administrativos en salud dentro de su jornada laboral, se les van presentando distintas dificultades, donde éste tiene que ser capaz de poder ir buscando la manera de solucionar de forma espontánea y eficaz. Dentro de la salud pública, existen mayores inconvenientes debido a la complejidad de este sector, como por ejemplo, la demanda que ha existido históricamente ante una atención oportuna y de calidad. Si bien, ante el escenario que presencian los administrativos de salud, ellos hacen todo lo posible por solucionar todas las adversidades que se les van presentando, donde muchas veces tienen que ingeniárselas para poder resolver el problema, para que así, el usuario pueda tener una atención correspondiente.

Por tanto, la importancia que tienen los administrativos es fundamental, debido a que es gracias a éste, el sistema de salud de alguna u otra forma no se congestione. Esto se refleja, en que la atención que reciban los usuarios llegue a buen término al momento de obtener una solución por parte los administrativos de salud, lo que implica y destaca las buenas disposiciones que tienen algunos.

Lo anterior, recae cuando las personas buscan atención médica, ya que es en este proceso donde los usuarios comienzan a medir ciertos parámetros de calidad, pero en el caso de que fuese necesario ser más sigiloso en cuanto a la atención, éstos comienzan a evaluar la atención desde el primer momento que tienen acceso a la primera entrada de salud; en este caso, relacionado con los administrativos de salud. En efecto, es necesario recalcar la suma urgencia de que el Estado se haga cargo de los bienes materiales, de la infraestructura y de la tecnología necesaria que en el sistema público, ya que favorecerían en gran medida las complejidades que vivencian diariamente los administrativos de salud.

2.2 Nexos/ Mediadores:

Tal subcategoría, alude al comportamiento que los administrativos de salud adoptan con intención de dar respuesta a solicitudes que se susciten durante el día. Dicha acción se manifiesta en la gestión que realizan éstos, a la hora de brindar horas médicas y/o derivar a otros profesionales y/o centros de salud, en el caso de que su propio centro no logre satisfacer los requerimientos de los usuarios. Mencionando:

“ uno es el nexo, y uno es el que tiene (...) o sea el paciente llega contigo (...) tienes que hacerlo sentir bien, tratar de darle todas las posibilidades del mundo para que se pueda atender bien, para facilitarle las interconsultas, para que puedan tener acceso a oftalmología o a alguna cirugía” (E5:16).

Como puede observarse, los administrativos de salud tienen la obligación de brindar mediante su gestión, una atención que garantice los requerimientos de los usuarios, a la vez, ésta debe ser entregada de manera respetuosa y digna, es decir, los administrativos de salud están llamados a ser resolutivos ante la demanda de la población. A pesar de lo anterior, es posible visualizar que tal gestión alude a la lógica de derechos ligados a la transferencia de servicios, dejando de lado por completo, la normativa del AUGE basada en el enfoque de derecho, la cual establece que las nuevas relaciones entre los actores y el sistema de salud, se complementan en la medida en que cada uno de éstos comprende que las prestaciones en materia sanitaria propenden a la lógica de transferir derechos.

2.4 Primera línea de atención:

Tal categoría, se entiende como el primer contacto que surge en la relación usuario/centro de salud, en la cual los administrativos tendrían la responsabilidad de brindar atención, información y/u orientación con la intención de que éstos puedan satisfacer sus requerimientos en el sistema de salud, de lo anterior se destacan los siguientes relatos:

“La gente sí llega, ¡llega a la OIRS! por el hecho de ser el tema de las informaciones (...) entonces somos los primeros que damos la entrada al paciente a lo que sea que éste venga” (E4:2).

“(...) somos nosotros la cara visible, somos nosotros lo que tenemos que decir jno... hoy día no hay médico o... el médico está con licencia o tenemos cuatro números para médicos! entonces nosotros somos como la primera línea” (E3:2).

Se puede considerar que los administrativos de salud al ser la primera línea de acogida en la atención de la salud, están condicionados a dar respuesta a las distintas problemáticas que se suscitan durante la jornada laboral, como por ejemplo, la falta de médicos, la carencia de horas médicas, así como también la insuficiencia de medicamentos para abastecer las necesidades de la población, entre otros. En efecto, los administrativos de salud son capaces de vislumbrar la gran importancia y magnitud que simboliza brindar una atención adecuada, lo anterior significa que éstos están comprometidos con su labor, lo cual no representa que éstos últimos brinden su atención bajo la concepción de otredad, puesto que aluden sus gestiones a una cuestión meramente técnica, es decir, entregan atención en la medida que esto se constituye como parte de su labor.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es posible señalar que en la primera línea de atención se ponen en juego asuntos claves para la calidad de la atención en la salud. En efecto, tal como indica el Doctor Donabedian, uno de los componentes relevantes en la atención es la concordancia de un vínculo equilibrado entre los diversos estilos de relación entre los actores (Donabedian, 1990).

Como puede observarse en estos últimos planteamientos, los administrativos de salud conciben su labor de primera línea como una cuestión meramente técnica, ya que dejan de lado las posibilidades de visualizar en tal interacción, la relevancia de acudir a un otro –usuario-, no sólo por el hecho de que ello sea parte de sus responsabilidades como trabajador sino que más bien, están dejando de lado el sentido de ejecutar en base a los reales alcances de su acción. Tal situación, suprime las aspiraciones de los usuarios a recibir una atención basada en los derechos, en consecuencia, se estarían anulando las posibilidades de erigir nuevas y adecuadas tipologías de intercambio, mediadas por la participación constante y simétrica entre los actores.

De acuerdo al objetivo específico III, Identificar las prácticas de los administrativos de salud que favorecen y dificultan el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios de estos centros. Es a partir de este objetivo que se desglosa dos categorías y ocho subcategorías, que son: **prácticas que favorecen** por un lado, de la cual se desprenden las siguientes subcategorías: **orientar/derivar, trabajar en equipo,**

comprometerse, empatizar, ser resolutivos, tratar bien, ser proactivo. Por otro lado se desglosa la categoría **prácticas que dificultan**, de la cual se desprenden las siguientes subcategorías: **sobrecargarse en el trabajo, mal tratar, ser displicente, ser incompetente.**

A partir de las categorías y subcategorías identificadas en el objetivo III, es que se aprecia que las prácticas que favorecen el acceso a la salud son mayores que las prácticas que dificultan, no obstante se aprecia que los administrativos de salud no conciben a los usuarios como portadores de derechos.

1. Prácticas que favorecen.

2.2 Orientar/ Derivar:

Esta subcategoría, alude a una práctica que refiere a la acción de informar, dirigir y/o encaminar, que los administrativos de salud otorgarían a los usuarios para que éstos pudieran acceder a la información de prestaciones correspondientes y/o problemáticas que se susciten diariamente en el CESFAM. Mencionando:

“La gente viene por atención médica, pero, es cosa de hablar un poquito y tú te das cuenta que de repente no es la atención médica, a lo mejor, la puedes derivar a la asistente social, la puedes derivar a la psicóloga o tiene algún problema no sé, ¡ahí tú haces las derivaciones que corresponden! (E1:2).

A partir de lo señalado, es que ésta práctica favorece el acceso de calidad a la salud pública, por medio de la orientación, la escucha y comunicación que los administrativos de salud brindan a los usuarios. En definitiva, la calidad en salud dependerá de múltiples variables, que sumadas darían un valor completo e integral a la atención en salud (Organización para la Excelencia en Salud, 2008).

Por tanto, se puede considerar que los administrativos de salud deben compatibilizar sus conocimientos técnicos y sus habilidades blandas, con el fin de entregar una información concreta y lo más acertada posible, con el propósito de orientar de manera efectiva a los usuarios que realizan tramites por primera vez o aquellos que necesitan ser derivados con otros profesionales y especialistas del centro de salud, propendiendo a entregar un acceso a los beneficios que el sistema ofrece.

Otorgar una información completa, comprensible, continua y detallada de las prestaciones que otorga el sistema de salud, es fundamental para un acceso de calidad (Superintendencia, 2013). Es así, que orientar y/o derivar en definitiva es una práctica que facilita el acceso a la salud, ya que si ésta acción no fuera llevada a cabo se complejizaría a un más las demandas, lo que puede provocar un colapso en el sistema de salud público e insatisfacción por parte de los usuarios.

2.3 Trabajar en equipo:

Esta subcategoría, puede ser entendida como un conjunto de personas, las cuales van aportando ciertas características tales como la experiencia, formación, personalidad y aptitudes, que generan la existencia de una organización determinada, para lograr un objetivo en común. Donde consideran que:

“La gracia es, yo creo, es trabajar en equipo porque así las cosas resultan más expeditas po’, yo creo que todos salimos beneficiados al trabajar en equipo” (E2:16).

“Si yo estoy al frente de adulto mayor, y veo que a mi compañero en transversal que está con una fila gigante, y lo veo que está con el humito saliendo, yo voy a decirle alguien: ¿necesita hora?, ¡pase por acá! Cachay, entonces tratar de ayudarse entonces eso hacemos todos por acá” (E5:21).

Se evidencia que los administrativos de salud identifican el trabajar en equipo como una práctica positiva, que favorece el acceso a la salud de los usuarios, ya que poseen disposición de trabajar en equipo y apoyarse en situaciones de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que uno de los administrativos de salud, presente una necesidad de solicitar ayuda, ésta es brindada por sus demás compañeros de labores.

Lo expuesto, se puede relacionar con la negociación habilitante, la cual centra el trabajo en un convenio desarrollado por parte de los actores, para lograr un acuerdo beneficioso a largo plazo, esta práctica se evidencia “*si todos nos ponemos, todos ganamos*” (PNUD, 2009: 209). De esta manera se puede reducir las inseguridades e incertidumbres de los administrativos de salud. En este sentido, es fundamental desatracar la capacidad de organización y coordinación que tienen los equipos de trabajos para los centros de salud pública.

2.4 Comprometerse:

La subcategoría comprometerse, alude a una práctica de los administrativos de salud que favorece el acceso de calidad a la salud, la cual se corresponde a una actitud responsable llevada a cabo durante las actividades laborales. Por tanto, implica planificar y accionar de una manera acertada para lograr un objetivo determinado. Mencionando

“Yo creo que aquí difícilmente un administrativo se va a las cinco, hay días que me voy de aquí a las ocho y no me pagan horas extras, y yo salgo a las cinco. Pero porque yo veo también el compromiso de mis compañeros” (E3: 9).

Ante lo expuesto, se puede evidenciar que éstos tienen un compromiso personal con su labor, ya que intentan dar respuestas a las deficiencias que presenta el sistema de salud. Cabe señalar que, el compromiso de los administrativos de salud se halla centrado en el esfuerzo de garantizar sus derechos a los usuarios a través de las prestaciones. En consecuencia éstos, intentan cumplir con estándares mínimos para lograr la acreditación del prestador y la certificación de los profesionales que trabajan en los centros de salud (Superintendencia, 2014).

Por lo señalado, es que se puede comprender que la práctica que mantienen algunos administrativos de salud alude a las expectativas que tienen las autoridades del CESFAM o el sistema de salud, esperando aquello que objetivamente resulte posible, y si estas expectativas por parte del CESFAM y de los mismos administrativos no son cumplidas se genera una exclusión por parte de éstos mismos (Bourdieu, 1988).

En efecto, a pesar de que el compromiso es una práctica que favorece y facilita el acceso a la salud, se puede identificar que los administrativos de salud se comprometen a partir de un esfuerzo o sacrificio de su tiempo y remuneración, y no a partir de su propia voluntad, sino mediante el hábito que se genera en su propio ambiente y sus pares.

2.5 Empatizar:

Esta subcategoría, hace referencia al sentimiento de comprensión que tienen algunos administrativos de salud frente a situaciones que viven los usuarios; a pesar que los primeros no estén vivenciando la misma situación, y por ende, no les es indiferente dichos problemas. Dando a conocer:

“Yo nunca me había atendido en un consultorio jamás, entonces yo no sabía cómo funcionaba, igual es fuerte porque tú ves que son abuelitos no de 60 o 70 años, son abuelitos de 80, 90, y están afuera a las 7:30 de la mañana, yo sé que aquí y en todos los consultorios y en hospitales y han salido reportajes que los abuelos llegan a las 5 de la mañana ¿cachay? Entonces por eso yo pienso si ya hacen el esfuerzo los abuelitos y los niños de estar a las 7:30 de la mañana afuera, entonces si hacen todo ese esfuerzo ¿qué te cuesta atenderlos bien? ¡No te cuesta nada po'! aunque lo estés pasándolo pésimo, ¡pero pucha! tú te levantaste temprano igual, llegas a tomar desayuno y estás todo el día trabajando po', ellos a diferencia, se levantan porque vienen preocupados, porque vienen a buscar una hora, ¡entonces no te cuesta nada atenderlos bien po'!” (E5: 23)

Cabe mencionar, que empatizar es una práctica que favorece el acceso a la salud, ya que los administrativos de salud intentan comprender las distintas realidades con las se enfrentan los usuarios con el sistema de salud a diario, y de esta manera tratar de dar respuestas a éstos problemas, como por ejemplo la espera constante de adultos mayores o niños para obtener una hora médica.

1.5 Tratar bien:

Se refiere a la manera en que los administrativos de salud otorgan atención a los usuarios, centrada en el buen trato, amabilidad y respeto, hacia los usuarios. Señalando:

“Ponte tú cuando ellos vienen, salen y me piden la hora y yo les pregunto: ¿cómo les fue? ¿Cómo se han sentido? aunque sea primera vez que vengan. Y ahí te meten conversa, se ponen contentos porque hay muchos abuelitos que están solos y en la casa no hablan con nadie, entonces ya que tú les preguntes ¿Cómo les fue? ¿Cómo se sienten? Se sienten felices po'” (E5:2).

Se puede visualizar que los administrativos de salud, comprenden el buen trato como una práctica, que se refleja en el saludo, en la amabilidad y en el respeto hacia el otro. Es así, que consideran que estos actos deben ser parte de la educación personal de cada administrativo de salud.

Lo expuesto, puede entender como una práctica que favorece el acceso a la salud, ya que el buen trato es fundamental para potenciar el derecho a la salud de los usuarios. Esta práctica, se encuentra estrechamente ligada con el componente de accesibilidad correspondiente al cumplimiento de no discriminar, en términos físicos, económicos y de información para todo (ONU, 2008). Además, lo mencionado se especifica en la Ley de Derechos y Deberes del paciente, estableciendo que se debe entregar un trato digno a los usuarios, considerándolo como un concepto central dentro de la calidad en salud (Superintendencia de Salud, 2013).

A pesar que ésta práctica favorece el acceso a la salud, no se identificó en los discursos la comprensión de éste concepto como un derecho, más bien lo comprenden, como una habilidad personal que puede estar presente o ausente en los administrativos de salud.

1.6 Ser proactivo:

Esta subcategoría alude a la manera activa en que los administrativos de salud llevan a cabo las funciones de su labor. A través de esta práctica, éstos deciden tomar iniciativas, para beneficiar y mejorar la atención de los usuarios. Lo cual se reafirma en lo siguiente:

“Me dicen que estoy haciendo algo que no tengo que hacer, yo les digo que no importa, mientras pueda o no hay problemas. Yo no soy TENS, yo no hago cosas de doctor, pero si hay que hacer algo lo hago, a mí me gusta jugármela en todos lados ¡yo pregunto!” (E8: 21).

Se considera que esta práctica facilita el acceso de calidad a los usuarios, en este caso, los administrativos de salud tienen iniciativa propia y pre-disposición para la realización de actividades, a pesar que no sea propiamente su labor.

Esta práctica, mantiene una estrecha relación con la improvisación adaptativa en la cual los actores, en este caso los administrativos de salud, se enfrentan a situaciones nuevas, dando origen al parche de los vacíos e improvisando en las diversas funciones que se vayan suscitando (PNUD, 2009).

Cabe destacar la importancia de ser proactivo en los centros de salud, ya que esta práctica favorece el acceso a la salud de los usuarios, de esta manera sería un aporte a la gestión y fluidez de las prestaciones y atención que otorga el sistema de salud público.

3. Prácticas que dificultan.

3.1 Sobrecargarse en el trabajo:

Se refiere al exceso de actividades que los administrativos de salud tienen que enfrentar en horas extras a su horario laboral, sin recibir remuneración proporcional a ello. Según sus discursos, consideran que esto se debe por la incrementación de la población usuaria que se atiende en el CESFAM, alcanzando un total de treinta y tres mil ochocientos setenta usuarios y además la mínima cantidad de contratos de los administrativos de salud por centros de salud. Donde señalan:

“Hay trabajo que no podemos sacar; por ejemplo, el archivo está abandonado hace como seis meses y no hemos podido archivar porque no hay tiempo, porque todo el día es un rotar y rotar de gente, no paras nunca (...). Nosotros tenemos una hora de salud mental que no debiéramos trabajar y hasta esa hora la dedicamos a archivar. Yo no llego a las ocho, llego todos los días a las siete y media, por lo tanto, media hora antes de mi trabajo ya estoy archivando, porque si vienen y te hacen una auditoria de ficha, y no está el archivo perdemos la acreditación po`. Y si no lo hago dentro de eso horario ¿en qué horario lo hago? Entonces es una carga extra” (E3: 8, 9).

Lo anterior, se relaciona según el PNUD 2009 con la “improvisación adaptativa” en la cual los actores, en este caso los administrativos de salud deben llegar antes de su hora laboral, para terminar trabajos pendientes, generando un sentido de sacrificio y tendencia al heroísmo, ya éstos consideran que es parte de su obligación de realizar esa labor. Este tipo de práctica responde a “*hay que hacerlo, y si no lo hago yo, no lo hace nadie*” (PNUD, 2009: 204). Esto también, se evidencia porque los administrativos de salud están bajo evaluaciones para cumplir con ciertas metas y acreditaciones. Además, es importante señalar que la carga extra de actividades se debe principalmente a la

ausencia de equipamientos tecnológicos-en este caso, ellos aún deben archivar, pero lo deben hacer de forma rudimentaria.

A partir de lo anterior, se puede considerar que a pesar de que han existido modificaciones en el sistema de salud público para mejorar la calidad de éste, en términos de organización del financiamiento, inversión e incremento en la infraestructura y equipamientos hospitalarios. Se evidencia éste carece de equipos tecnológicos, para los administrativos de salud, lo que dificultaría aún más el acceso de calidad a los usuarios, es por esto que es necesario destacar el concepto de calidad comprendido por Donabedian (1990) que hace referencia a tres componentes en la atención; por un lado, la atención técnica, que alude a la base científico-tecnológica de la atención, los recursos económicos y materiales, las características y preferencias de los pacientes.

3.2 Mal tratar:

La subcategoría alude a un trato poco cordial por parte de algunos administrativos de salud, ya que tienden en ocasiones a menoscabar a los usuarios. Señalado:

“Sí, he visto algo negativo, pero lo he visto muy pocas veces, hay compañeros que ponen una barrera, no sé po' que contesten mal a los abuelitos (...) entonces claro si el abuelito llega y te dice: ¿Qué? ¿Ah? me ha tocado ver que como responden mal, por ejemplo les responden: ¡si ya le dije ya!, ¡que en su casa lo vean! ¿Cachay?” (E5: 15)

A partir de lo mencionado, se puede rescatar que el mal trato es una práctica que dificulta el acceso de calidad a la salud pública, en la medida que éstos responden de manera inadecuada ante información solicitada por los usuarios. Se puede añadir, que ésta práctica puede generarse por diversos motivos, como por ejemplo la predisposición de algunos administrativos de salud a mal tratar a los usuarios, o el colapso de sus labores, entre otros.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, es que se evidencia que los administrativos de salud no conciben al usuario como sujeto de derechos, ya que muchas veces no otorgan a los usuarios un trato digno, lo cual entra en una completa contradicción con la nueva reforma AUGE, GES y la ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, la que establece que los usuarios tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Esto deja en manifiesto, que el concepto de calidad y sujetos de derechos aún no se lleva a la práctica, puesto que no es comprendido en su totalidad por los administrativos de salud, ya que estos conceptos son entendidos y llevados a la práctica como prestaciones de servicios.

3.3 Ser Displaciente:

Esta subcategoría, alude al desagrado e indiferencia con que los administrativos de salud atienden a los usuarios en distintas circunstancias, cuya atención se caracteriza por un desánimo y desconfianza de su propia labor. Cabe añadir, que una práctica displicente también se expresa bajo esquemas corporales, es decir, el mundo social se manifiesta mediante el uso del cuerpo (Bourdieu, 1988). Es así, que se manifiesta:

“Uno hace la pega no más, yo hago la pega y si hay problemas aquí con algún usuario que venga mal, en vez de encararlo le digo justed señor no se preocupe! Doy media vuelta y le digo a mi jefa ¡jefa atienda al caballero! Y yo sigo haciendo otra cosa, ya no meto las manos al fuego para quemarme a lo bonzo” (E8: 13).

En este mismo sentido, se puede rescatar que la manifestación del desánimo de los administrativos de salud es asociada a prácticas que dificultan el acceso de calidad de la salud pública, la cual se relaciona con el acuerdo de mínimos, práctica que alude a “¿por qué voy a dar más de mí, si ellos no lo hacen?” (PNUD, 2009:208). Es por lo señalado, que las prácticas que se terminan suscitando es la derivación, y de esta manera no hacerse responsable de situaciones complejas. En efecto, se reafirma lo señalado por el PNUD 2009, donde alude a la desconfianza histórica que se ha generado por parte de los actores en el contexto de la salud, donde éstos otorgan el mínimo de su esfuerzo para llevar a cabo su labor.

3.4 Ser incompetentes:

La subcategoría ser incompetente, alude a las prácticas ejecutadas por los administrativos de salud que se caracterizan por acciones o inacciones que éstos mantendrían durante su jornada de trabajo, las cuales dificultarían y/o entorpecerían la dinámica en la medida en que no fomentarían actitudes resolutivas y/o proactivas a favor de la gestión de los centros. De lo anterior, se despliega el siguiente relato:

“...puede llegar un funcionario bueno, pero tiene que adaptarse al sistema, porque si no se adapta hay una infinidad de problemas (...) puede estar atendiendo en urgencia y el compañero dice: ¡ya vamos a tomar oncecita, pongámosle chala que vamos atender a diez personas en una hora más! Y yo digo: ¡quiero trabajar! Porque la gente está mal. Ellos dicen: No po´ es que tienes que adaptarte a nuestro sistema, vamos a tomar once, o vamos a ver el partido´ y uno tiene que ir no más...” (E7:32)

Lo anterior, guarda relación con las prácticas típicas de los chilenos que identifica el PNUD del año 2009. Según el Informe, una de las prácticas cotidianas de los administrativos de salud es la adaptación proyectiva, tal práctica se lleva a cabo cuando un grupo de actores es presionado a adoptar ciertas actitudes, los cuales son incapaces de resistirse ante la nueva normativa, puesto que es más fuerte la inercia de las identidades históricas del grupo que presiona.

En el marco de las observaciones anteriores, es posible vislumbrar que los funcionarios más antiguos de los centros de salud estarían ejerciendo una presión constante frente a los funcionarios nuevos, esto produciría vicios significativos al sistema puesto que promovería acciones de negligencia, pereza, descuido, tardanza de en las atenciones, etcétera, hechos que transgreden directamente la posibilidad de que los usuarios puedan recibir una atención oportuna y de calidad tal como lo indica la normativa sanitaria vigente.

En efecto, la adaptación proyectiva está perjudicando la atención de calidad en el sentido más clásico de la palabra, ya que el conocimiento y la experiencia adquirida durante los años por los administrativos de salud, no está al servicio del usuario en la medida en que, aun contando con tales herramientas, no se vela por la situación clínica de los usuarios, puesto que no son capaces de advertir que su acción o inacción puede en efecto, causar daños adicionales que pudieran evitarse. Se observa claramente en función

de lo anterior, que los administrativos de salud no se observan a sí mismos como sujetos claves para una transferencia de garantías hacia los usuarios de la salud pública.

CAPÍTULO VI Conclusiones.

La investigación realizada, ha permitido conocer la manera en que los administrativos de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo de la comuna de San Bernardo, conciben el acceso de calidad de los usuarios a la salud pública, con el propósito de dar respuesta a la problemática precedentemente expuesta.

Es posible destacar, que entre los administrativos de salud predomina una concepción negativa respecto de los usuarios, lo cual se vincula con las relaciones interpersonales que se suscitan entre los actores durante la atención que éstos otorgan. En ese mismo sentido, fue posible establecer que dichas concepciones dificultan el acceso de calidad a la salud pública, en la medida en que éstas se construyen en base a identidades sociales tal como indica el sociólogo Erving Goffman, porque están compuestas por sesgos que emergen de las interacciones entre los actores, agrupando por categoría a quienes por apariencia consideran iguales. Como consecuencia de esto, coexiste entre los administrativos de salud una identidad social compartida respecto de quién y cómo son los usuarios que se atienden en el sector público, en este caso pobres, agresivos, problemáticos entre otro, lo cual obstaculiza todo propósito de cambio en la medida en que sus concepciones se ubican en la vereda del intercambio social rutinario no reflexivo, ya que éstos no visualizan las condiciones socio - culturales del entorno en el que se encuentran insertos los usuarios.

Profundizando lo anterior, se hace evidente que los administrativos de salud han construido concepciones de los usuarios en base a un contacto frecuente e intermitente durante la atención cotidiana, lo cual ha significado que éstas se compongan desprovistas de reflexión alguna, sobre quién y cómo son los usuarios respecto a la comprensión de sus características y comportamientos.

Sumado a lo anterior, los administrativos de salud consideran que la mejor forma de relacionarse con los usuarios, es cuando éstos son pasivos, poco exigentes y poco demandantes, ya que tal actitud facilitaría su labor. Tal concepción, remite a la falta de preparación con que cuentan los administrativos de salud para enfrentarse ante “situaciones complejas”. A su vez, esto se puede comprender por la deficiencia de los

organismos de salud al momento de bajar, capacitar y hacer comprensible la política pública y los pilares de la gran Reforma AUGE, complejizando aún más las prácticas que se desarrollan entre los actores.

En efecto, los administrativos de salud conciben a los usuarios como sujetos portadores de derechos bajo la lógica de prestación de servicios, relegando por completo lo dispuesto por la normativa sanitaria nacional, en la que se establece que bajo la adhesión al Enfoque de Derecho, el Estado reconoce y garantiza el derecho a la salud por medio de sus políticas públicas, buscando hacer responsables de tales derechos a los que tienen la obligación de actuar.

Por otro lado, se identifica que los administrativos de salud conciben su perfil de manera negativa, debido a la mínima exigibilidad que requiere su cargo y además, porque consideran que el sistema de salud no les permite aportar desde su experiencia a los desafíos y/o problemas del sector. En definitiva, los administrativos de salud subvaloran su figura, puesto que no han logrado dotar de capacitación y mejor especialización su labor, lo cual incide directamente en la calidad de la atención entregada. La concepción negativa que tienen de su perfil, consideran que debe muchas veces por los sueldos, las oportunidades y opciones de desarrollo que se les otorga desde las instituciones.

A pesar del perfil negativo con el que se identifican los administrativos de salud, estos consideran que su labor es importante para el acceso a la salud, identificándose como primera línea de atención o puerta de entrada al servicio público, y a su vez se visualizan como mediadores y resolutivos en diversas oportunidades, ya que muchas de las actividades, son éstos los que deben resolver o entregar respuesta a las problemáticas que se presentan, a pesar de las limitaciones del mismo sistema de salud.

Con respecto a las prácticas que mantienen los administrativos de salud, se identifica que las prácticas que favorecen el acceso de calidad a la salud pública son más bien de carácter personal y/o individual siendo estas un conjunto de motivaciones, preferencias, aspiraciones y expectativas que cada uno de estos actores encara en una

práctica en concreto, como por ejemplo la empatía, el tratar bien, el ser proactivo y comprometerse, ya que esto correspondería principalmente a las actitudes y habilidades de cada sujeto. Además, se identifican trabajar en equipo como una práctica que favorece el acceso de calidad a la salud pública, pero se puede señalar que ésta es más bien de interés personal y de una constante negociación. Por último, se identifica la práctica orientar/derivar, la cual correspondería más bien a un protocolo institucional.

En lo que se refiere a las prácticas que dificultan el acceso de calidad a la salud pública, se puede identificar que son de carácter personal y colectivo, siendo estas el maltrato, ser displicente y ser incompetente las cuales pueden ser relacionadas tanto con su cultura, costumbres y valores individuales, como el entorno social donde se desarrollan e interactúan cotidianamente. También, se identificó un vacío institucional que se refleja en la sobrecarga laboral que dificultaría el acceso a la salud, ya que muchas veces éstos no tienen tiempo ni herramientas para llevar a cabo sus labores en el horario laboral establecido, influyendo a que muchos de los administrativos de salud establezcan malas prácticas.

En base a todo lo señalado anteriormente, se pudo conocer que los administrativos de salud conciben el acceso de calidad a la salud pública, como una prestación de servicios y no como una transferencia de derechos, ya que se hace evidente la relación causal que tales concepciones atañen al profundo y penetrante cambio político, económico, social y cultural, que trajo consigo el Golpe Militar. A sí mismo, tal como indica Solimano la profundidad del cambio paradigmático que provocó la puesta en marcha de las nuevas políticas públicas, provocó angustia, inseguridades, desaliento y resistencia entre los actores, que se refugiaron en el individualismo, la eficiencia y la competitividad como método para resguardar sus intereses.

Lo mencionado, se transporta a la visión y acción colectiva de los administrativos de salud, quienes a pesar de los años producen y reproducen los valores neoliberales en la medida en que observan y proceden bajo la concepción de que a los usuarios hay que darles según corresponda y/o tenga alcance la garantía de prestación de servicios, no porque consideren que lo anterior, realza la democracia en cuanto a la transferencia de derechos exigibles. En definitiva, la imagen de los usuarios sin derechos se manifiesta en

la predominancia de concepciones negativas hacia éstos, ya que los administrativos de salud estarían comparando –erróneamente- el derecho a la exigencia con actitudes negativas como lo son, la irresponsabilidad, el ser problemáticos, agresivos, exigentes, entre otros.

Sumado anterior, los administrativos de salud no conciben a los usuarios como sujetos de derecho, lo cual incide en la emergencia de prácticas que frustran la oportunidad de que la política pública se lleve a cabo en su totalidad en la sociedad, a su vez, esto se complejiza aún más cuando las políticas públicas no son bajadas de manera clara e integral a los sujetos.

Ante lo señalado, se establecen desafíos para el Trabajo social que remiten a los siguientes tópicos, por un lado se establece la necesidad de que los administrativos de salud reconozcan positivamente su perfil y la importancia de ellos para un acceso de calidad, por otro lado es necesario que los administrativos de salud comprendan la política pública como transferencia de derechos y no como prestación de servicios, y a su vez, mejorar las practicas que están dificultando el acceso de calidad a la salud pública .

Debido a lo mencionado, surge la importancia y desafío para el Trabajo Social, ya que la profesión ha estado ligada desde sus inicios a los temas sanitarios, aportando desde la intervención social, una mirada crítica y reflexiva desde los problemas sociales a esta área, ya que éstos no se consideran tan sólo un problema biológico, sino que también social, donde los Trabajadores Sociales fueron capaces de aportar a los diagnósticos médicos en distintas épocas.

Los trabajadores Sociales, ya insertos en las áreas de salud han sido participes de la intervención a nivel de caso, grupo y comunidad, aportando a la resolución de los conflictos sociales, teniendo siempre en consideración que su quehacer se ha sustentado en la dignidad del ser humano, junto con el respeto y validación por los derechos humanos.

A modo de reflexión, se puede concluir que los Trabajadores sociales son los principales mediadores entre los sujetos y las instituciones, por lo que se pueden levantar nuevos desafíos en el caso de esta investigación, como por ejemplo, repensar el modo en que se está bajando la política pública a los administrativos de salud, ya que son éstos quienes la ejecutan en el día a día, y no es comprendida como un derecho social. A su vez, es necesario mirar el concepto de calidad, ya que éste hoy en día está medido en base a leyes de mercado y como un bien de consumo, no considerándolo de manera integral, es decir que la salud no solo será de calidad por entregar una prestación de salud, sino más bien es la forma a través de las relaciones humanas en que se llevan a cabo, más allá de una mayor dotación de recursos. Por ello, se considera que el Trabajo Social deben posicionarse fortalecerse aún más en este escenario social, ya que somos encargados de facilitar y aportar al cambio social en los administrativos de salud y la concepción del acceso de calidad a la salud pública.

Bibliografía.

- Agüero, M. (2008). *El Trabajo Social en salud Pública*. Argentina: Universidad Nacional de Tucuman.
- Ardoy, L; Amo, S; & Ruiz, J (2013). *La triangulación metodológica en el ámbito de la investigación social*. Andalucía: Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA/CSIC).
- Althusser, L. (1992). *El porvenir es largo*. Madrid, España: Destino.
- Álvarez, Gayou, J. L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Métodos básicos*. México: Paidós.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid, España: Editorial Aka.
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid, España: Editorial Aka.
- Blanco, A. (Marzo 1991). *Importancia de las Sociedades de Socorro Mutuo. Sus beneficios materiales y morales*. Conferencia, Santiago, Chile.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1994). *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*. Barcelona, España: Anagrama.

- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill.
- Drago, M. (2004). *Las reformas del sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Santiago, Chile. CEPAL.
- Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El Plan Auge; avances y desafíos*. Santiago, Chile: Asdi.
- Escartín M; Plomar, M; Suarez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II*. Aguacalara.
- Goffman, E. (1980). *La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amarrortu.
- Güell, P., Frei, R., y Palestini, S. (2009). *El enfoque de las prácticas: un aporte a la teoría del desarrollo*. Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, Nº 23.
- Sánchez, D. (2002). Derechos Humanos y exclusión. Una mirada desde el Trabajo Social. *Trabajo Social y Mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión*.
- Solimano, G. (2000). *De la reforma para unos, a la reforma para todos*. Santiago, Chile: Sudamericana.

- Hernández, R; Collado, F. & Lucio, C. (2006). *Metodología de la Investigación*. D.F, México: Mc Graw Hill.
- Illanes, M. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia*. Santiago, Chile: Andros Ltda.
- Illanes, M. (2003). *Chile Des-Centrado: Formación socio-cultural republicana y transición capitalista (1810-1910)*. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Illanes, A. (2007). *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de los trabajadores sociales (1887-1940)*. Santiago, Chile: Lom Ediciones.
- Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno*. Proyecto CEPAL Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile.
- Larrañaga, O. (2010). *Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica*. Santiago, Chile. PNUD.
- Mengoya, K (2014). *Diagnóstico de salud CESFAM Padre Joan Alsina*. San Bernardo, Chile.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago, Chile:CIDE.
- Sampieri, R. (2010). *Metodología de la investigación*. D.F, México: Mc Graw Hill.

- Ministerio Secretaria General de Gobierno. (1995). *La salud, tarea de todos: logros, avances y desafíos de la reforma*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (2000). *Propuesta de Políticas para la seguridad social en Chile: Componente salud*. Santiago, Chile.
- Mora, H. (2004). *Validez y triangulación en investigación cualitativa*. Temuco, Chile. Universidad Católica de Temuco.
- Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España. Universidad de Deusto.
- Ortiz, J. (1997). *Paradigma de la Investigación*. Caracas, Venezuela: UNA Documenta.
- Osorio, G; Sayes, N; Fernández, L; Araya, E., & Poblete, D. (2002). *Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada*. *Revista médica de Chile*, 130(2), 226-229.
- Raczynski, D. (2002). *Políticas Sociales y de Superación de la Pobreza de Chile: Centro de política social para América Latina*.
- Raczynski, D. (2002). *Equidad, inversión social y pobreza. Innovar en cómo se concibe, diseña y gestiona las políticas y los programas sociales*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Ramírez, F. (2004). *Adiós “señorita asistente”*. *Construyendo la historia del Trabajo Social en Chile*. V Revista Trabajo Social N° 14. Universidad Arturo Prat Iquique, Chile.

- Rusque, A (1999). De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Caracas, Venezuela: Ediciones FACES/UCV/Vadel Hnos. Editores.
- Schkolnik, M; Bonnefoy, J. (1994). *Una propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile*. Santiago, Chile: UNICEF.
- Taylor, S; Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Vicuña, M. (1887). *Los médicos de antaño en el reino de Chile*. Santiago, Chile: Difusión.
- Zapiola, J. (1902). *La Sociedad de Igualdad i sus enemigos*. Santiago, Chile: Biblioteca de Autores Chilenos –I

Bibliografía Online.

- Aguilera, X. (2005). *Estudio nacional de satisfacción y gasto en salud: Satisfacción con el Sistema de Salud*. Santiago, Chile: MINSAL. [En línea]. Recuperado el 08 de Abril de http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf
- Aedo, C. (2000). Las reformas en la salud en Chile. *La transformación económica de Chile*. [En línea]. Recuperado el 05 de Abril de http://www.cepchile.cl/dms/archivo_3267_1620/14_aedo.pdf
- Artículo 128, inc., 4. Constitución Política de la República. Congreso Nacional de Chile. [En línea]. Recuperado el 05 de Junio de 2014, de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=137535>
- Bastías, G., y Valdivia, G. (2007) *Reforma de salud en Chile; el Plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su evolución y origen*. Escuela de Medicina UC: Una Propuesta Educativa, 51. [En línea]. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/20072/ReformaSalud.pdf>
- Camacho, A. (2006). *Socioepistemología y prácticas sociales*. [En línea]. Recuperado el día 17 de Junio de 2014. Disponible en, <http://www.redalyc.org/pdf/405/40518106.pdf>
- Carballeda, A. (2013). *La Intervención Social en los escenarios actuales: Una mirada al Contexto y el Lazo Social*. Recuperado el día 3 de Enero de 2015, de <http://www.margen.org/suscri/margen68/carballeda.pdf>

- Castañeda, P; Salamé, A. (2010). *Perspectiva Histórica de la Formación en Trabajo Social en Chile*. [En línea]. Recuperado el día 3 de Diciembre de 2014. Disponible en <http://www.trabajosocialudec.cl/rets/wp-content/uploads/2010/12/historiaformacion.pdf>
- Centro de Desarrollo Humano. (2004). *“Informe Nacional de Desarrollo Humano*. [En línea]. Recuperado el 28 de junio de 2014, de http://www.centrodesarrollohumano.org/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=929
- Donabedian, A. (1990). *La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2014, de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1990/eNo_2/199032_113-117.pdf
- Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El Plan Auge: Avances y desafíos*. [En línea]. Recuperado el día 3 de Junio de 2014. Disponible, en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/44517/lcl-3348.pdf>
- (Fondo Nacional de Salud). [En línea]. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/sageneral/asegurados/afiliacion/ramos+abcd/funcionarios+del+sector+salud>. Consultado: 11 Abril 2014.
- FONASA (Fonda Nacional de Salud). [En línea]. Recuperado el día 5 de Mayo de 2014, de <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/6fbe02bb-651c-4c27-b632-3818505fa190/MANUAL+100+PREGUNTAS.PDF?MOD=AJPERES>
- Franulic, F. (2007, Diciembre). *El reverso del asilo. El discurso del tercer patio en el hospital San Francisco de Borja durante la primera mitad del siglo XIX*.

Diseño Urbano y Paisaje. [En línea]. Recuperado el día 4 de Abril de 2014 de http://www.ucentral.cl/dup/pdf/12_reverso_del_asilo.pdf

- Quiroz, M. (1998). *Antología del Trabajo Social*. [En línea]. Recuperado el día 3 de Diciembre de 2014, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000015.pdf>
- Labra, M. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. [En línea]. Recuperado el 21 de Junio de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10184.pdf>
- Ley 19 Art, 9 Constitución Política de la República, Congreso Nacional de Chile. [En línea]. Recuperado el día 3 de Junio de 2014, de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
- Lenz, R. (2007). “*Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina Una Mirada desde la Economía Política*” [En línea]. Recuperado el día 3 de Junio de 2014, de http://cieplan.lemongroup.cl/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf
- Melucci, A. (1995). El conflicto y la regla: Movimientos Sociales y Sistemas Políticos. [En línea]. Recuperado el día 23 de Junio de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/27669385/Melucci-Alberto-El-Conflicto-y-la-Regla-Movimientos-Sociales-y-Sistemas-Politicos#scribd>
- Ministerio de Salud. (2005). *Programa de Evaluación de la Calidad en la Atención Hospitalaria*. [En línea]. Recuperado el día 3 de Enero de 2015, de http://web.minsal.cl/hitos_salud_chilena

- Ministerio de Salud. (2011). *Metas 2011-2020*. [En línea]. Recuperado el día 3 de Junio de 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Hitos de la salud chilena*. [En línea]. Recuperado el día 17 de Diciembre de 2014, de http://web.minsal.cl/hitos_salud_chilena
- Museo Histórico Nacional. (2014). *La viruela en Chile*. [En línea]. Recuperado el 20 de Junio de 2014, de <http://www.dibam.cl/Recursos/Contenidos%5cMuseo%20Hist%C3%B3rico%20Nacional%5carchivos%5cViruelaenChile.pdf>
- Murillo, A. (1888). *Discurso del Doctor Adolfo Murillo*. (Discurso). [En línea]. Recuperada el 4 de Abril de 2014, de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/mc0027481.pdf>
- Nikken, P. (1994). *Sobre el concepto de derechos humanos. Estudios Básicos de Derechos Humanos*. [En línea]. Recuperado el 23 de Junio de 2014, de <http://www.iidh.ed.cr/documentos/HerrPed/pedagogicasespecializado/el%20concepto%20de%20derechos%20humanos.htm>
- Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. *¿Qué son los derechos humanos?* [En línea]. Recuperado el día 27 de Marzo de 2014, de <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. *Derechos Humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. [En línea]. Recuperado el día 27 de Marzo de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Derecho a la Salud*. [En línea]. Recuperado el día 1 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud OPS- OMS*. [En línea]. Recuperado el día 5 de Mayo de 2014, de <http://www.onu.cl/onu/sample-page/agencias-fondos-y-programas/ops-oms/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Valores, visión, y misión de la Oficina Sanitaria Panamericana*. [En línea]. Recuperado el día 1 de Abril de 2014, de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=122
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La salud pública en las Américas*. [En línea]. Recuperado el 18 de Junio de 2014, de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. ONU.[En línea]. Recuperado el día 13 de Junio de 2014, de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *La declaración universal de derechos humanos: fundamentos de las normas internacionales de derechos humanos* [En línea]. Recuperado el día 13 de Junio de 2014, de <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>

- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Enfoque de la salud basado en los Derechos Humanos*. [En línea]. Recuperado el día 13 de Junio de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43963/1/9789243563749_spa.pdf
- Organización para la Excelencia en Salud. (2008). *Calidad de atención en salud*. [En línea]. Recuperado el 14 de Septiembre de 2014, de <http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). *Desarrollo Humano en Chile: La manera de hacer las cosas*. [En línea]. Recuperado el 20 de Mayo de 2014, de http://www.desarrollohumano.cl/informe-2009/pnud_2009.pdf
- Raczynski, D. (1992). *Políticas sociales y de superación de la pobreza de Chile*. [En línea]. Recuperado el 18 de Junio de 2014, de <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/overviews/chilsocpol90s.pdf>
- Robles, C. (2011). *El sistema de protección social de Chile: una mirada desde la igualdad*. En línea]. Recuperado el día 3 de Enero de 2015, de <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3907/S1100694.pdf?sequence=1>
- Superintendencia de Salud. (2014). *¿Cuáles son los derechos de las personas en su atención de salud?* [En línea]. Recuperado el 14 de Septiembre de 2014, de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-7960.html>
- Superintendencia de Salud (2014). *¿En qué consiste la ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes, cuándo fue promulgada y cuáles son sus alcances?* [En línea]. Recuperado el 14 de Septiembre de 2014, de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-7959.html>

- Superintendencia de Salud. (2014). *Ley de derechos y deberes*. [En línea]. Recuperado el 14 de Septiembre de 2014, de <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-4185.html>
- Titelman, D. (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes* (No. 104). CEPAL. Recuperado el 04 de Abril de 2014, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/lcl1425e.pdf>
- Vergara, M. (2007). *Reforma del Sector de la Salud en Chile: Avances y Problemas en su Implementación. Serie Políticas Públicas*. Recuperado el 04 de Abril de 2014, de http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007114141.pdf
- Vidal, Y. (2006). *Introducción a la Calidad en Salud*. . [En línea]. Recuperado el día 17 de Diciembre de 2014, de <http://www.enfermeraspaellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>

Anexo

Objetivo específico I

Identificar la manera en que los administrativos de salud conciben a los usuarios que se atienden en estos centros.

<u>Categoría</u>	<u>Subcategoría</u>	<u>Relato textual</u>
<p>1. Concepción del usuario</p> <p>Se entenderá como todas aquellas ideas y comprensiones que los administrativos de salud mantienen de los usuarios que acceden a las prestaciones de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y del CECOSF Rivera del Maipo.</p>	<p>1.1 Pobres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...Mira uno se levanta temprano, es ¡cierto!, pero uno se ducha con agua caliente, eh...tomo un colectivo todos los días o en su autito llega acá, se toma un cafecito, ¡hay gente que no!... nuestros pacientes se vienen a pie ¿cachay?...y se vienen con el cabro chico colgando, sin nada para darle, entonces...también hay que colocarse en ese lugar” (E1:10) • “Nosotros tenemos eh... paciente de muy bajo nivel socioeconómico-sociocultural” (E1:3) • “...Se entiende que es gente que viene de la periferia...de poblaciones...San Bernardo esta acá... y en la periferia llegaron puras poblaciones, entonces teni' que tener mucho cuidado en como los tratai'...” (E5:4) • “Bueno, ¡humildes po'!, o sea la mayoría son humildes, lo que tenemos en común digamos eh... la mayoría de acá es que pertenecemos al Sistema de Salud Público que sería en este caso, estar representado por la FONASA, entonces es gente que no tiene otra forma de solucionar su problema de salud” (E6:6) • “...Acá la gente es muy respetuosa (...) Más gente de campo, como es zona rural o sea viven en parcelas, gente más humilde. Allá... pasando pa' los Morros, allá puros departamentos, casas y...hacinamiento total (...) gente que igual es analfabeta y no son ¡delincuentes! no llegan y al tiro a pegar porque no los atendieron (E:7:6-7)
	<p>1.2 Agresivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...tenemos casos como, por ejemplo: el Castañueli, es un paciente epiléptico, que viene cuando ¡quiere! Y ¡hay que darle lo que él quiere!, entonces, era del sector rojo, ¡lo echaron del sector rojo!, porque aparte a todo el mundo gritaba, a todo el mundo lo garabateaba y toda la

		<p>cuestión...(E1: 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “... el problemas que la gente se va alterar y se va a desquitar con nosotros. Si no hay hora...” (E2: 9) • “... hay hartas situaciones que en el día te pueden colapsar, por ejemplo: hoy día teníamos una señora que ella... es adicta a las drogas y... está embarazada como por octava vez, le han quitado cinco de sus hijos y... en la mañana... la matrona le tenía que hacer el ingreso de embarazo y no pudo venir, porque tenía... medio día administrativo y... la señora hizo un escándalo de aquellos culpándonos a nosotros de que nosotros le quitamos las guaguas y insultó a todo el mundo y quiere golpear a los paciente’, esas son situaciones que... de pronto te superan po’” (E3: 2) A • “...Paciente complicado nosotros tenemos que manejar todos los días, ¡todos... los días! ¡De hecho! uno nunca se va de acá, si no al menos con uno, cinco o siete insultos diarios” (E3:7) • “...Los pacientes alterados complican mucho, porque de repente hay pacientes que llegan muy alterados, gritando y... ¡ahí a uno puede hasta que se le escape de la manos! O sea, puedo no saber qué hacer porque el paciente ¡grita! ¡grita! ¡grita! eh...¡y uno puede escuchar lo que quiere! porque vinieron predispuestos o sea como que vienen al consultorio pensando... “¡Sí no me atienden dejo la escoba!” (E4:9) • “...hay gente que se cierra y te contestan mal...entonces pasa que te contestan mal te suben y te bajan y después viene otra persona que no te entiende entonces tú ya viene tensa...” (E5:19) • “Acá abajo en Transversal, en el SOME, hay un caballero que siempre garabatea. Una vez llegó y siempre conmigo tenía problemas, yo con ese caballero preferí no atenderlo, si él llegaba, yo llamaba a un compañero para que lo atendiera para que no tuviéramos problemas y el caballero siempre decía, no quiero que me atienda ella porque es muy pesada y es tonta (E5:5) • “Sí, ha habido amenazas, por ejemplo, amenazas a colegas, incluso agresión, insultos y violencia verbal por parte de los
--	--	---

		<p>usuarios” (E6:7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “(...)la gente ya va con la mentalidad de la violencia ,sino me atienden, te voy agarrar a manotazos” (E7:31)
	1.3 Problemáticos/as	<ul style="list-style-type: none"> • “... los problemáticos son los míos(...) hay pacientes que no, no... tienen vuelta...”(E1:10-11) • “Eh... mira tenemos una “paciente estrella”: ¡que ella con toda la gente pelea! ...Lo que pasa es que ¡a ella no le gusta pedir hora!, le gusta que la atiendan de una. Entonces es... ¡una paciente que con todos tiene problema! No solamente con una persona, ¡sino que con todas en el consultorio!” (E2:06) • “... ponte tú, un caballero llegó una vez, un viejito quería hora... nosotros acá en la mañana se dan las horas a las 8 de la mañana... y él tiene que haber llegado como a las 3 de la tarde...¡quería hora y quería hora! y no se podía dar una hora, ¡si no quedaban!, y me acuerdo que se paró... y me dijo: que yo era una aparecida y que ni siquiera sabía ocupar un computador, que me había comido la tecnología... y se fue enojado, pero él ¡no se po’!...como que me trato de dejar en vergüenza ...”(E5:5) • “El usuario viene con una disposición que no es siempre buena, llega acá y se ofusca, porque no tienen buena atención, y ¡es complicado! incluyendo que te ofrezcan peleas, te ofrecen combos o algo, eh... entonces es un tema delicado”(E6:11) • “La señora llega te tira el carné y te dice ¡dame hora! ¡quiero que me atiendan ella, nadie más! Eso es provocarte po’” (E8: 11)
	1.4 Exigentes	<ul style="list-style-type: none"> • “... ¡No, la gente aquí es súper alegadora! en cuanto a que! señorita: llegue a las once de la mañana y todavía no me atienden!... Y el doctor acá te atiende ¡cuatro pacientes por hora!, y en un centro médico particular ¡tú a veces tienes que esperar una hora para que te atiendan po’!” (E2:12) • “...Entonces ¡la gente no lo entiende! la gente dice: ¡No pero es que eh mi tiempo! la gente reclama mucho, porque es su tiempo, es su plata ¡pagaron para venir! Entonces... ellos dicen: ¡pucha! y ¿ahora quién me lo devuelve?” (E4: 05) • “...como le digo allá el usuario del otro

		<i>CESFAM es malo, o sea desde que abren las puertas entran alegando...” (E7:14)</i>
	1.8 Razonables	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...el paciente ¡se educa! y el paciente sabe lo que es esperar, entonces si tú le explicas no hay problema, pero tienes ¡que explicarle!, tienes que decirle ¿sabe qué?: tenemos diez número que son para tales y tales grupos etarios, no porque nosotros queramos, sino porque la ley dice esto...” (E1: 9)</i> • <i>“... ¡Todo depende de cómo tú le vayas a contestar!, porque puede que no haya hora, pero si tú le das una explicación y de buena manera, y la gente se va a ir mejor...” (E2: 20)</i> • <i>“...Hay pacientes que necesitan algo y les dicen...: “¡No, no hay!” Entonces de repente, si uno le da una explicación más larga al paciente, el paciente entiende” (E4:6)</i> • <i>“la gente puede escuchar bien, si le tienen que cambiar la hora, no arman grandes problemas” (E:7:4)</i>
	1.6 Irresponsables	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Mucho niño está metido en las drogas, los tienen consumidos, entonces... tu puedes, ¡se supone! que al paciente se le debe dar oportunidades de atención, pero no puedes tampoco darle veinte mil oportunidades, ¡porque no la quiere tomar!” (E1:03)</i> • <i>“...Y no tenemos tanta abundancia para seguir perdiendo horas con ese paciente, ¡entonces! el que quiere sanarse, el que quiere ayudarse, bienvenido sea” (E1:3)</i> • <i>“...la gente se queja de que no hay médico, pero mucha gente pierde la hora, ¿y eso que provoca? Que la gente que realmente va a necesitar después una hora, tiene que volver a pedir hora ¡y no hay! y se van llenando con la gente que no ha faltado po'” (E2:16)</i> • <i>“...Muchos vienen porque los remedios se le han terminado y no tienen receta, pero ese es un problema del paciente, que sea responsable con sus controles, porque si tú vienes a los controles atrasados los remedios van a quedar descontinuados! Y no le van a entregar su remedio cuando corresponde” (E2:3)</i>
	1.7 Desinformados /as	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Las personas por ser de un sector rural son menos informadas, menos agresivas y</i>

		<p><i>menos demandantes. Aquí saben menos y por tanto demandan menos sobre las prestaciones porque no cachan mucho, saben que tenemos un centro, que vienen porque se atienden porque les duele algo, eso nada más” (E8: 2-3)</i></p>
	<p>1.8 Sin derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“... hay gente... que... ¡quizás es feo que lo diga...! Pero hay gente que cree que tienen derecho a la salud, pero creen que pueden exigir...entonces si ellos quieren que tú les di` las hora ¡ahora ya! Ellos creen que tú se las tienes que dar... entonces es ahí en donde se producen más los conflictos... porque hay todo un protocolo, y al final esos han sido los más grandes problemas” (E5:7)</i> • <i>“Las personas que se atienden acá pertenecen a Fonasa, entonces es gente que no tiene otra forma de solucionar sus problemas de salud (...) mucha gente no ha recibido tratamiento que le corresponde, y cuando tienen síntomas dolorosos y vienen es sólo para que le inyecten un calmante en el SAPU, digamos que es a lo que aspiran no más po`. No queda más que sentirse bien” (E6: 4)</i> • <i>“Me parece que la mayoría no reclama el tema de la atención y es porque el funcionario administrativo que está detrás del mesón no supo abordar una situación que tal se escapó de las manos, siendo que no debió habersele escapado de las manos” (E6:13)</i>

Objetivo específico II

Identificar la manera en que se concibe la figura de los administrativos y la importancia de su labor para un acceso de calidad a la salud pública de los usuarios.

<u>Categoría</u>	<u>Sub categoría</u>	<u>Relato textual</u>
<p>1. Perfil del administrativo Se entenderá por todas aquellas representaciones que conciben los administrativos de salud, respecto de sus pares y de sí mismo, en el CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo</p>	<p>1.1 Sin Calificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “ <i>porqué tu... levantas una piedra y hay cuántos administrativos po', si la única exigencia es cuarto medio po'”</i> (E1: 14 – 15) • “<i>Yo creo que la mediocridad de los administrativos, nada más que eso, la falta de estudios”</i>(E1:5) • “<i>Los TENS se creen amos y señores del Consultorio, o sea, ellos mandan, ellos son más que uno, porque ellos son técnicos en enfermería, son enfermeros, o sea tienen más estudios que uno</i>” (E7: 27) • “<i>Yo creo que la calidad pasa por que los administrativos de aquí no se capacitan y no tienen tiempo para hacerlo. Por ejemplo, todo personal administrativo tendría que haber utilizar los computadores y en ningún lado pasa eso, de hecho si ponemos una persona de 40 años, quedamos ahí porque tampoco conoce nada eso</i>” (E8: 24)
	<p>1.2 Incompetentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>He visto a varios administrativos que han pasado por licencia o por reemplazos que han tenido que hacer y... me llama la atención ¡que no sé! , una vez llegó una chica que yo decía : no... ¡me supera!, o sea archivar ¡no más!, una cuestión tan simple como archivar, es tomar una ficha abrirla, colocar la hojita adentro, o sea el tiempo que estuvo, nunca pudo, y nunca entendió lo que era archivar, entonces tú de repente decís ¡jella no quiere entender algo tan básico!</i>”(E1:15)
	<p>1.3 Subvalorados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>...Y tú eres el último del eslabón de la cadena del CESFAM ¡cachay!</i>”(E1:5) • “<i>Yo creo que la labor del administrativo no es tan reconocida, por una cosa, que el mismo administrativo no conoce su labor</i>”(E1:20) • “<i>...digamos que a uno lo van ascendiendo, depende de los cursos que uno haga, ahí te van ascendiendo de categoría, pero siempre va ser la misma labor po'... ¡administrativa! No otra cosa</i>” (E2: 10) • “<i>...es que es el médico ¡es el médico! no... es la señorita del mesón, ¡el médico es el que tiene el título! sin embargo, con nosotros se</i>

	<p><i>pueden enojar, pueden gritar, pueden patear” (E3:3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...porque nosotros somos administrativas no ma' po', o viene el paciente de pronto y viene ¡con esta me descargo! Total también... viene con esa mentalidad” (E3:4)</i> • <i>“... creo que no es tan valorizado, porque en otras áreas, por lo menos de la salud están como bien estigmatizados. Los profesionales los técnicos y los administrativos somos como el último rango po'... antes de nosotros están los auxiliares de servicio, pero somos como lo último. Entonces por eso de repente la gente como se encuadra tanto, los profesionales, o los técnicos, entonces de repente no, no valorizan el trabajo del administrativo” (E4:21)</i> • <i>“¿Cómo se ve el trabajo de guardia?, un poco digamos..., se veía despectivamente como pasaba antes, cuando había una empresa y traían a cualquier guardia y en realidad daba lo mismo quien fuera esa persona ¡sino que era el guardia no más!”(E6:8)</i> • <i>“Aquí hay ciertas falencias, por ejemplo, cuando se realizan actividades recreativas a nosotros los guardias no nos incluyen y esa es responsabilidad de nuestro empleador; la Corporación, porque no hay ninguna razón para que no nos incluyan en las actividades. Bueno, seguramente se ahorran plata o a lo mejor deben pensar que somos puros guardias picantes que si no invitan a una actividad vamos a quedar todos borrachos. Entonces hay una discriminación y es tácita porque uno es más humilde que el resto de los funcionarios” (E6: 10-11)</i> • <i>“no es valorizada mi labor, porque si fuera valorizada nos pagarían más por ejemplo, y eso también da para pensar y decir: ¡sabes que gano re... poco, así que me da lo mismo, que me importa a mi cumplir con esto, para que me voy a calentar la cabeza si gano tan poco, o voy arriesgarme a tener un problema o que alguien me agreda por doscientos veinticinco mil pesos” (E6: 156)</i> • <i>“El guardia es mal mirado por todos lados, porque el guardia es como lo último en todos lados, o sea el guardia es como el que no terminó de estudiar y tuvo que trabajar en lo último, y no pudo encontrar más trabajo (...) O sea, yo tuve mi profesión anteriormente, yo fui cabo de ejército, le di la baja y (...)”</i>
--	---

		<p><i>entré de guardia, dejé mi carrera, tuve mi carrera”” (E7:11-1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...el que tiene que estar parado ahí no más y o sea ¡no sé! ¿Cómo le puedo explicar? Como cualquier persona no más, nada más!” (E7:23)</i>
	1.4 Comprometidos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...realmente se puede hacer mucho a nivel administrativo; lo que sí que hay que tener en claro, es que hay que estar comprometido po’ ” (E1:1)</i> • <i>“¡compromiso po’!, compromiso con el CESFAM, compromiso con los pacientes. ¡A mí me gusta lo que hago! Y cuando a ti te gusta lo que hace, te gusta hacerlo bien” (E3:11)</i> • <i>“...uno siente que le aporta digamos su granito de arena a la atención primaria... el compromiso no es con bienes materiales sino más que nada con las personas, que no son bienes materiales. Eso es lo positivo, porque ahí tiene uno más ámbitos para poder desarrollarse como persona, porque exige comprometerte, que confíen en uno, que uno sea transparente también con el paciente, y ser sincero también” (E6:13)</i>
<p>2. Importancia de la labor</p> <p>Se entenderá como todas aquellas representaciones valoradas positiva o negativamente de la actividad laboral de los administrativos de salud, del CESFAM Padre Joan Alsina y el CECOSF Rivera del Maipo.</p>	2.1 Resolutivos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...te tiene que gustar el tratar a la gente ¡buscar soluciones y eso un administrativo lo puede hacer perfectamente!(E1:2)</i> • <i>“Te ven si eres guardia o si tienes logo, entonces es positivo, porque en realidad aquí viene gente que ¡está mal de salud!, por tanto uno trata de hacerle un poco más agradable la estadía acá, orientándolo, dándole las facilidades, que si yo incluso facilitarle un asiento o decirle o llamar a un funcionario, advertirle que esta persona necesita atención y bueno así se hace bien agradable la labor de uno, siente que aporta digamos algo al sistema de salud primario” (E6:6)</i> • <i>“Yo siento que mi trabajo de alguna u otra forma siempre me lleva a una solución; a problemas chicos soluciones chicas y a problemas grandes soluciones grandes. Puede ser complejo, dificultoso o fácil llegar a la solución, pero siempre hay solución” (E8: 25)</i>
	2.2 Nexos/ mediadores	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...uno puede ayudar mucho porque el administrativo es el que te abre las puertas de todo en la salud” (E1:1)</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • “... uno es el nexa y uno es el que tiene que (...) ósea el paciente llega contigo... tienes que hacerlo sentir bien... tratar de darle todas las posibilidades del mundo para que se pueda atender bien, para facilitarle las interconsultas, para que puedan tener acceso a oftalmología o alguna cirugía” (E5:16) • “Yo intento resolver lo que más puedo y si no tengo forma, me levanto y busco a la jefa de sector, hablo con ella para que resuelva el problema” (E3:7).
	<p>2.3 Primera línea de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...somos nosotros la cara visible, somos nosotros lo que tenemos que decir ¡no... hoy día no hay médico o... el médico está con licencia... o... tenemos cuatro número para médico! entonces nosotros somos como la primera línea” (E3:2) • “¡La gente sí llega, llega a la OIRS! por el hecho de ser el tema de las informaciones...entonces somos los primeros que damos la entrada al...paciente ¡a lo que sea! que éste venga” (E4:2) • “...Es que nosotros somos la cara visible (...) ponte tú si hay problemas con los médicos, el paciente no va a ir a donde el médico y se va a descargar...va ir donde nosotras...” (E5:13) • “Si no hay nadie en un mesón por equis motivo, por ejemplo: la OIRS, que es un mesón que siempre tiene que estar abierto, independiente de que no haya una persona para atenderlo, pero va estar el guardia, entonces sí estamos visible y nosotros colaboramos con la salud para que por ejemplo: un paciente que este ahí, no esté esperando sin saber qué pasa, y uno le dice: sabe está en receso la funcionaria, ¡la van a atender luego!” (E6:9) • “Me daba rabia porque yo era la cara visible, yo tenía que dar las explicaciones yo tenía que decirle a la gente: ¿sabe qué? Están ocupados, están copados, pero ellos en realidad estaban metidos en Facebook, chateando, cantando y escuchando música” (E7: 21) • “...somos la cara visible, nosotros somos la cara visible, y todo nos llega a nosotros ¡todo!...”(E7:16) • “Pasa por como la primera persona acoja al primer usuario, si el funcionario lo acoge violentamente o bruscamente todo funciona

		<i>mal, en cambio, si uno lo atiende suavemente, unas tallitas que sé yo, por aquí todo se dará mejor” (E8: 15)</i>
--	--	---

Objetivo específico III

Identificar las prácticas de los administrativos de salud que favorecen y dificultan el acceso de calidad a la salud pública de los usuarios de estos centros.

Categoría	Sub categoría	Relato textual
<p>1. Prácticas que favorecen</p> <p>Se refiere a todas aquellas acciones llevadas a cabo por los administrativos de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo, que benefician un acceso de calidad a la salud pública.</p>	<p>1.1 Orientar / derivar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“La gente viene por atención médica, pero, es cosa de hablar un poquito y tú te das cuenta que de repente no es la atención médica, a lo mejor, la puedes derivar a la asistente social, la puedes derivar a la psicóloga o tiene algún problema no se, ¡ahí tú haces las derivaciones que corresponden! (E1:2).</i> • <i>“Si ellos -pacientes- quieren por ejemplo poner un reclamo, les digo que lo traten de escribir lo más claramente posible, a veces me dicen: ¿pero cómo le pongo? Yo les digo: ¿pero por qué? (...) Es que sabe, que vine en la mañana y en el sector no tenían hora para médico (...) ponga en el reclamo por falta de hora para médico, porque usted venia enfermo y no consiguió hora. Considero que el reclamo es un espejo, yo les digo: si usted no escribe y dice lo que a usted le molesta, no podremos saber en qué estamos fallando” (E4:18)</i> • <i>“Hay veces en que claro, hay que tratar de convencer al paciente que no se puede, y tratar de hablarles bien y explicarles, si es necesario con dibujitos la hago. Hoy día me tocó; tuve que hacer un dibujito de los meses, condiciones y explicarle y le regalé el papelito” (E5:7)</i> • <i>“...la gente viene casi todos los días acá, entonces ya uno se va familiarizando con ellos y ellos con nosotros, y se dan cuenta que nosotros estamos disponibles tanto para ayudarlos y orientarlos también. No nos corresponde darle información, pero hay información que manejamos al cien por ciento, entonces ¡si la podemos dar, la damos! y la gente se da cuenta de eso, porque a la primera persona que acuden, no es al mesón, el público no va al mesón, sino que va al guardia” (E6:6)</i>
	<p>1.2 Trabajar en</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“La gracia es yo creo es trabajar en equipo porque así las cosas resultan más expeditas</i>

	equipo	<p><i>po´, yo creo que todos salimos beneficiados al trabajar en equipo” (E2:16).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“¡Sí, si todas trabajamos en equipo, no tenemos problemas! Tratamos de solucionar los problema, si es que un médico no viene, una se encarga de llamar al paciente para que no venga a perder su tiempo” (E2: 17).</i> • <i>“Por lo menos yo como funcionaria siempre tengo que recurrir a otro para que me ayude en los casos (...) por lo general si veo que el paciente está complicado, que está con fiebre que, o una persona que trabaja y que al otro día tiene que igual ir a trabajar me las arreglo y llamo al jefe de sector, le digo: ¿Sabe qué?, tengo un paciente con tal diagnóstico entonces ellos me dicen: ¡ya démosle una hora para mañana!” Y así vamos trabajando bastante bien, o con los Directores de sector, con la Directora. Y si vemos a alguien complicado que necesite atención dental y no tenemos para eso acá, es fácil ayudar porque tenemos enlaces con otros consultorios, y no necesita verlo el dentista, sino que hacerle una interconsulta y de ahí derivarlo a tal parte” (E4: 8)</i> • <i>“Pero en realidad ahí nos ayudamos entre todos, porque si no con toda la gente que viene quedaría la embarra’, pero todos hacemos de todo” (E5:1)</i> • <i>“Si yo estoy al frente de adulto mayor, y veo que a mi compañero en transversal que está con una fila gigante, y lo veo que está con el humito saliendo, yo voy a decirle alguien: ¿necesita hora?, ¡pase por acá! Cachay, entonces tratar de ayudarse entonces eso hacemos todos por acá” (E5:21).</i> • <i>“Yo puedo llamar a una compañera y decirle: ¡oiga compañera sabe que se me perdió un examen! ¿Me lo puede enviar a las 12? A lo cual ella responde: ¡ya po`! Ahí me quedo tranquilo porque ya me ayudó y lo solucionó sabiendo que es mi responsabilidad” (E8: 26)</i>
	1.3 Ser Comprometidos/as	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Yo creo que aquí difícilmente un administrativo se va a las cinco, hay días que me voy de aquí a las ocho y no me pagan horas extras, y yo salgo a las cinco. Pero porque yo veo también el compromiso de mis compañeros” (E3: 9)</i> • <i>“Se nos ocurrió hacerle a los pacientes una capacitación y conseguimos acá al lado el jardín, para la entrega de diplomas, comprometimos a la corporación, comprometimos a todo el mundo y salió súper</i>

		<p><i>lindo y la gente muy agradecida” (E1: 18).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Se logró un buen un buen grupo de gente, yo hablé con la enfermera ¿qué onda, qué pasa con esto y todo? Ya entonces, armamos un curso, todo el sector comprometido, la dentista, todos, todos comprometidos!”(E1: 18).</i>
	<p>1.4 Empatizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Y se vienen con el cabro chico colgando, sin nada para darle, entonces también hay que colocarse en ese lugar” (E1: 10).</i> • <i>“Si po`, o sea, yo no soy condescendiente para nada, pero sí me trato de meter en el rollo de ellos po`, tratar de entender a las personas” (E1: 11).</i> • <i>“Yo vengo como bien mentalizada todos los días desde mi casa. Pienso que son personas enfermas, son personas que uno tiene que ponerse en el lugar del otro, empatizar. Sí yo me levantara a las no se po`, a las seis de la mañana y vengo enfermo y me dicen: sabe que tengo seis horas para médico y si usted se levantó a la cuatro a lo mejor no alcanza hora porque la prioridad son los niños menores de cinco años y adultos mayores, y usted no está dentro de esas dos prioridades. Si es así, no es mucho lo que yo puedo hacer, probablemente también me molestaría. Por eso uno tiene un poco que empatizar no más” (E3:4).</i> • <i>“También hay personas que se frustran po`, porque es frustrante llegar a un lugar y no tener lo que tú necesitas po`” (E3:6)</i> • <i>“De pronto vemos llegar a una señora que no alcanzó a llegar a las ocho de mañana a la selección de hora y llegó a las diez con su bebé de cuatro meses y me dice: Señorita mi guagua es crónica y estuvo con fiebre y me dijeron que a lo mejor tiene bronconeumonía, ¡y yo en verdad no tengo horas! y tengo que decirle: llévelo a la Posta, y ella me dice: ya la llevé y todavía no me dan hora. Ahí pienso ¿de dónde le saco una hora? Entonces a una como persona y como madre te frustras porque uno también es mamá” (E3:12-1)</i> <p><i>“Yo nunca me había atendido en un consultorio jamás, entonces yo no sabía cómo funcionaba, igual es fuerte porque tú ves que son abuelitos no de 60 o 70 años, son abuelitos de 80, 90, y están afuera a las 7:30 de la mañana, yo sé que aquí y en todos los consultorios y en hospitales y han salido reportajes que los abuelos llegan a las 5 de la</i></p>

		<p><i>mañana ¿cachay? Entonces por eso yo pienso si ya hacen el esfuerzo los abuelitos y los niños de estar a las 7:30 de la mañana afuera, entonces si hacen todo ese esfuerzo ¿qué te cuesta atenderlos bien? ¡No te cuesta nada po'! aunque lo estés pasándolo pésimo, pero pucha tú te levantaste temprano igual, llegas a tomar desayuno y estás todo el día trabajando po', ellos a diferencia, se levantan porque vienen preocupados porque vienen a buscar una hora, ¡entonces no te cuesta nada po'!"</i> (E5: 23)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>No, yo sé que no saben leer ni escribir yo no le hago notas pero si se los digo verbalmente, más claro, más fuerte para que vayan tranquilos" (E8:5)</i>
	<p>1.5 Tratar bien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Lo primero que uno hace, el personal administrativo y todo el personal en general, todos saludan punto uno, ¡que no cuesta nada! ¡No cuesta absolutamente en nada! Es como cuando sale el médico y llama a una persona y no lo saluda, o sea no vas hacer más médico o menos médico, es una cosa de cortesía, de humanidad como te decía. Aquí sí se saluda” (E1:7).</i> • <i>“Ponte tú cuando ellos vienen, salen y me piden la hora y yo les pregunto: ¿cómo les fue? ¿cómo se han sentido?, aunque sea primera vez que vengan. Y ahí te meten conversa, se ponen contentos porque hay muchos abuelitos que están solos y en la casa no hablan con nadie entonces ya que tú les preguntas ¿cómo les fue? ¿cómo se sienten? Se sienten felices po'” (E5:2)</i> • <i>“Trato de ser lo más relajado posible, o sea llevarme bien con la gente, de saludarla y todo. (...)El guardia tiene que ser amable con la gente, porque ¿para qué vas a ser atorao` como se dice? No hay para qué, no se debe” (E7:17-18)</i>
	<p>1.6 Ser proactivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>SSi necesita por ejemplo de kinesiólogo, el doctor que ve a los niños, el pediatra te tiene que derivar y según agenda(...)nosotros te damos la hora, hay gente que dice ¡quiero hora para hoy día!, pero la agenda me dice que tengo hora hasta el lunes, entonces ahí yo voy hablar con la kinesióloga y le digo si ella me autoriza y ve que no tiene tantos</i>

		<p><i>pacientes, yo salgo y le hago un sobrecupo y le doy la hora” (E5:8)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Se ven compañeras que también son como yo, que hacen lo imposible, que guardan el número del paciente para avisarle cuando hay hora para que el paciente llegue a su próxima consulta” (E5: 14)</i> <i>“Me dicen que estoy haciendo algo que no tengo que hacer, yo les digo que no importa mientras pueda o hay problemas. Yo no soy TENS, yo no hago cosas de doctor, pero si hay que hacer algo lo hago, a mí me gusta jugármela en todos lados, yo pregunto” (E8: 21)</i>
<p>2. Prácticas que dificultan</p> <p>Se refiere a todas aquellas acciones llevadas a cabo por el administrativo de salud del CESFAM Padre Joan Alsina y CECOSF Rivera del Maipo, que perjudican un acceso de calidad a la salud pública.</p>	<p>2.1. Sobrecargarse en el trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Hay trabajo que no podemos sacar; por ejemplo, el archivo está abandonado hace como seis meses y no hemos podido archivar porque no hay tiempo, porque todo el día es un rotar y rotar de gente, no paras nunca (...) Nosotros tenemos una hora de salud mental que no debiéramos trabajar y hasta esa hora la dedicamos a archivar. Yo no llego a las ocho, llego todos los días a las siete y media, por lo tanto, media hora antes de mi trabajo ya estoy archivando, porque si vienen y te hacen una auditoria de ficha, y no está el archivo perdemos la acreditación po`. Y si no lo hago dentro de eso horario ¿en qué horario lo hago? Entonces es una carga extra” (E3: 8, 9).</i> • <i>“Hoy día el doctor me aviso que no viene mañana, y yo con todo el trabajo que hago en el día no alcanzó a llamar a sus pacientes. Entonces después de la cinco puedo trasladarme a la sala grupal, tomo el teléfono y llamo a los pacientes” (E3:10)</i>
	<p>2.2 Mal tratar</p>	<p><i>“El administrativo (...) el hecho de colocarte un delantal blanco te da ¡poder! Ya, y como te da poder ante el otro, de repente contestas como no corresponde, no da las indicaciones como corresponden (...) como que se sienten superior a gente que claro po`, no les queda otra que agachar la cabeza”. (E1:2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Hay gente que es muy displicente en su atención, anda a un hospital, ¡cómo miran a la gente, cómo la tratan a la gente!, hay que ser autocritico y la verdad, es que los administrativos ¡son muy pesados!” (E1:21)</i> • <i>Es importante el trato que tú le das al paciente po’, ¿porque que dime tú? lo</i>

		<p><i>primero que se debe hacer antes que nada es saludar, es lo más barato po' y ¿qué mejor que saludar a la persona que viene llegando? Diferente es preguntarle: ¿qué quiere? o ¿dime qué? (E2: 5)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Una usuaria me contó que no la atendieron bien, que le pusieron caras, pero yo también entiendo que es porque viene mucha gente que no es muy agradable, y hay compañeras que se estresan más” (E5:7)</i> • <i>“Sí, he visto algo negativo, pero lo he visto muy pocas veces, hay compañeros que ponen una barrera, no se po' que contesten mal a los abuelitos (...) entonces claro si el abuelito llega y te dice: ¿Qué? ¿Ah? me ha tocado ver que como responden mal, por ejemplo, ¡si ya le dije ya!, ¡que en su casa lo vean! ¿Cachay?” (E5: 15)</i> • <i>“Las quejas más recurrentes acá son por maltrato de parte del funcionario al usuario y por la escases de horas médicas. Tal vez el funcionario podría hacer saber ciertas situaciones al usuario con mejores términos, porque en verdad no siempre ocupan el mejor termino para explicar una situación” (E6: 6)</i> • <i>“...los guardias del otro consultorio ¡se quedan callados! por un tema de...proteger su trabajo, para no quedar sin trabajo, o sea, pasan dos meses y los sacan , se han aburrido, con el trato que tienen, los tratan ¡pésimo de echo!(E7:14)</i> • <i>“...Que andamos sapiando y eso, nos tratan mal, Le han pegado a guardias, los han ido a buscar con cuchillo ¡mal!” (E7:16)</i>
	<p>2.3 Ser Displícite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Y de repente es más fácil, no mirar para el lado... Y no hacer nada ¿y... total?” (E1:6).</i> • <i>“Quizás a algunos administrativos serían más felices atendiendo a lo mejor a una línea telefónica, donde nadie los viera. Entonces como se enfrenta a pacientes diariamente, consideran este trabajo como una lata po' y se nota en eso po', porque no les interesa darle una atención a la persona, sino que le interesa a lo que vienen y se fueron po'” (E4:21)</i> • <i>“Yo como guardia pienso que el administrativo es despectivo básicamente, por ejemplo, voy pasando yo y me encuentro con alguno de ellos de frente y no me saluda, pero sí a la compañera que está detrás. ¡eso es ser despectivo! (E6: 5)</i> • <i>“Como guardia trataba de hablar con los</i>

		<p><i>funcionarios de adentro: ¿sabe qué? Hay una persona que está muy mal, se está muriendo y me respondieron: ¡no! Tiene que esperar no más. Y a uno como guardia lo colocan en la puerta ahí dando la información” (E7: 21).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Uno hace la pega no más, yo hago la pega y si hay problemas aquí con algún usuario que venga mal, en vez de encararlo le digo ¡usted señor no se preocupe! Doy media vuelta y le digo a mi jefa ¡jefa atienda al caballero! Y yo sigo haciendo otra cosa, ya no meto las manos al fuego para quemarme a lo bonzo” (E8: 13</i>
	<p>2.4 Ser Incompetentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...de noche, en la mañana abre las puertas temprano pa’ que entren los usuarios, llego y espero a que llegue la matrona acá, ella es la que abre la instalación y ¡na’, estoy todo el día ahí!, parao’, sentao’, eso es lo que más hago aquí, como es chiquitito, no hago na’” (E7:11).</i> • <i>“Yo tengo una sillita y puedo sentarme todo el día si quiero, igual tengo hacer rondas aquí en estacionamiento, de repente de vez en cuando ver los autos, mantener el portón que está abierto, que ahora debería tenerlo cerrado (risas) pero eso” (E7:21)</i> • <i>“...Allá en el CESFAM, todo mal, o sea están metidos en Facebook, como les digo se ponen en la atención de urgencia y está lleno, atienden a diez pacientes y se van una hora para adentro a ver tele, a tomar once o a comer algo, y están un ahora, de repente casi dos horas y de ahí atienden cinco números más y colocan un papelito” (E7:30)</i> • <i>“...puede llegar un funcionario bueno, pero tiene que adaptarse al sistema, porque si no se adapta hay una infinidad de problemas (...) puede estar atendiendo en urgencia y el compañero dice: ¡ya vamos a tomar oncecita, pongámosle chala que vamos atender a diez personas en una hora más! Y yo digo: ¡quiero trabajar! Porque la gente está mal. Ellos dicen: No po’ es que tienes que adaptarte a nuestro sistema, vamos a tomar once, o vamos a ver el partido y tiene que ir no más...” (E7:32)</i>