

# ¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN DEL MODELO COMUNITARIO EN LA ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN CHILE?: UNA MIRADA DESDE LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

✎ Sara Tapia<sup>1</sup> | Alejandra Carreño<sup>2</sup>

✉ 1 Profesora Asociada - Universidad de Chile | 2 Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana |

✉ Sara Tapia; sara.tapia@gmail.com

## Resumen

**Objetivo:** El presente estudio propone analizar los alcances de la integración del modelo comunitario en las prácticas de rehabilitación, a partir del análisis de los testimonios de profesionales de APS que se encuentran trabajando en CESFAM (Centros de Salud Familiar) y Centros de Rehabilitación Comunitaria (CCR). **Método:** Se realizó un estudio cualitativo de tipo abierto y de carácter hipotético, situado en 4 comunas de Chile: Peñalolén, Independencia, El Bosque, Lo Espejo, donde se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales a Kinesiólogos parte de equipos de rehabilitación y a usuarios de CESFAM y CCR. El muestreo fue de carácter opinático (n=4), logrando saturación de la información. **Resultados:** Se revelan las dificultades de la instalación del modelo en la práctica de los propios profesionales de la salud. Se identifican algunas contradicciones respecto a lo que el modelo comunitario es y cómo se aplica. El estudio identifica que “lo comunitario” está en un momento de anclaje en rehabilitación. A nivel teórico prevalece la representación social de lo que debería ser lo comunitario, sobre una preparación y experiencia real sobre el modelo y su práctica. **Discusión:** De los resultados emerge una estructura organizacional que, desde la formación de los profesionales hasta la evaluación de su práctica, privilegia un abordaje de la rehabilitación desde una perspectiva asistencialista, en detrimento de la instalación del modelo comunitario. La identificación de estas dificultades tiene implicancias en el funcionamiento del modelo comunitario en rehabilitación y en el efecto que las políticas públicas impulsadas por la reforma de salud pueden alcanzar en el sector.

**Palabras Claves:** Rehabilitación; Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria; Personas con discapacidad; Reforma de la atención de salud

## Abstract

**Objective:** The study aims to analyze the level of the integration of the community model in rehabilitation practices, based on the analysis of the testimonies of Primary Health Care professionals who are working in

clinics and Community Based Rehabilitation Centers. **Method:** A qualitative study of open type and of hypothetical character was carried out, located in 4 communes of Chile, where in-depth interviews and focus groups were applied to kinesiologists, part of rehabilitation teams and users of clinics and RBC centers. The sampling was of an opinion character, achieving the saturation of the information from a sample of 4 people. **Results:** The difficulties of installing the model in the practice of the health professionals themselves are revealed. Contradictions are identified regarding what the community model is and how it is applied. The study identifies that the community model is at a time of anchoring in rehabilitation. At the theoretical level, the social representation of what should be the community, on a real preparation and experience on the model prevails. **Discussion:** From the results emerges an organizational structure that, from the training of professionals to the evaluation of their practice, privileges quantitative productivity and an institutionalized way of approaching rehabilitation from a welfare perspective, to the detriment of the installation of the community model. The identification of these difficulties in the interveners has implications for the functioning of the community model in rehabilitation and for the effect that the public policies promoted by the health reform can achieve in the sector.

**Keywords:** Rehabilitation; Community Health Workers; Primary Health Care; Disabled persons; Health Care Reform

## Introducción

El Modelo Comunitario y la rehabilitación en Chile

A partir de las modificaciones impulsadas por la Reforma de Salud, el año 2002 se comienza a incorporar en diversos centros de salud chilenos, la estrategia de rehabilitación integral, que busca potenciar la articulación de

redes y el trabajo intersectorial con el fin de dar respuesta a las necesidades de los usuarios, hasta entonces atendidos a partir de un enfoque asistencialista y centrado en la hospitalización (1). En el programa de rehabilitación integral se introducen los ejes conceptuales propios de la reforma de salud, que dan especial relevancia a la Atención Primaria (APS) y su acción sobre la promoción y prevención en salud, así como al acompañamiento de las familias y comunidades a lo largo de todo el ciclo vital (2). En este cuadro, teniendo el modelo de salud familiar a la base, la reforma aproxima la rehabilitación a la comunidad a través del modelo de rehabilitación integral (1), el que contempla en APS a los CCR, más los hospitales comunitarios de salud familiar, buscando un acercamiento territorial, enmarcado en la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), la que según las orientaciones metodológicas del MINSAL (Ministerio de Salud) se entiende como: “una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad”(3), siendo la coordinación multisectorial y la adecuación del abordaje a la realidad local, algunos puntos relevantes de esta estrategia que la diferencian del modelo clásico asistencial centrado en la patología, buscando dar respuesta a la necesidad de rehabilitación integral de las personas en situación de discapacidad (PeSD) (4).

Pasadas casi dos décadas del comienzo de su implementación, esta estrategia de intervención ha enfrentado diversos desafíos para su puesta en marcha, su desarrollo y la gestión del programa, teniendo que abordar temas como la formación de los equipos y las competencias de los profesionales, lo que significa un profundo cambio en la gestión de las relaciones de poder, en las acciones y funciones de los distintos implicados (5). La reforma invitó a pasar de una rehabilitación de tipo funcionalista a incorporar la inclusión social como objetivo integral, a través de un trabajo intersectorial, con una programación y

estructura del sistema de salud que enmarca las acciones según metas que, a su vez, comprometen financiamientos y modalidad de atención (6). Estos desafíos se han encontrado con diversos obstáculos para la plena puesta en práctica de la RBC en la APS en Chile. Los antecedentes en el país recuerdan que, a pesar del interés suscitado durante la primera mitad del siglo XX por la rehabilitación de los ciudadanos dentro de la visión del bienestar colectivo de la población, este enfoque fue interrumpido por el Golpe de Estado (1973) y sólo retomado a fines de los años 90. A partir de entonces y hasta ahora ha resultado difícil remover la primacía de las instituciones privadas y de caridad en la atención de las PeSD (7). En ese contexto en el año 2002 se comienza la construcción e implementación de los CCR (3), explicitando los lineamientos que proyectan el enfoque de la RBC en el sistema de salud, dada la constatación que hasta entonces los servicios de rehabilitación habían estado concentrados en hospitales de mayor complejidad, por lo que el acceso a esta atención se limitaba a pequeños grupos y a acciones específicas, provocando una alta demanda insatisfecha. Bajo estas premisas, la implementación del programa de rehabilitación integral se instala en la APS, donde los CCR y salas de rehabilitación son pensadas como alternativas de acercamiento de la rehabilitación a las personas, al situarlas en un nivel de menor complejidad y de mayor acceso (3). Estas acciones implican una reorganización del sector y un cambio en la forma de realizar la gestión en salud, ya que la reforma enfatiza la articulación de las redes para dar respuesta a las necesidades de los usuarios (8).

En el presente artículo se analiza los testimonios de profesionales de rehabilitación que trabajan en atención primaria, contrastando la experiencia de quienes están dentro de CCR y quienes pertenecen a programas focalizados en la atención de patologías específicas como son los programas de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades respiratorias en el adulto (ERA), principalmente, en los que el

enfoque comunitario no es prioritario.

Los contextos laborales de estos profesionales si bien se ubican en APS de cuatro distintas comunas de la Región Metropolitana, pertenecen a programas diferentes, unos por un lado enfocados a la atención de patologías específicas -que en este caso llamaremos de enfoque asistencial- y otros dirigidos a la rehabilitación desde estrategias comunitarias, por lo que el marco referencial, las metas que deben cumplir, las prestaciones que realizan y los ambientes de trabajo son diferentes. A través del análisis de sus experiencias, se espera poder caracterizar y diferenciar los modelos que movilizan sus prácticas, esperando generar conocimiento nuevo que aporte a la discusión sobre la instalación del modelo comunitario en los CCR, con información que sustente tanto las fortalezas como las debilidades en su implementación, a modo de contribuir con evidencia nueva a las adecuaciones necesarias para que la estrategia RBC pueda expresarse en plenitud, en miras de una mejor rehabilitación e inclusión social de las PeSD.

## Metodología

La investigación corresponde a un trabajo de 6 meses, realizado durante el año 2013 para la obtención del grado de Magíster en Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile. Se focalizó en APS y se ejecutó a partir del paradigma cualitativo (9) con enfoque constructivista, de tipo abierto e hipotético (10). Se apuntó a conocer los conceptos y prácticas de la Intervención en salud, presentes en profesionales de rehabilitación, insertos en APS, así como en las percepciones de la atención que tienen los usuarios de consultorios y centros de rehabilitación. Las técnicas de producción de datos consistieron en entrevistas en profundidad (10) y grupos focales aplicados a un total de 12 personas entre terapeutas y usuarios, reclutados a partir de un muestreo opinático, siguiendo como criterio el conocimiento de la situación y voluntariedad

(12). La perspectiva de los usuarios se analizará en una publicación posterior, pues en el presente artículo sólo se considerará la perspectiva de los agentes de salud. Al tratarse de una investigación académica, el protocolo de investigación fue aprobado por un comité docente de la dirección de post-grado de la Universidad de Chile, que evaluó y aprobó los instrumentos de investigación y los protocolos de consentimiento informado. Todos los entrevistados aceptaron el uso confidencial del material recogido y conocieron las características de la investigación realizada a partir de los protocolos de consentimiento informado. La condición de los profesionales para participar de la muestra estuvo determinada porque estuvieran realizando labores en el área de rehabilitación, en contacto directo con los usuarios, con al menos un año de trabajo en dicho lugar. Del grupo abordado el 50% están insertos en programas focalizados en la patología (Comunas de Peñalolén y Lo Espejo) y el 50% están insertos en Centros Comunitarios de Rehabilitación (comunas de Independencia y El Bosque). No obstante el criterio de inclusión en la muestra fue la condición que trabajaran al menos desde hace cuatro años en centros de rehabilitación de APS, la muestra está representada por una totalidad de hombres adultos-jóvenes de entre 25 y 35 años. Las entrevistas fueron realizadas en las oficinas de los profesionales, con una duración promedio de dos horas, bajo condiciones ambientales controladas. Los testimonios fueron registrados y transcritos previo consentimiento de los entrevistados y siguieron la estructura prediseñada en un guión que recorrió las diversas dimensiones de su práctica, la mirada sobre su rol en el espacio en que trabajan, así como la integración del enfoque comunitario en su práctica profesional (13). El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido (11), organizando la información en categorías que fueron seleccionadas previamente, por lo que el trabajo fue de orden deductivo. Respecto a los aspectos éticos, en esta investigación se

resguardó el bienestar de los participantes a través de la información de todos los procedimientos a realizar, respondiendo a cualquier pregunta relativa a su participación, todos los ítems fueron explicitados en los respectivos consentimientos informados.

## Resultados

Experiencias desde lo asistencial y lo comunitario en rehabilitación

Los resultados se presentarán según algunas de las categorías generadas en el análisis, que dan cuenta de las diferentes percepciones de los entrevistados respecto a las premisas del modelo comunitario en rehabilitación, además de la caracterización de sus prácticas según el contexto en el que están insertos. En el análisis de los datos las siguientes categorías resultaron destacadas debido a las contradicciones que presentan, traducándose en potenciales obstáculos a la incorporación de la RBC en salud: a) Valoración de los diversos enfoques en rehabilitación, b) Percepción de los/as usuarios/as, c) Estructuración del sistema: complejidad, interdisciplinariedad y trabajo por metas.

a) Valoración de los enfoques de rehabilitación

La mayor parte de los entrevistados confirman una generalizada visión negativa hacia el modelo asistencial, al que otorgan características como: “Frío, distante, fome (aburrido), poco cercano, simple”. Sin embargo a esta valoración negativa se agregan una serie de atenuantes que se sitúan en el contexto que los mismos actores reconocen:

“Yo entiendo perfectamente a las matronas y a los médicos que tienen más demanda, porque a veces uno pasa por donde la matrona y hay 3 niñas afuera esperando, una que quiere iniciar método, otra que se quiere pinchar, otra que necesita hacerse el PAP, entonces están todas ahí, en cosas netamente biomédicas, no necesitan nada más, no necesitan como que le

pregunten cómo está la abuelita” (E2).

En estos comentarios emerge la posición respecto al contexto del modelo asistencial, en el que temas como el tiempo y la sobrecarga en las agendas influyen en la atención que se presta a los usuarios. Tras esta justificación, también se puede entrever cómo este Kinesiólogo, que es parte de un programa IRA, discierne entre situaciones de salud exclusivamente biomédicas, explicitando que en ciertas ocasiones no es necesaria una atención más amplia, que comprenda otros componentes de la vida de los sujetos. En esta indicación se reproduce la idea que los sujetos puedan ser divididos y tratados por partes, donde medidas como “iniciar el método (anticonceptivo), realizar un PAP”, no requieren de una intervención de tipo comunitaria. La idea que el contexto define la práctica se reitera en la conformación de un modelo, que, según los entrevistados, a pesar de los intentos de inserción de lo comunitario, tiende igualmente hacia el asistencialismo: “si yo estoy, no sé, con una fractura en la muñeca necesito una licencia y ahí, yo creo que indagar más allá, no amerita” (E2). Como se evidencia, los interventores reconocen que sólo en ciertas ocasiones la intervención “amerita” ir más allá de lo biológico. Esto estaría determinado en buena medida por condiciones como el tiempo, la presión laboral y la misma estructura física del consultorio, pero también por la aparente simplicidad de ciertas necesidades que se podrían atender “sin indagar más allá”.

b) Mirada unidireccional al usuario

En los testimonios emerge el vigor de un tipo de comunicación principalmente unidireccional -desde el interventor hacia el receptor-, propia del modelo asistencial y contraria a los preceptos del modelo comunitario. El interventor tiene el saber y lo entrega al receptor que debe escuchar y obedecer, ya que el conocimiento está instalado exclusivamente en el interventor. De esta manera, el receptor es situado desde la pasividad, debiendo cumplir las instrucciones del tratante, donde luego de

muchas intervenciones “termina haciendo lo correcto”, confirmando la unidireccionalidad del poder del profesional de la salud. Respecto a la visión que los interventores tienen de sus pacientes es interesante destacar que, incluso quienes están posicionados desde la estrategia RBC, hacen referencia a que la responsabilidad del tratamiento reside casi exclusivamente en el usuario, reduciendo todo tipo de intervención a la acción del individuo, dejando por fuera a la sociedad de la que es parte: “mientras más informado esté un paciente sobre la consecuencia de sus hábitos o de sus actos, uno puede prevenir de mejor forma. Uno logra empoderar al paciente sobre su situación de salud actual y rehabilitarlo”.

c) La estructuración del sistema de atención

Otro aspecto que se evidencia tiene relación con la estructuración del sistema de atención: la complejidad de los sistemas, la integración de la interdisciplinariedad y la posibilidad de cumplir metas desde el enfoque comunitario. Al respecto, de los testimonios emerge la idea que los diversos niveles de complejidad determinarían la demanda de una atención más o menos comunitaria. En esto confluyen los testimonios de quienes trabajan desde ambos enfoques: “Yo creo que está bien que existan distintas formas de intervención, y eso depende del nivel de atención que se está realizando. Está bien que nosotros tengamos una mirada más asistencial y resolutoria, y que los CCR tengan una mirada comunitaria, ya que la diversidad de pacientes también hace que no todos requieran la misma atención (E1). “El sistema [asistencial] lo veo positivo en varias cosas agudas que tienen poca duración, como un resfrío, aunque este también impacta en la comunidad ya que un niño se resfría y contagia a todo un curso, sin embargo puede ser tratado desde un punto de vista biomédico puro” (E3).

La forma de optimizar los recursos y ofrecer atenciones en relación a las necesidades específicas de cada usuario, pone en perspectiva la posibilidad de que los enfoques comunitario y asistencial coexistan estableciendo una

relación fluida y clara entre ellos. Sin embargo, la segunda reflexión evidencia la tensión que existe en torno a la complejidad de las necesidades como determinante de un sistema más o menos enfocado en lo social: ¿Cuándo algo “simple” como un resfrío adquiere una dimensión comunitaria?, ¿Están las situaciones de mayor complejidad médica “libres” de una condición comunitaria? ¿Quién y bajo qué parámetros se determina las situaciones que “ameritan” un enfoque comunitario y aquellas que pueden subyacer exclusivamente en la esfera biológica?.

Para responder a estas preguntas, es interesante seguir las narraciones de los entrevistados que plantean diversos indicadores que orientan una atención hacia lo “biológico” o hacia “lo social”, ruptura que inhabilita por sí misma la incorporación del enfoque comunitario: “(en el enfoque comunitario) están las visitas domiciliarias, que son para pacientes que son casos sociales y entran en la meta al consultorio. Entonces todas esas visitas (se justifican) por distintas partes, unas porque son necesidad, otras son porque son metas”. (...) [si yo veo que] no está siguiendo su tratamiento correctamente, no lo están ayudando en la casa, si es paciente bio... yo veo la posibilidad de ir a verlo a la casa, y si no, lo derivo según lo que necesite” (E2). Al hablar de las visitas domiciliarias, el entrevistado considera que se decide si son “casos sociales” diferenciándolos de los casos “bio”, según sus propias categorías. Con esto se evidencia que en el discurso de los interventores surge una distinción entre los usuarios, según cuán “social” sea el caso. El hecho de definir de qué tipo de paciente se trata y desde ahí proyectar una atención “bio” o “social”, se refuerza a partir de la máquina institucional que, como veremos, “obliga” a los interventores a derivar usuarios a una atención de enfoque comunitario: “A veces tenemos que derivar [a los pacientes] al CCR, como que eso es una cosa a nivel municipal, la municipalidad nos pide que los mandemos para allá, aunque aquí tendríamos los recursos para tenerlos

aquí” (E2).

La idea que la derivación a los CCR sea una obligación impuesta por el sistema de salud, para el cumplimiento de “metas”, introduce un elemento relevante a la identificación de barreras a la instalación del enfoque comunitario. En este comentario el Kinesiólogo confiesa que se siente “obligado” a derivar a los CCRs a los usuarios que poseen algún trastorno de base neurológica, a pesar de contar con la capacidad suficiente para dar cobertura a esas situaciones de salud. De esta manera, el recurso al sistema comunitario se entiende como una respuesta al sistema y no a las necesidades del usuario.

Finalmente es necesario destacar que igualmente existe una reflexión respecto a lo que el enfoque asistencial “no puede hacer” y lo que el enfoque comunitario “debe hacer”: hemos tenido pacientes en que el marido se va a trabajar y la señora se queda en cama todo el día. [...] Entonces uno tiene que saber en qué realidad vive el paciente. Pero ahí siento que uno queda más con la voluntad de hacer algo que lo que uno en realidad puede hacer (...). En las reuniones de pacientes neurológicos siempre quedamos cojos sobre qué hacer al respecto” (E1).

Así mismo, mientras el enfoque asistencial resulta impotente frente a situaciones como la recién relatada, el enfoque comunitario parece asumir una responsabilidad mucho mayor al deber “solucionar todo” lo atingente a la vida del paciente. Como lo explica un kinesiólogo de CCR: “En el comunitario como que tratas de solucionarle la vida al paciente (...).Tú ves a una persona que tiene un problema que no es de tu área, tú igual tratas de encontrarle la solución, aunque a veces parece que no existe” (E4). Como consecuencia se genera la contraposición entre un sistema “ordenado” y “estructurado” en el que frente a situaciones complejas resulta ineficaz y genera frustración en los interventores, frente a otro que al pretender “solucionar la vida del paciente”, “se ve más desordenado porque uno dispara para todos lados” (E4).

## Discusión

El relato de la práctica y las percepciones que los interventores tienen de sus propias actividades, develan algunas de las dificultades que enfrenta el modelo comunitario al abordar los desafíos de la rehabilitación. En primer lugar, un punto a discutir es cómo la RBC se percibe tanto desde un punto de vista conceptual como práctico, considerando que ambas dimensiones requieren de cierta preparación de los equipos que trabajaran con este enfoque. En la presente investigación se evidencia una falta de formación mirando a implementar el modelo comunitario, tanto en las bases conceptuales como en la práctica de los profesionales entrevistados. Tal como se ha constatado para el área de salud mental (14), las iniciativas personales y el entendimiento de las acciones a realizar, caben más en las representaciones sociales de lo que es lo comunitario que en un constructo conceptual propio de este modelo, poniendo en evidencia la necesidad de realizar capacitaciones y trabajo de habilidades y competencias diferentes a las que históricamente se han desarrollado desde la clásica mirada asistencial. Esta carencia de formación, justificaría en parte, las contradicciones que surgen como barreras a la instalación de la estrategia y el fortalecimiento de un abordaje asistencial que genera una enorme distancia entre lo que se propone y lo que realmente se realiza. En relación a lo anterior, se expresaron perspectivas desde los profesionales insertos en los CCR respecto al modelo comunitario que en ocasiones se alejaban de los constructos propios de este modelo, donde sobresalen muchos “juicios de valor” y categorizaciones (más o menos ordenado, más o menos complejo, paciente más social o “bio”, etc.), que se alejan de un constructo conceptual sólido que esté a la base de las acciones que se realizan en rehabilitación. Las contradicciones reveladas nos proporcionan la oportunidad de discutir la relación entre relevancia conceptual versus la

realidad práctica, siendo posible afirmar que en la actualidad respecto a la rehabilitación, nos encontremos en un periodo de ajuste, ya que si bien existe un discurso extendido respecto a la importancia del trabajo comunitario instalado en las políticas públicas, -siendo esto un gran avance para acercar la rehabilitación a las personas desde la APS-, hasta el momento se ha alcanzado una instalación parcial. La experiencia chilena y latinoamericana (15) demuestra que la posibilidad de estandarizar los contextos de intervención es compleja debido, en parte, a que uno de los constructos bases de la RBC es su enfoque multisectorial que implica una intervención en la que participan los usuarios, sus familias y comunidades, todo esto requiere de espacios, tiempos, recursos y formación para poder ser realizado a cabalidad, situación que a través de los discursos de los profesionales entrevistados dista de la aplicación actual del modelo de RBC.

En segundo lugar, a nivel institucional, la interacción entre política pública y servicios de salud si bien permiten la presencia de un marco institucional que garantiza la posibilidad de actuar el enfoque comunitario, sigue circunscribiendo la práctica a rendimientos y metas (3) que limitan los campos de acción y por ende la respuesta de rehabilitación para los usuarios. La sensación que tienen los entrevistados de derivar por “obligación municipal” o decidir las visitas domiciliarias según necesidades del sistema, son síntomas de esta contradicción. En este punto la experiencia latinoamericana se condice con estos resultados, relevando la importancia de evaluar los recursos financieros para la implementación de este tipo de iniciativas, así como la importancia del trabajo en red y de la correcta organización de las prácticas relacionadas con la comunidad. La evaluación de las responsabilidades y de los recursos toma especial relevancia a la hora de pensar la RBC y su puesta en marcha (15).

Para concluir, es necesario señalar que la presente investigación, evidencia que en Chile

se encuentran coexistiendo tanto el modelo asistencial clásico - como el comunitario (15-16), cuyas relaciones se establecen a partir de la práctica, en la que se observa una hibridación entre ambos. Situación similar distinguió Desviat (17) para la salud mental, quien discute que lo que está en juego no es necesariamente la psiquiatría biológica, la biopsicosocial o comunitaria, sino el modelo de atención: la oferta de los servicios en función de las necesidades de la sociedad y los límites de una práctica. Así mismo, la experiencia latinoamericana por ejemplo en Bolivia (4), muestra la necesidad de que este enfoque se implemente a través del conocimiento de las características de las sociedades donde se implementa, conocer y relevar sus aspectos culturales e interculturales, para que realmente sea una práctica participativa desde la comunidad y no otra propuesta hegemónica que como idea impuesta viene a instalarse en la rehabilitación (4).

En esta búsqueda hemos encontrando evidencia que la RBC ha permitido participar de una discusión contingente respecto a tópicos relevantes como la inclusión social y la insuficiencia de una aproximación asistencialista, la relación terapeuta – usuario, entre otros. Al identificar barreras para la implementación del enfoque comunitario, esta investigación busca ser un aporte con respecto a los elementos presentes y ausentes en las prácticas y bases teóricas de los profesionales de rehabilitación, a modo de encaminar el proceso de articulación entre las diferentes formas de abordar la salud en Chile (18). Por esto, a modo de cierre creemos oportuno recomendar continuar investigando respecto a la implementación de esta estrategia, especialmente enfocando la mirada en lo que sucede con el trabajo intersectorial y la relación con las comunidades, así como evaluar los efectos debilitantes que tiene una insuficiente formación en pre y postgrado de las carreras de la salud y la perpetuación de criterios de rendimiento exclusivamente cuantitativo en la evaluación de las metas y objetivos de la RBC.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, dirigida a equipos de salud. Subsecretaría de redes asistenciales. División Atención Primaria, OPS. Santiago: Chile. 2012. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
2. Ministerio de Salud, Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Santiago: Chile. 2007. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/54249053/programa-de-rehabilitacion-integral-red-de-salud-subsecretaria>
3. Ministerio de Salud. Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS. Santiago: Chile. MINSAL; 2010. Recuperado de [http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G\\_SS/SSOSORNONORMAS/RES%20EX%20750.PDF](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SS/SSOSORNONORMAS/RES%20EX%20750.PDF)
4. Díaz, U, Sanz, S, Sahonero, M, Ledesma, S, Cachimuel, M, Torrico, M. Reflexiones sobre la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC): la experiencia de un programa de RBC en Bolivia. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Jan [cited 2018 July 03]; 17(1): 167-177. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100019>.
5. OMS y Ministerio de Salud. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile (Internet). Santiago de Chile: MINSAL; 2006 (citado 2017, Dic 2) disponible: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf)
6. Guajardo A, Recabarren E., Asún D., Zamora C., Pablo Cottet. Evaluación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria (RBC= desde la perspectiva de la comunidad y los equipos locales de rehabilitación. *Rev. Fac. Med.* 2015, LXII(1):41-50.
7. Román, J., Energici, M., Ibarra, S. Solidaridad en el debate global y local: reflexión desde un análisis de caso chileno. *Revista Convergencia* 2014, (66): 93-124.
8. Ministerio de Salud, Subsecretaría de redes asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Modelo de atención integral en salud. Santiago, Chile; 2005. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
9. Perez Serrano, G. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes, Madrid: La Muralla, 2004.
10. Denzin, N. Lincon., *Handbook of Qualitative research* Beverly Hills, CA: Sage, 2000.
11. Andreu, J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada, v.10, n. 2, p. 1-34, 2000. (citado Enero 2018) <<http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>>. Consulta: 20/05/2009.
12. Valles, M. Técnicas de conversación, narración: las entrevistas en profundidad. Madrid: Síntesis, 1997.
13. Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Panam Salud Publica*, 18(4-5), 346-358.
14. Piper, I. La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología Comunitaria y la psicología de los Derechos Humanos. *Revista de Psicología*, 2008, XVII (2): 39-58.
15. Grech, S. Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC): perspectivas críticas desde Latinoamérica. CBM. 2015. Recuperado de [http://www.cbm.org/article/downloads/54741/Grech\\_RBC\\_reporte\\_CBM\\_2015Spanish.pdf](http://www.cbm.org/article/downloads/54741/Grech_RBC_reporte_CBM_2015Spanish.pdf)
16. Barriga, S. Psicología ¿Para qué? sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 1991; 50 (2): 49-52.
17. Desviat, M. Vigencia del modelo comunitario en Salud mental: Teoría y práctica. *Controversia*, 2007; 3(1):88-96.
18. Ossandón, M. Rehabilitación basada en la comunidad frente a la realidad chilena. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), Pag. 219-230, 2014