



MODELO DE SALUD FAMILIAR

Autoras:

Paula Escobar N.
Georgina Vergara H.

INTRODUCCION

En las últimas décadas nuestro país a experimentado grandes cambios tanto demográficos como epidemiológicos y a pesar del importante incremento que han sufrido estos, los niveles de salud se mantienen favorables, especialmente si nos comparamos con otros países vecinos.

Por su parte el Ministerio de Salud consecuente con sus políticas de renovación y modernización de la atención en salud ha implementado desde la década del 90, diversas innovaciones técnicas, administrativas y financieras, con la finalidad de lograr este objetivo.

El aumento de la expectativa de vida de la población, ha transformado el escenario epidemiológico del país, aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, esto por las necesidades que el medio exige socialmente hoy en día: incorporando la mujer al mundo laboral, estilos de vida poco saludables de la población, disminución de la convivencia familiar, llevando paulatinamente a no priorizar los factores protectores familiares.

A causa de esto se han incorporado nuevas estrategias en salud que apuntan al Nivel Primario de Atención, donde se han focalizado recursos, no solamente financieros, si no, que de infraestructura y con mayor resolutiveidad. Todo esto ha significado al Centro de Salud redefinir la organización y funcionamiento existente , lo que ha obligado a los equipos de salud a reformular sus metas y expectativas personales y profesionales, para adherirse y adecuarse al Nuevo Modelo y evitar que surja desorientación, desmotivación e incertidumbre lo que favorece la resistencia la cambio.

Nuestro Centro de Salud Dr. Jorge Jordán Domic nació hace 12 años como consultorio experimentando su primer cambio en 1997, donde se trasforma en centro de Salud, actualmente y durante los últimos tres años luchando por transformarse en CESFAM.

Difícil tarea ya que el cambio implica un esfuerzo adicional de los equipos de salud, replantearse nuevos esquemas de trabajo sin dejar de lado el cumplimiento de todas las actividades asistenciales, administrativas, ya programadas (logro de metas de los diferentes programas). También implica modificaciones en los usuarios externos exigiendo un cambio de actitud y responsabilidad de su propia salud dando real importancia al autocuidado.

Los equipos de trabajo se replantean si los esfuerzos adicionales involucrados que se promueven mejoraran los indicadores con este nuevo modelo de Atención; más moderno cercano a las necesidades de la población con énfasis en la estructura familiar, en su comunidad, con un fuerte trabajo comunitario e idealmente una red intersectorial amplia.

En el presente ensayo pretendemos enfocar nuestra discusión en algunos factores que inciden en la resistencia al cambio, como la incertidumbre que genera éste en los equipos y algunos factores laborales implicados.

Problema:

Resistencia al cambio que existe por parte de los Equipos de Salud al incorporar el Modelo de Salud Familiar.

Postura:

Las resistencias que se generan en los equipos de salud al incorporar el Modelo de Salud Familiar, son posibles de modificar al identificar los factores que la originan, tales como la incertidumbre y algunos factores laborales.

Objetivos:

1. Analizar los mecanismos de empoderamiento del Equipo de Salud para lograr el cambio de Modelo.
2. Examinar estrategias eficientes que nos permitan enfrentar la incertidumbre como resistencia frente al cambio de Modelo.

DISCUSIÓN

La implementación paulatina del nuevo Modelo de Atención, ha generado en los equipos de Salud y en los usuarios externos; incertidumbre, desconfianza, que se traducen a la larga en temor y resistencia al cambio dado que éste no es un cambio radical **“Hoy somos C. de Salud”, “Mañana CESFAM”**, por lo tanto se trabaja con ambos modelos en forma paralela, por un lado el Modelo Biomédico acostumbrado a trabajar centrado en el individuo, proceso de Salud y Enfermedad; donde la mayoría de las acciones de los equipos de salud, tiene un fuerte acento en la recuperación de la Salud, y por otro lado el Modelo Biopsicosocial donde las acciones están centradas en todo el contexto de la enfermedad, ya sea, éste personal social y/o familiar.

- **¿Pero qué es el cambio?**

Se define como “el reaprendizaje, por parte de un individuo o grupo, en respuesta a las necesidades recién percibidas de una situación determinada, que requiere acción y que da por resultado un cambio en la estructura o en el funcionamiento de los sistemas sociales” (1)

En los procesos de cambios también deben existir una voluntad para aceptar este cambio, si los integrantes de los equipos no son capaces de aceptar y adaptarse a la situación de cambio esta produce en la institución el mismo resultado, por ende se puede inferir que los cambios institucionales pasan necesariamente por la aceptación y adaptación individual y colectiva de los integrantes de los equipos involucrados en la institución.

“Un elemento central para la implementación de un modelo de esta naturaleza en un centro de atención de salud es que el equipo de trabajo, más allá de la motivación personal y conocimientos del modelo, debe ser validado por los directivos de salud y contar con el apoyo institucional, recibiendo los incentivos necesarios para su éxito y mantención en el tiempo. No se debe olvidar que el equipo de salud y los consultorios son subsistemas de un sistema de salud más amplio y complejo que recién está en proceso de descentralización y, además, son parte de un subsistema de de organización municipal político-administrativo.

Por el momento, en nuestro país, estos dos elementos constituyen fuertes trabas para la implementación de programas innovadores” (2)

Al incorporar el Modelo de Salud Familiar, con frecuencia el equipo de salud se cuestiona:

- ¿Cómo lo vamos a hacer?
- ¿Tendremos tiempo?
- ¿Con qué recursos lo vamos a hacer?
- ¿Trabajaremos más?
- ¿Se ampliará la infraestructura de nuestro CES?
- ¿Tendremos incentivos económicos?
- etc.

Considerando estas definiciones de cambio y los cuestionamientos antes mencionados, podemos reflexionar que el sólo hecho de plantearnos las modificaciones que implica el nuevo modelo de atención, genera cierta incertidumbre, debido a lo arraigado del modelo biomédico el cual nuestro Centro de salud viene trabajando hace más de una década. Esto nos permite identificar algunos factores que inciden en la resistencia al cambio:

- Falta de una política clara que ordene el cambio de Modelo.
- Personal de salud no capacitada en Salud Familiar.
- Inestabilidad por incorporar un enfoque más integral.
- Falta de confianza por parte de los funcionarios de sus aptitudes y capacidades para adaptarse a nuevos desafíos impuestos.
- Dificultad para adoptar o modificar hábitos y costumbres adquiridas o rutina, la cual requiere de “mayor trabajo y esfuerzo”, este es otro paradigma, ya que, si el cambio es más práctico, no requeriría de más trabajo ni esfuerzo.

Cuando se plantea el cambio al nuevo Enfoque Familiar y no se tienen sólidas bases teóricas, conceptuales y la experiencia necesaria para transformarnos en CESFAM, se hace casi imposible pensar en un futuro positivo y menos darnos cuenta de los beneficios que se podrían obtener para los equipos de salud, usuarios y sus familias, especialmente en la primera etapa del cambio, ya que se está tan enneguecido con los obstáculos que conlleva este proceso.

Nuestra experiencia nos ha permitido identificar diferentes estrategias que faciliten el proceso de cambio.

- Explicar las razones del cambio.
- Informar sobre acciones a seguir paulatinamente (orientaciones prácticas durante el proceso de cambio).
- Vislumbrar los beneficios.
- Otorgar confianza.
- Crear compromisos comunes para que el impacto de cada decisión se identifique y apruebe.
- Evitar el rumor y el chisme así como los tiempos muy extensos en la transición. Las reuniones y comunicaciones contribuyen a superar este clima.

El apoyo al Talento Humano desde la capacitación ante los ajustes y el impacto de las decisiones son elementos a considerar.

Afortunadamente en los últimos 3 años y paralelo a este proceso de transformación (de CES a CESFAM) hemos recibido capacitaciones en SALUD FAMILIAR, lo que nos ha permitido visualizar con mayor claridad los logros, y dificultades que trae consigo el proceso del cambio al nuevo modelo. Esto nos lleva a motivar a nuevos Centros de Salud que están iniciando el proceso de cambio, ya que es frecuente que se encuentren atrapados y cegados por los paradigmas propios al incorporar nuevas formas de abordar la salud en Chile, "el modelo biopsicosocial".

A través de nuestra experiencia podemos aseverar que no es necesario contar con inyección extra de recursos (económicos, humanos, infraestructura etc.), si no que hay que optimizarlos, sobre todo el recurso humano, que es un diamante en bruto donde un buen líder es capaz de potenciar las habilidades y destrezas de su equipo, pudiendo así obtener resultados positivos que logran motivar y seguir trabajando a pesar de las dificultades que se encuentran en este proceso de cambio.

Desde que se incorporó el cambio de Modelo en nuestro centro de salud se han ido generando sin darnos cuenta muchas acciones que van enfocadas a la familia, al bienestar de ellas, si bien es cierto tocamos algunos aspectos, poco a poco, a través de los cambios más tangenciales que ha experimentado nuestro Centro de Salud;

- Sectorización de la población.
- Formación de equipos de trabajo multidisciplinario.
- Sectorización física del C. de Salud.
- Mayor conocimiento de las familias con las cuales trabajamos diariamente.

Hemos ido abordando no sólo al paciente como un individuo que presenta una determinada patología, si no, que ya pensamos que hay todo un entorno familiar y comunitario que puede estar incidiendo en la Salud de él. Esto demuestra que las acciones netamente curativas pueden tener un enfoque biopsicosocial. Esto evidencia que sin estar Acreditados como CESFAM se pueden realizar acciones propias de este modelo.

La sectorización física del C. de Salud y la formación de Equipos multidisciplinarios y un encargado de sector a permitido que el Modelo Biopsicosocial, se incorpore a las acciones netamente curativas que habíamos ejecutado a lo largo del tiempo.

El trabajo con el intersector es de gran utilidad ya que es nuestro capital social grupal y comunitario que nos permitirá conocer, coordinar, y participar en conjunto para el diseño de estrategias de intervención (4).

A nivel local hemos desarrollado un estrecho lazo con escuelas, jardines y Clubes a través de las distintas actividades de promoción y prevención ejecutadas con ellos en los últimos años. No así con el resto de las organizaciones Comunitarias (juntas de vecinos, clubes deportivos) donde hemos tenido poca participación y lento progreso, sin embargo reconocemos un acercamiento a través del Consejo Consultivo.

CONCLUSIONES

El Modelo de Salud Familiar cuyo foco de atención es la familia, constituye un paradigma alternativo para solucionar problemas existentes en las prestaciones del servicio de salud, junto con humanizar la medicina del nivel primario, ya que entiende el proceso de salud enfermedad de una manera integral (SERNAM 1994).

Con el modelo de Salud Familiar mejoramos la calidad de vida de las personas, familias, comunidades. Un CESFAM enfatiza sus acciones en la anticipación, promoción y prevención de la enfermedad, fomentando el autocuidado del usuario y sus familias.

A través de nuestra experiencia, nos hemos dado cuenta que la incorporación del nuevo Modelo de atención es un proceso paulatino, donde se complementa con el Modelo Biomédico, no siendo éste un obstáculo para lograr el cambio a CESFAM. Debemos Estar atentos a las dificultades que puede traer este proceso, situación que se logra con una adecuada capacitación y conocimientos del Nuevo Modelo, dirigida a todo el Equipo de Salud involucrado.

Es de vital importancia tener equipos multidisciplinarios completos, estables, motivados, comprometidos con el trabajo, el cual es un factor facilitador de este proceso.

Un buen equipo afiatado se logra con un liderazgo eficiente, que permita potenciar las habilidades y fortalezas de sus integrantes.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES:

1. Incorporar en los programas educativos de todos los profesionales médicos, no médicos y paramédicos el ramo Salud Familiar.
2. Capacitaciones atingentes y constantes a todos los funcionarios involucrados en los establecimientos de APS con respecto a Salud Familiar y el proceso de cambio que conlleva la transformación.
3. Mejorar las remuneraciones de los funcionarios para evitar el movimiento constante del personal (en busca de mejores oportunidades).
4. Es importante tener clara la visión y misión como CESFAM y no como sector.
5. Lograr que los funcionarios sean multifuncionales.
6. Mantener motivados al personal de Salud.
7. Sería ideal que al momento de contratar personal de salud se realizara una entrevista donde refleje estabilidad emocional, características que favorecen el trabajo en equipo, sin dejar atrás los conocimientos necesarios en salud familiar.
8. Lo más importante tener fe y creer en el nuevo Modelo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Europea. 1996 “Libro verde sobre la innovación”. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones especiales. 108p.
2. Hidalgo C., Carrasco E. Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago CHILE. p21. 2002
3. www.ssconcepción.cl/cesfam.htm.
4. Oyarzún R. Antropólogo, MPH. ISP, Facultad de Medicina UACH. Capital Social. p 3-4.