

Los Centros de Salud Familiar y el Trabajo en Redes

Tito Flores

*Trabajador Social CESFAM B. Leighton; Diplomado en Políticas Sociales (U. Chile);
Magíster en Gobierno y Gerencia Pública (C) (U. De Chile)*

PRESENTACION

Si por un momento nos detuviéramos a pensar en lo primero que viene a nuestra mente al escuchar la palabra red, probablemente serían muchas las alternativas de asociación a este concepto. Sin embargo, todas ellas tendrían en común una connotación similar: la idea de alcanzar un objetivo. La de lograr hacer realidad un sueño gracias a su utilización: atrapar peces, marcar un tanto o conseguir alimento.

Mas no es lo único similar. Intimamente ligada a lo anterior, está la característica constitutiva de la red. Se trata de un conjunto de elementos o partes que, entrelazadas, posibilitan conseguir la meta. Es el soporte que brinda este tejido, el que permite retener o capturar aquello que se anhela. Su resistencia, pero a la vez flexibilidad, están a la base de todos estos logros.

No es casualidad entonces, que la red, en tanto concepto, haya sido extrapolada al ámbito de las interrelaciones humanas. Y con ello, se hace alusión a un conjunto de personas u organizaciones, que interactúan intencionadamente entre sí, en pos de lograr un determinado objetivo que les es común.

El presente artículo, quiere profundizar en esta idea de red, pero vinculándola con el modelo de salud familiar. Busca propiciar la reflexión en torno a cómo el Centro de Salud Familiar (CESFAM) se incorpora o coopera en la generación de las interacciones pertinentes, con otras organizaciones, que busquen alcanzar los diversos objetivos que su quehacer implica. Se analizará la relación entre el uso del paradigma sistémico y la posibilidad de construir redes. Se delinearán ciertas ideas acerca de cómo consensuar el nacimiento de estas instancias. Finalmente, se expondrán ciertas propuestas acerca de cómo gestionar en redes. Todo lo anterior, pensando en el potencial papel que le cabría a los integrantes del equipo de salud en esta tarea. Finalmente, caben señalar dos advertencias preliminares. En primer lugar, que a lo largo del artículo nos referiremos fundamentalmente a las redes formadas por organizaciones. No incluiremos en nuestro análisis aquellas «redes informales»(1), que dicen relación con la movilización de recursos desde la familia extendida o desde la vecindad, en pro de algún individuo o núcleo familiar que atraviesa una ingente necesidad. Lo basto de este campo, ameritaría un artículo exclusivamente abocado a él, lo cual escapa del propósito de este

texto. En segundo lugar, el énfasis analítico será conceptual eminentemente, no obstante lo cual se irán realizando los contrastes pertinentes con situaciones reales que permitan una mejor exposición de los temas abordados.

EL ENFOQUE SISTEMICO Y LAS REDES

Sin duda, una de las características esenciales en las que innova el modelo de salud familiar respecto a su predecesor, es en la utilización de la perspectiva sistémica para organizar y llevar a cabo su quehacer. Las consecuencias de esta opción, se van reflejando en los distintos niveles del trabajo del equipo de Salud. Es así como en el caso de la atención de morbilidad por ejemplo, el médico habrá de superar la óptica clásica centrada en el abordaje exclusivo del síntoma que «lleva el paciente a su consulta». Surge en su reemplazo, la concepción del paciente como integrante de una familia, dentro de la cual se producen interacciones que, muy probablemente, están asociadas tanto al surgimiento como a la potencial respuesta a la enfermedad(2).

También los efectos del uso de este paradigma, pueden visualizarse en la relación del Centro de Salud con el exterior. En otras palabras, entender al CESFAM como sistema, implica prestar atención a la manera en que éste se vincula más allá de sus propias fronteras. En este sentido, el primer elemento que destaca, es el hecho de concebir al Centro de Salud como un actor social que se encuentra inserto en un territorio determinado(3). Esta frase tiene una doble implicancia. Por una parte, que al ser un actor social, se está reconociendo implícitamente, la posibilidad de que existan otros actores sociales en este territorio. Por otro lado, que hay posibilidades de interacción entre los mencionados actores, que tiene lugar en este espacio geográfico determinado.

Conocer el espacio local entonces, pasa a constituirse en un requisito esencial para diseñar las acciones del Centro de Salud Familiar. Es allí, donde residen la mayor parte de los potenciales usuarios y usuarias de los servicios prestados por el centro. Allí transcurre su vida cotidiana; acontecen episodios trascendentales de la historia personal de cada uno de ellos -tales como el nacimiento propio o el de sus hijos, el matrimonio, su muerte o la de sus familiares cercanos, entre otros episodios vitales. También en este espacio es posible ubicar los símbolos cultura

les más típicos de la localidad. Podemos igualmente, palpar parte de la historia de la comunidad. Y es allí mismo donde podemos entrar en contacto con los otros actores que se desenvuelven en el sector. Con las organizaciones de diverso tipo cuya conformación u objetivos, se encuentran íntimamente ligados con el desarrollo local, es decir, con la búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad de vida de sus habitantes.

Es en torno a este eje que pueden darse vida a las distintas redes en las cuales el Centro de Salud pudiera participar. Y es en este espacio de encuentro, el local, donde se va a llevar a cabo la interacción entre los integrantes de la red. La pregunta que surge entonces es cómo gestar una red. Intentaremos dar algunas pistas para ello en los próximos acápite.

EL PRIMER PASO: ESTABLECIENDO UNA VISION COMPARTIDA

Mencionábamos precedentemente, que en el espacio local tiene lugar la interacción entre las múltiples organizaciones que allí se desenvuelven. Sus encuentros pueden ser meramente casuales. En ese caso los resultados pudieran ir no más allá de lo anecdótico. Sin embargo, también podrían ser más intencionados y sistemáticos. En este caso confluyen voluntades para que la frecuencia y características de la interacción rindan algún tipo de frutos. He aquí el antecedente más directo de la formación de redes. Sin embargo, ello no basta. Es requerido avanzar aún más. A mi juicio, es necesario que todas aquellas organizaciones interesadas en alcanzar objetivos -al parecer comunes- establezcan una visión compartida por todas ellas, que pasará a constituir el motor de funcionamiento de la red en gestión.

Para entender qué es una visión compartida, qué mejor que remitirnos a los planteamientos de Peter Senge. Según este clásico autor, «una visión compartida no es una idea. Es una fuerza en el corazón de la gente, una fuerza de impresionante poder. Puede estar inspirada por una idea, pero si es tan convincente como para lograr el respaldo de más de una persona cesa de ser una abstracción. Es palpable. La gente comienza a verla como si existiera (...) es la respuesta a la pregunta: «¿Qué deseamos crear?» (...) genera una sensación de vínculo común que impregna la organización y brinda coherencia a actividades dispares (...) Cuando la gente comparte una visión está conectada, vinculada por una aspiración común»(4). Muchas han sido las redes que han fracasado por no dar importancia suficiente a este aspecto. En muchos de estos casos, las organizaciones que las formaban, suponían estar de acuerdo con las otras en lo que perseguía la red. Craso error. Al poco andar el supuesto consenso se convertía en feroz conflicto que terminaba -por entrópica influencia- destruyendo el armazón construido. La potencia de la visión compartida entonces, ha de aprovecharse para fundar una red cuyos integrantes estén estrechamente unidos por un sueño común a alcanzar. Ahora bien, la construcción de esta visión es todo un desafío. Para comenzar creo necesario que las organizaciones interesadas en ello basen sus relaciones entre sí, en «la aceptación del otro como un legítimo otro en la convivencia y, por lo tanto en la

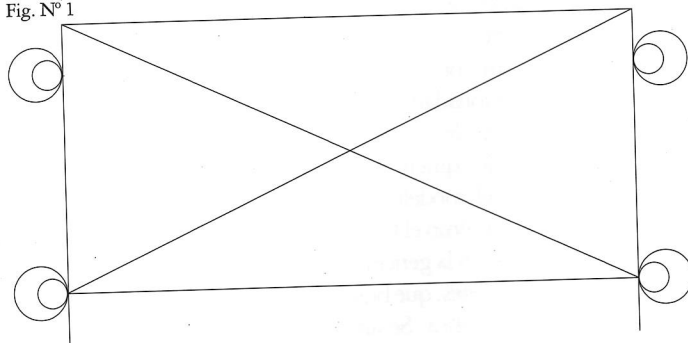
confianza y el respeto»(6). Solo de esta manera, es posible la gestión de las conversaciones apropiadas para crear este horizonte común. En síntesis, el paso a mi juicio fundamental en la conformación inicial de una red, es la confluencia desde la diversidad, hacia la generación de un sentir común. Es decir, que sin negar las particularidades de cada actor u organización interesado en sumarse a ella, se logre diseñar un espacio compartido por todas y que motive la movilización de todos sus esfuerzos. He aquí entonces, el sentido de la visión: permitir que la relación entre sus integrantes se sustente en la colaboración para el logro del sueño común.

LA GESTION EN REDES

Una vez establecida la visión común, se inicia el funcionamiento de la red. Obviamente, y aun a riesgo de sonar redundantes, estamos haciendo referencia a una en la que el Centro de Salud Familiar es integrante pleno.

Surge entonces una primera consideración importante de tener en cuenta. La red no abarca a la totalidad de las organizaciones que la forman. Es solo una parte de cada una de ellas la que concurre a la formación de la red. Por ejemplo, si se trata de una «Red del Adulto Mayor», el CESFAM, estará representado por la enfermera del Programa del Adulto; la Junta de Vecinos por su tesorera; el Club de Adultos Mayores por su Presidente; la Agencia local del INP (Instituto de Normalización Previsional), por su trabajadora social; y el Cuerpo de Bomberos por su Comandante. Como muestra la figura 1:

Fig. Nº 1



Fuente: Sulbrandt, J, 2000

Ahora bien, este hecho que acabamos de constatar, genera tensiones dentro de cada una de las organizaciones participantes, cuya fuente principal es la interrogante que se plantean muchos directivos acerca de cuántos recursos son dedicados por cada una de ellas a la red. El Centro de Salud Familiar no es ajeno a aquello, y es probable que en más de alguna ocasión, haya sido cuestionada, «por razones de servicio», la participación de alguno de los integrantes del equipo de salud en una de estas instancias. La superación de este tipo de tensiones, pasa por la generación del clima propicio al interior de cada Centro, para aceptar como parte integral de las acciones de salud y por ende del trabajo cotidiano a este tipo de actividades.

Por otra parte, uno de los desafíos fundamentales que surge cuando se

gestiona en redes, lo constituye el hecho que todas las organizaciones que la forman tienen la misma jerarquía. Se trata por tanto de un contexto en el cual las relaciones verticales o basadas en la autoridad/obediencia, no tienen cabida. Por tanto el fenómeno del liderazgo, los procesos de negociación y la generación y mantenimiento de un clima de confianza entre los actores, constituyen los tres pilares básicos para la gestión en redes. No tiene cabida, en una eficiente gestión de este tipo, que el Centro de Salud Familiar o cualquier otro de los actores que la forme, pretenda dar órdenes al resto. Dicha alternativa generará solo estados emocionales negativos para el mantenimiento de la red. Primaria la frustración, por no ser obedecido, y el resentimiento por haber pretendido ser mandado. Surgirían interacciones conflictivas y, probablemente, llegaría a desarticularse la red. Muy por el contrario, reiteramos, la interacción entre las organizaciones debe sustentarse en una relación democrática y eminentemente horizontal.

Imaginemos en esta línea, el caso de una «Red de Salud Mental», constituida a nivel comunal. Concurren a su formación, cada una con un representante; el Centro de Salud Mental (COSAM); cinco Escuelas Básicas Municipales; el Centro de Salud Familiar (CESFAM); un grupo de Alcohólicos Anónimos; la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de la Municipalidad respectiva; y, un Centro de Rehabilitación de Drogodependientes.

TRES TIPOS BASICOS DE REDES

Sólo a modo de enunciado, serán dados a conocer tres tipos de estructura de redes posibles de identificar, y en las cuales se dan diferencias importantes en lo que respecta a las características de la interacción que se genera entre sus componentes. Queda como desafío para el lector, imaginar los diversos roles que pudieran caberle al Centro de Salud Familiar en cada una de ellas:

a) **Estructura lineal:** Puede ser representada como se señala en la figura N°2. Se caracteriza principalmente por ser débil en tanto red y por actuar más bien piramidalmente. Es desde la cúspide de donde surgen recursos y órdenes que luego son transmitidas «hacia abajo». En muchas ocasiones, esta información es tergiversada a lo largo de su recorrido, generándose conflictos al interior de la red.

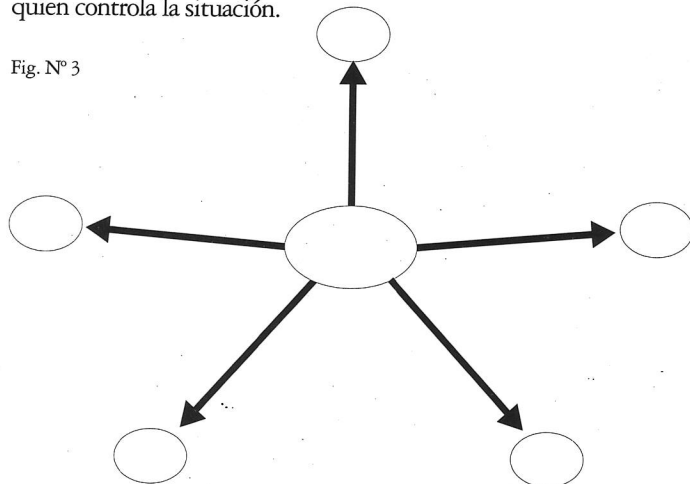
Fig. N° 2



Fuente: Sulbrandt, J, 2000

b) **Estructura Estrella:** Este tipo de red, tal y como es graficado en la figura N° 3, supone la existencia de un actor en el centro, con personal y recursos suficientes, y en torno al cual se ubican otras organizaciones que dependen de él. La interacción se produce fundamentalmente entre el centro y cada una de las organizaciones «dependientes». Estas últimas no se vinculan entre sí. Es el organismo central quien controla la situación.

Fig. N° 3

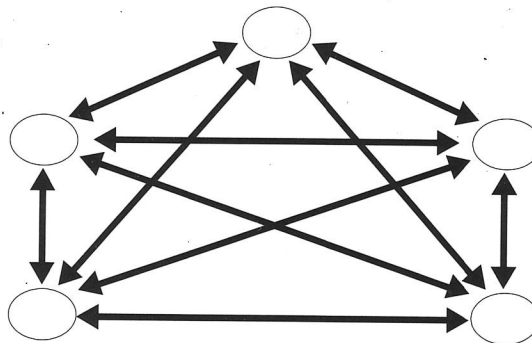


Fuente: Sulbrandt, J, 2000

Como ejemplo, pudiéramos imaginar en este caso una «Red de Salud Mental». En el medio se ubicaría el Centro de Salud Mental (COSAM), quien sería la institución que a nivel comunal, presenta la mayor oferta de atenciones en éste ámbito. A su alrededor, se ubican otras instituciones que por su quehacer, demandan estas atenciones y que por sí mismas, no logran satisfacer. Se trata de dos Escuelas básicas; un Liceo; el Centro de Salud Familiar; un Hogar de Menores; y una sede del Hogar de Cristo. Todas ellas concurren a la formación de la red vinculándose con el COSAM. Sin embargo, entre sí, las otras organizaciones casi no tienen interacción.

c) **Estructura de Relación Múltiple:** La figura N°4 representa este tipo. Constituye la estructura que más poder y estabilidad le brinda a la red. Su característica fundamental está en el aspecto relacional, pues la comunicación fluye en todas direcciones. No existen restricciones para el libre flujo de información.

Fig. N° 4



Fuente: Sulbrandt, J, 2000

En este caso, pensemos en una «Red de Violencia Intrafamiliar». Las organizaciones que la conforman son: el Juzgado Civil de la localidad; el Centro de Violencia Intrafamiliar del Municipio; el Centro de Salud Familiar; una Hospedería de Mujeres del Hogar de Cristo; un Hogar de Menores; las diez Escuelas básicas de la comuna y los cuatro liceos de educación media; la Comisaría de Carabineros; el Cuartel de Investigaciones; y, una Organización No Gubernamental (ONG), vinculada con el tema. Todas ellas han generado una visión compartida: prevenir la violencia al interior de la familia e intervenir eficazmente en aquellos casos detectados. A partir de ella, interactúan horizontal, fluida y multidireccionalmente para planificar, coordinar y ejecutar todas las acciones pertinentes que permitan el alcance de la mencionada visión. Vayamos a un caso: El equipo de Salud del CESFAM, detectó una situación de violencia. Se trata de una mujer agredida por su conviviente. Existe riesgo vital. El médico lleva a cabo la atención correspondiente. El trabajador social realiza la primera entrevista de acogida y orientación. Se contacta a la Comisaría de Investigaciones para que la víctima interponga la demanda de rigor y dado el mencionado riesgo, se realiza el contacto con la encargada de la Hospedería, para que allí pueda ser albergada temporalmente. Luego, se solicita la colaboración del Centro de Violencia Intrafamiliar para que se le brinde la orientación legal pertinente durante todo el proceso judicial. A la vez, es posible contactar al Tribunal para que éste conozca la gravedad de la situación y tome en consideración la información proporcionada por los distintos organismos que conforman la red, al momento de dictar sentencia. En definitiva, toda esta movilización de recursos y voluntades, con el mismo objetivo, actuar eficazmente para dar respuesta al caso de violencia intrafamiliar.

CONCLUSIONES

A lo largo del texto, se ha querido presentar una sucinta revisión del tema de redes, enfocado al Modelo de Salud Familiar. Las cuatro ideas centrales asociadas con el trabajo en redes de los CESFAM pueden resumirse de la siguiente forma:

En primer lugar, creemos que resulta fundamental la incorporación de esta estrategia de intervención a la cultura organizacional de los Centros de Salud Familiar. Habrá de ser superado, por tanto, el paradigma «saludcentrista» en virtud del cual el accionar de los equipos de salud se realizaba de manera aislada, con escaso contacto hacia el exterior, con énfasis en lo individual y sobre la base que la salud era el «ombligo del mundo», es decir, la necesidad prioritaria por excelencia de la po-

blación.

En segundo lugar, que el accionar en redes debe estar sustentado para su mayor impacto y eficiencia, en el encuentro y diálogo democrático con el resto de los actores del espacio local. Esto implica un enorme desafío para el equipo del Centro de Salud Familiar. Debe erradicar de sus prácticas de interacción, cualquier dejo de autoritarismo, propio de las estructuras organizacionales piramidales, que históricamente han caracterizado el ordenamiento interno de las instituciones de salud.

En directa relación con lo anterior, el Centro de Salud Familiar, habrá de propiciar que la conformación de redes en las que participe, adopten la estructura que hemos denominado de relación múltiple. Deberá evitar por tanto la estructura lineal, eminentemente autocrática y obstaculizadora de la innovación y del cumplimiento de las metas.

Para terminar, una reflexión. En la mayor parte de los casos, el equipo de salud familiar desarrollará su labor inserto en instituciones públicas. Esta circunstancia, pudiera ser utilizada como un importante argumento inmovilista: «La burocracia nos impide avanzar...es tan difícil...mejor continuemos con las cosas tal como están, total...a nadie parece importarle...». Argumentando estas frases u otras, resultaría facilísimo evitar la innovación. Hacer elegantes verónicas a la posibilidad de cambio y extraviarse irremediabilmente del camino hacia la excelencia. Sin embargo, la gestación del Modelo de Salud Familiar, implica justamente lo contrario. Se sustenta en la obsolescencia del modelo precedente y desafía a quienes se embarcan en su implementación, a sortear los obstáculos y a estar permanentemente creando y diseñando formas nuevas de hacer. A estirar el elástico de las rigideces organizacionales lo más posible. El trabajo en redes es una herramienta para ello. Implica una manera distinta de vincularse hacia el exterior y de cumplir las metas propias de su quehacer. Desarrollar las habilidades requeridas para ello, habrá de ser un proceso de aprendizaje continuo del equipo. Equivocarse y recomenzar cuantas veces sea necesario, deberá ser asumido como la consecuencia natural y propia de un proceso de esta naturaleza. Y como escribiera Marcel Proust: «El verdadero descubrimiento no consiste en buscar nuevas tierras, sino en mirar con ojos nuevos»⁽⁷⁾. He aquí nuestra invitación: permanentemente cambiarse los anteojos o cruzar hacia la vereda del frente para ver lo cotidiano desde otro ángulo. Para hacer visible lo aparentemente inexistente. Y en este caso, para descubrir las potencialidades de la interacción del equipo de salud con los otros actores sociales que viven en su medioambiente y que hasta hoy, habían sido invisibles a nuestros ojos.

Referencias

- (1) VILLASANTE, TOMÁS R.: «Cuatro Redes para Mejor-Vivir», Vol I: «Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor-Vivir», Editorial Lumen/Humanitas, 1998
- (2) Para un mayor desarrollo de esta idea ver: GÁLVEZ, MANUEL: «Bases Conceptuales de la Medicina de Familia», en «Revista Chilena de Medicina Familiar», 1999, Vol. I Nº2, Págs. 34-41.
- (3) MINSAL: «De Consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual», 1997.
- (4) SENGE, PETER: «La Quinta Disciplina», Editorial Granica, 1998
- (6) MATURANA, HUMBERTO: «Emociones y Lenguaje en Educación y Política», Editorial Hachette/CED, 1992.
- (7) Citado en OSBORNE, D. Y GAEBLER, T.: «La Reinención del Gobierno», Ediciones Paidós, 1994.

Otras Lecturas Seleccionadas

- DABAS, ELINA: «Red de Redes. Las prácticas de la Intervención en Redes Sociales», Editorial Paidós, 1993.
- ECHEVERRÍA, RAFAEL: «Ontología del Lenguaje», Dolmen Ediciones, 1997.
- MATURANA, HUMBERTO: «Emociones y Lenguaje en Educación y Política», Editorial Hachette/CED, 1992.
- SULBRANDT, JOSÉ: «La Gerencia de Políticas y Programas Sociales», en Urzúa, Raúl: «Cambio Social y Políticas Públicas», Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile, 1997.
- VILLASANTE, TOMÁS R.: «Cuatro Redes para Mejor-Vivir»; Vol. I: «Del Desarrollo Local a las Redes para Mejor-Vivir»; Vol. II: «De las Redes Sociales a las Programaciones Integrales», Editorial Lumen/Humanitas, 1998.