



ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dirigido a Equipos de Salud

**ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACION
DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Dirigido a Equipos de Salud

Contenido

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	11
CAPITULO I	12
CONCEPTOS Y ELEMENTOS CLAVES EN LA IMPLEMENTACIÓN	12
1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	12
1.1. Definición	12
1.2. Principios	13
2. POBLACIÓN A CARGO	18
3. ENFOQUES A CONSIDERAR EN LAS ACCIONES DE SALUD	18
3.1. Enfoque Intercultural	18
3.2. Enfoque de género	23
4. ASPECTOS ÉTICOS EN EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE SALUD SEGÚN LA APS RENOVADA	24
5. MARCO LEGAL VIGENTE	30
CAPÍTULO II	34
ASPECTOS CENTRALES EN LA GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD	34
1. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	35
2. EQUIPO DE SALUD CON POBLACIÓN A CARGO: UNIDAD BÁSICA DEL TRABAJO EN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO	39
3. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN	45
3.1. Planificación y programación en red	45
3.2. Planificación y programación sectorizada	47
4. GESTIÓN CLÍNICA	51
4.1. Definición de Gestión Clínica:	52
4.2. Factores que posibilitan el éxito de la gestión clínica:	53
4.2.1. Herramientas de la gestión clínica:	54
4.2.2. Principales pasos a seguir en la Gestión Clínica	54
4.2.3. Definición de Calidad	55
4.2.4. Dimensiones de la Calidad	57
4.2.5. ¿Porque es importante medir la calidad?	58
4.2.6. ¿Como medir la calidad?	59
4.2.7. Herramientas para la medición:	59

5. TRABAJO CON LA RED DE SALUD	65
5.1. Definición y organización de la red	65
5.2. Elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia	67
5.3. Otros elementos para fortalecer el trabajo en red	68
CAPÍTULO III	70
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	70
1. ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	70
1.1. Educación en Salud	71
1.2. Participación Social	72
1.3. Abogacía	74
1.4. Intersectorialidad	75
1.5. Comunicación social	75
2. EDUCACIÓN DE ADULTOS: METODOLOGÍA	77
2.1. Los 7 pasos para planificar una sesión educativa	79
CAPÍTULO IV	84
PARTICIPACIÓN SOCIAL	84
1. ASPECTOS CONCEPTUALES.	85
1.1. Concepto de Participación en Salud:	85
1.2. La participación desde el enfoque de Determinante Social de Salud.	87
1.3. La participación desde el enfoque de Derechos	87
1.4. La participación como Proceso	88
2. ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN EN APS	90
2.1. Consejos Consultivos de usuarios de la salud (CCU) o Consejos de Desarrollo local (CDL)	90
2.2. Diagnósticos Participativos	93
2.3. Oficinas de Información, reclamos y sugerencias (OIRS) y Satisfacción usuaria.	98
2.4. Mapas Epidemiológicos y de recursos comunitarios.	98
CAPITULO V	100
PROCESO DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN A CARGO CON ENFOQUE FAMILIAR	100
1. ELEMENTOS CONCEPTUALES Y ANTECEDENTES DEL TRABAJO CON FAMILIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.	101
2. NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD CON LAS PERSONAS Y SUS FAMILIAS	103

3. EVALUACIÓN DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR	111
3.1. Gestión de caso Familiar	113
4. ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DE RBPS ALTO O FAMILIAS DERIVADAS	115
ANEXOS:	117
ANEXO 1: PLAN DE SALUD FAMILIAR	117
ANEXO 2: ENCUESTA DE PERFIL DE REUNIONES	119
ANEXO 3: PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES: SECTORIZADA Y POR CICLO VITAL REQUISITOS:	120
ANEXO 4: PAUTA DE FORMULACIÓN DE INDICADORES	121
ANEXO 5: CÓMO PLANIFICAR UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA: "COMO MEJORAR LA ADHERENCIA A TRATAMIENTO EN PERSONAS CON HTA"	122
ANEXO 6: INTERVENCIONES A LAS FAMILIAS EN LAS ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS	123
ANEXO 7: HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA A PROBLEMAS	124
ANEXO 8: INSTRUMENTOS DE ABORDAJE FAMILIAR, ÚTILES EN LOS CUIDADOS PRIMARIOS	127
1.- Elaboración del Genograma	127
2.- Línea de Vida Familiar	129
3.- APGAR Familiar	130
4.- Círculo familiar	131
5.- Ecomapa o mapa ecológico de la familia	133
6.- Mapa de Redes	134
7.- PRACTICE Y FIRO	136
GLOSARIO	138
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	13
Figura 2. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS	25
Figura 3. Tipos de planificación	47
Figura 4. Ejemplo de estrategias de abordaje de la obesidad en población a cargo por niveles de prevención y ciclo vital	50
Figura 5. Formato Programación de actividades	51
Figura 6. Elementos relevantes según tipo de planificación	51
Figura 7. Etapas del Proceso de Participación	89
Figura 8. Actividades de Atención Primaria en distintas etapas del ciclo vital de una familia	102
Figura 9. Niveles de Intervención del Equipo de Salud con las Familias a Cargo	104
Figura 10. Logros Esperados para la etapa de la adolescencia según Erickson	112
Figura 11. Flujograma de Gestión de caso de familia	114
Figura 12. Mapa de Red: Observación de las modificaciones entre enero y mayo	136

La elaboración de este Manual estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial designada el 19 de enero de 2012¹, que fue coordinada por Irma Vargas Palavicino, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación se mencionan los autores del Manual, sus colaboradores y quienes efectuaron la revisión del mismo.

AUTORES

Angelina Dois Castellón	E.M. Magister en psicología de la salud. Pontificia Universidad Católica. Escuela de Enfermería Departamento de Salud del Adulto y Senescente
Ilse Ojeda Cabrera	Psic. Hospital Comunitario de Til Til
Irma Vargas Palavicino	Nut. Magister en Servicios Públicos y Políticas Sociales, Universidad de Salamanca, España. División de Atención Primaria, MINSAL
Marcela Larrea Quintanilla	Méd. Familiar Servicio de Salud Metropolitano Norte
Mariela Quiroz Olave	Méd. Familiar, CESFAM Cordillera Andina, comuna de Los Andes
Mariela Rodríguez Cares	Méd. Familiar, CESFAM Trinidad, comuna de La Florida, Sociedad Chilena de Medicina Familiar
María Elena Varela Alamos	Psic. División de Gestión de la Red Asistencial, MINSAL
Mónica Niveló Clavijo	Méd. Magíster Salud Pública, Universidad de Chile. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Subdirección CESFAM Cristo Vive, Sociedad Chilena de Medicina Familiar
Ricardo Mercado Gore	Méd. Familiar, CESFAM Villa O'Higgins, comuna de La Florida, Sociedad Chilena de Medicina Familiar
Verónica Menares Latorre	Méd. Familiar, Hospital Clínico FUSAT, Sociedad Chilena de Medicina Familiar

¹ Ministerio de Salud. Resolución exenta N° 37 de 19/01/2012, que constituye grupo de trabajo para la elaboración de Manual de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en la red de salud.

COLABORADORES

Andrea Arroyo Morales	A.S. CESFAM Dra. Ana María Juricic, comuna de Maipú
Beatriz Cadegan Segura	Méd. Familiar, Servicio de Salud Concepción
Beatriz Chamorro Arancibia	Méd. Familiar, CESFAM Dr. Edgardo Enríquez Froedden
Claudia Pinto Escobar	Méd. Familiar, CESFAM Colón, comuna de Curico
Claudio Vega Sandoval	Adm. Pub. División de Atención Primaria, MINSAL
Clodovet Millalen Sandoval	Antrop. División de Atención Primaria, MINSAL
Elisa Aguayo Torres	E.M Pontificia Universidad Católica. Escuela de Enfermería Departamento de Salud del Adulto y Senescente.
Ivonne Orellana Vergara	Nut. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Lidia Campodónico Galdámez	Méd. Familiar, CESFAM San Joaquín, comuna de San Joaquín
Lucy Jure Cares	E.U. CESFAM 2 de Septiembre comuna de Los Ángeles
Macarena Moral López	Méd. Familiar, Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile
Sabina Pineda Rojas	Mat. División de Atención Primaria, MINSAL
Tatiana Barraza Medel	Mat. CESFAM Esmeralda, comuna de Colina
Verónica González Letelier	E.U. CESFAM 2 de Septiembre comuna de Los Ángeles
Verónica Rojas Villar	Méd. Familiar, Health Systems

REVISIÓN REALIZADA POR

Angélica Brandell Thompson	A.S. Servicio de Salud Araucanía Norte
Diego Salazar Rojas	Dr. En Antropología médica. Magíster en Arqueología
Derna Frinco Castillo	E.U. Servicio de Salud Metropolitano Central
Eliana Espinoza Alarcón	A.S. Dirección de Salud I. M. de Renca
Fernando Poblete Arrué	Méd. Familiar, Universidad Católica de Chile, CESFAM San Alberto Hurtado
Francisca Vergara Salinas	T.O. CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito de San Felipe
Gisela Schaffer Leyton	Odontóloga, Dirección de Salud, I. M. de Maipú
Gustavo Geber Macaya	Prdta. Servicio de Salud Metropolitano Central
Héctor Ganga Chacón	Odontólogo, Servicio de Salud Atacama
Isabel Segovia Dreyer	Méd. Familiar. Directora Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile
Julio Suarez Jiménez	Doctor en Medicina. Universidad de La Habana, Cuba. Especialista en Psiquiatría Master en Salud Pública. Asesor para el Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud en la Representación de OPS/OMS en Chile.
Julio Montero Castro	Med. CESFAM Piedra del Águila, comuna de Angol
Lidia Campodónico Galdámez	Méd. Familiar, Directora CESFAM San Joaquín, comuna de San Joaquín
Mario Cruz-Pénate	Méd. Salubrista, Asesor en Atención Primaria de Salud. Proyecto Fortalecimiento de Sistemas de Salud, Área de Sistemas y Servicios de Salud Basados en la APS. OPS/OMS, Washington
María José Moreno Sajuria	Sclga. Servicio de Salud Metropolitano Central
Marcela Marmolejo Hurtado	Educ. Parv. CESFAM Villa O'Higgins La Florida
Paola Moreno Salazar	Mat. Hospital Comunitario Lonquimay
Patricia Pérez Wilson	Psic. Programa Salud y Medicina Familiar. Universidad de Concepción
Pilar Monsalve Castillo	Méd. Familiar. ChCC ciclo vital, Minsal
Sandra León Fernández	Méd. Directora CESFAM Ignacio Domeyko, comuna de Santiago
Sejifredo González Menjibas	Nut. Servicio de Salud Atacama
Soledad García Budinich	Méd. Familiar, Servicio de Salud Araucanía Sur
Víctor Hugo Gutiérrez	Docente. Servicio de Salud Metropolitano Central

PRESENTACIÓN

Tenemos el agrado de presentar el **Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario** (en adelante Modelo de Atención Integral), un documento necesario y esperado, en función de las amplias necesidades que tienen los equipos de salud de avanzar en el cómo llevar a la práctica los principios del Modelo de Atención Integral de Salud.

Nuestro Sistema de Salud, se define como un Sistema basado en Atención Primaria, en donde desde el Modelo de Atención Integral de Salud, se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad.

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

El presente Manual actualiza los fundamentos y alcances del Modelo de Atención Integral de Salud, poniendo énfasis en la implementación, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, con una organización de los servicios en redes y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y anticipación al daño; teniendo como eje de intervención las personas, las familia y la comunidad. Para cumplir con estos propósitos, es pertinente articular los esfuerzos, recursos y capacidades en la red de salud, con la comunidad y la sociedad civil organizada.

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta primera edición del "Manual de orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario". En forma especial a quienes en el día a día con su trabajo y compromiso han llevado a cabo este proceso, los equipos de salud, la comunidad, los municipios, los Servicios de Salud y al equipo de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Asimismo, especial mención a la Organización Panamericana de la Salud, a los académicos, a la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y al comité de expertos constituido para estos fines. Su colaboración ha permitido sistematizar las experiencias nacionales y ajustar este material a las necesidades de los equipos de atención primaria.

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que de manera desinteresada contribuyeron en la formulación del presente documento técnico.



Dr. Luis Castillo Fuenzalida
Subsecretario de Redes Asistenciales

INTRODUCCIÓN

Los avances en el Modelo de Atención Integral de Salud, han quedado reflejados en diversos documentos orientadores del proceso de cambio a Centro de Salud Familiar, es así como desde el Ministerio de Salud en el año 1993 se publica la primera edición de **“Consultorio a Centro de Salud”**², que entrega un marco conceptual sobre la Atención Primaria a fin de que los equipos de salud reflexionen sobre la meta a alcanzar, estudien su situación y diseñen localmente las estrategias más eficientes para alcanzar sus objetivos. El año 2005 en el marco de la Reforma de Salud se publica el documento, **“Modelo de Atención Integral en Salud”**³, que establece consenso por académicos, directivos y profesionales del sector de los aspectos conceptuales del Modelo. El año 2008, se publica el documento **“En el camino a Centro de salud familiar”**⁴, que desafía a los equipos de salud a profundizar este cambio, a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en eje de desarrollo social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario.

La diversidad observada en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, con sus aciertos y desaciertos, así como los grandes esfuerzos que implica sostener el proceso de cambio, han evidenciado la necesidad de sistematizar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en función de acciones concretas que, reflejando los principios del Modelo, se instalen en los establecimientos de salud a fin de pasar desde conceptos abstractos a un modo de hacer salud.

Este Manual recoge las lecciones aprendidas en el marco de la diversidad y viene a complementar los documentos anteriores, reforzando que el “Modelo de Atención Integral en salud”, es uno para toda la red asistencial y que alineados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se reconocen como principios irrenunciables para un sistema de salud basado en APS; **Centrado en las personas, la Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado.**

El Manual, es fruto del trabajo de un conjunto de profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de la Sociedad de Medicina familiar, de académicos, de Servicios de Salud, de municipios, de centros de salud familiar y hospitales comunitarios, quienes se constituyeron mediante resolución Ministerial como comisión de trabajo en esta tarea. El trabajo de la Comisión se desarrolló en dos grandes fases; la primera destinada a revisar el tema, producir las grandes líneas de consenso y elaborar los contenidos. En la segunda fase destinada a la revisión de los contenidos, cobra especial relevancia las aportaciones producto de la revisión realizada por expertos de la Organización Panamericana de la Salud, de académicos del mundo universitario, de los Servicios de Salud, de municipios y establecimientos de salud, entre otros.

Está dirigido a los equipos de Atención Primaria y en especial...

- A quienes trabajan en los centros de salud familiar, hospitales comunitarios, centros comunitarios de salud familiar, postas de salud rural, haciendo del día a día un espacio de contacto con las personas, familias y comunidad, intencionando la co-participación de la comunidad en los procesos de mantención y cuidados en salud.

² Ministerio de Salud. De consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual. 1ª edición 1993 y 2ª edición 1997.

³ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial [2005]. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

⁴ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria [2008]. En el camino a centro de salud familiar.

- A quienes asumen la responsabilidad de poner en práctica el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, permitiendo alcanzar más y mejor salud en la población.
- Para quienes ven en la salud familiar y el trabajo comunitario una oportunidad de contribuir a la disminución de las grandes brechas de equidad existentes.
- Para quienes están dispuestos a romper la inercia, asumiendo el desafío del cambio, la mejora y el compromiso con las personas de “Hacerlo bien a la primera y cada vez”.
- Para las personas que necesitan una ruta, un camino, una guía, una propuesta, una orientación, a través de la revisión de elementos teóricos, de herramientas y de las experiencias de desarrollo de otros equipos de salud.

Cuenta con una estructura de cinco capítulos, que se resumen a continuación:

Capítulo I: Ofrece un marco general, estableciendo consenso en relación a los elementos conceptuales básicos del Modelo de Atención Integral de Salud; definición, principios, población a cargo, cartera de servicios, financiamiento, aspectos éticos de la atención primaria renovada y el marco legal vigente entre otros.

Capítulo II: Releva aspectos claves en la gestión del establecimiento de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud: organización de un centro de salud familiar, planificación y programación sectorizada, gestión clínica y trabajo en red.

Capítulo III: Enfatiza la promoción y prevención como eje esencial del trabajo en salud. Asimismo se aborda la educación de adultos como metodología a ser incorporada en el trabajo de los equipos de salud con su población a cargo.

Capítulo IV: Establece un marco conceptual de la participación social en salud revisando herramientas que apoyen la implementación del enfoque comunitario en la práctica de los equipos de salud.

Capítulo V: Establece un marco conceptual del trabajo con familias y revisa herramientas que apoyan la implementación del enfoque familiar en la práctica de los equipos de salud.

Esta primera edición, probablemente no llegará a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de quienes integran los equipos de salud de atención primaria. Sin embargo, se pone a disposición una ruta consensuada con los actores involucrados en la estrategia, que oriente la gestión de los centros de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral en Salud.



Dra. Sibila Iñiguez Castillo
Jefa División de Atención Primaria

OBJETIVOS

A través de la revisión y lectura crítica de este manual, los equipos de salud lograrán:

- 1.** Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la red asistencial.
- 2.** Reconocer aspectos centrales de la gestión para responder a las exigencias del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- 3.** Diseñar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.
- 4.** Identificar estrategias para incluir la Promoción y Prevención en el proceso de planificación y programación del Centro de Salud.
- 5.** Diseñar estrategias de participación social en salud.
- 6.** Diseñar el proceso de atención acorde a las necesidades de su población a cargo y a los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

CAPÍTULO I

CONCEPTOS Y ELEMENTOS CLAVES EN LA IMPLEMENTACIÓN

El capítulo tiene por objetivo profundizar en los conceptos y elementos claves para la operacionalización del Modelo de Atención Integral de Salud, tendientes a facilitar su implementación por parte del equipo de salud.

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- Identificar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Relacionar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud con los objetivos a los que éstos se orientan y los procesos necesarios para alcanzarlos.
- Conocer el significado del concepto de población a cargo.
- Revisar algunos enfoques a considerar en las acciones de salud
- Revisar los aspectos éticos involucrados en los procesos de atención y en el trabajo de los equipos de salud según la Renovación de la APS.
- Identificar el marco legal que apoya la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.

1. Modelo de Atención Integral de Salud

1.1. Definición

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como;

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”⁵

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma:

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de

⁵ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1.

un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales

El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

1.2. Principios

En el desarrollo histórico de la Atención Primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han descrito distintos principios^{6 7 8 9} que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud,. Asimismo en documento “Modelo de Atención Integral en Salud” (MINSAL 2005¹⁰), fueron consensuados y expuestos los siguiente principios (figura).

Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

⁶ Resumen del Capítulo 1 del Libro de J.Ceitlin y T.Gómez Gascón “Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo, Madrid, 1997.

⁷ Julio Ceitlin, Tomás Gómez Gascón, Georgina Farfán Salazar, Robert F. Avant. 1997. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.

⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria [2008]. En el camino a centro de salud familiar.

¹⁰ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

Muchos de los Principios pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria: **“Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado”**.¹¹

Ciertamente que la operacionalización de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación se revisan su conceptualización y aplicabilidad.

Centrado en las personas

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables.

Para traducir el principio centrado en las personas a la práctica, es decir, a procesos diseñados y conductas observables, a modo de ejemplo se propone.

PROCESOS

- Desarrollar protocolos de acogida a las personas en los distintos puntos de contacto.
 - Incorporar un sistema de carné o símil que facilite la atención de las personas y su adherencia al tratamiento y controles.
 - Mantener la confidencialidad de datos sensibles de las personas y protección de la privacidad.
 - Implementar Historia Clínica orientada a problemas.
 - Contar con información clara, precisa, basada en evidencia y a disposición de las personas al momento de la toma de decisión y acuerdo del manejo terapéutico, valorando su autonomía y rol protagónico en el cuidado de su salud.
 - Explorar sistemáticamente el nivel de satisfacción de la población.
 - Adaptar la atención para que sea pertinente culturalmente.
-

¹¹ Organización Panamericana de la salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. WDC, junio de 2012 (documento borrador).

Integralidad

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención¹² y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas.¹³

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.¹⁴ Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

El siguiente cuadro, a modo de síntesis de los niveles de prevención, ilustra para cada nivel el propósito, objetivo principal, estrategias e instrumentos.

Niveles de Prevención	Promoción	Primaria	Secundaria	Terciaria	Cuaternaria
Propósito	Fomento	Protección específica Limitación incidencia	Diagnóstico Tratamiento	Rehabilitación	Soporte Paliativo
Objetivo principal	Factores protectores	Factores de riesgo	Enfermedad	Complicaciones Secuelas	Degenerativas Terminales Poli- patología Crónica
Estrategias	Educación Detección/ Pesquisa factores protectores.	Inmunización Detección/ Pesquisa factores de riesgo	Manejo clínico	Manejo de rehabilitación y reparación	Manejo paliativo Acompañamiento
Instrumentos	Guías anticipatorias	Vacunación Instrumentos y Técnicas de tamizaje Consejería	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos

¹² Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007

¹³ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio, son:

- Comprender y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.
- Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
- Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas.

Para traducir los elementos de este principio a la práctica, se propone como ejemplo:

PROCESOS

- Formular diagnósticos integrales de los problemas familiares incorporando el enfoque de riesgo.
 - Establecer un plan de intervención de los problemas priorizados de las personas y familias a cargo que incluye acciones desde lo promocional al acompañamiento en etapa terminal.
 - Explorar las redes de apoyo social y comunitario de las personas que consultan en el sistema.
 - Explorar las redes de apoyo social y comunitario existentes en el territorio.
 - Identificar determinantes sociales de la salud que requieren de abordaje intersectorial.
-

Continuidad del cuidado¹⁵

La continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas:

Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacamos tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS "Redes Integradas de Servicios de Salud":

- Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.

¹⁵ OPS/OMS. 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud(RISS); Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie la renovación de la atención primaria en las Américas N° 4.

- Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).
- Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.
- Mejorar la accesibilidad del sistema.
- Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.
- Disminuir los costos de producción.
- Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejorar la aceptabilidad de los Servicios.
- Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad.

Para traducir los elementos de este principio a la práctica, se propone como ejemplo:

-
- Realizar asignación de equipos de cabecera a las persona y planificación de la atención de la población inscrita o adscrita al establecimiento de atención de salud.
 - Los profesionales tienen la posibilidad de programar atenciones consecutivas para completar la exploración clínica integral y planificar el cuidado en el mediano plazo.
 - Historia clínica disponible para todos los profesionales que atienden a la persona.
 - El equipo de cabecera coordina la atención hacia los otros niveles de atención de la red asistencial y desarrolla sistema de seguimiento clínico.
 - Los profesionales de los equipos de cabecera y transversales asumen la responsabilidad del cuidado de la salud de la población inscrita.
 - Los miembros del equipo de salud están disponibles para responder a las necesidades e inquietudes de la población inscrita.
 - El profesional que realiza una derivación asume la responsabilidad de mantenerse informado de la situación clínica de su paciente.
 - El profesional que recibe una derivación asume la responsabilidad de mantener informado al referente del lugar de origen.
 - Los procesos asistenciales se diseñan y simplifican para optimizar la experiencia del usuario con los servicios de salud.
-

2. Población a cargo

Para hacer realidad los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, los equipos de Atención Primaria deben definir su **población a cargo**, entendida como las personas beneficiarias con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud.

Esta amplia responsabilidad se hace factible a través de la formulación de un Plan Nacional de Salud y un diagnóstico local de salud orientado por él, que, conjugados, permiten priorizar aquellas temáticas en las cuales se debe intervenir.

Por esto, es consistente que el financiamiento de la APS esté orientado a resultados a través de un **per cápita** que representa el monto disponible por persona para que se logren determinados objetivos en salud a través de la oferta de una canasta de prestaciones, definidas actualmente en el Plan de salud Familiar 2.

El conocimiento de la población a cargo y su contexto (determinantes sociales), permite anticiparse a la aparición de problemas, identificando vulnerabilidad, factores de riesgo y factores protectores (resiliencia). De esta manera, para lograr un objetivo sanitario, las intervenciones dependerán de los factores de riesgo y protección que tengan determinados grupos de la población a cargo.

La sectorización de la población a cargo, es una de las estrategias que facilita el enfoque biopsicosocial y la continuidad de los cuidados, al permitir la identificación entre usuario y equipo. Esto obedece a la necesidad de limitar el número de usuarios, frente a un amplio y complejo campo de actuación, con el objeto de permitir una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, mejor uso de los recursos y el desarrollo de acciones preventivas y promocionales .



Se sugiere revisar Capítulo II, sectorización.

3. Enfoques a considerar en las acciones de salud

3.1. Enfoque Intercultural

La incorporación del enfoque intercultural en las acciones de salud de la Red Asistencial es un proceso que comenzó en la Región de la Araucanía por el año 1996 y que se vio fuertemente respaldado con la Reforma del Sector que data del año 2005.

La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran.

Para el Modelo de Atención Integral de Salud, así como para el conjunto de las áreas de la reforma, hay principios orientadores como la **equidad** y la **participación** y está orientado fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades. Si a estos principios, agregamos además,

la **interculturalidad**, se debieran incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente.

Definición

Si bien, sigue latente la discusión sobre la propuesta de interculturalidad, entendida más allá de la existencia de contacto entre dos culturas diferentes, en palabras de Bahamondes (2001), todos seríamos interculturales en la medida que nuestra cultura es producto de aportes que se han mezclado, confrontado, separado y unido. Así podemos entender la interculturalidad como un desafío, y por lo tanto una voluntad, en pos de lograr un diálogo horizontal entre distintos grupos culturales, cuestión que podríamos entender como una posibilidad para seguir en la comprensión y colaboración en los modelos médicos en interacción.

Para Cunningham “en el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimiento, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción” (Cunningham, 2002:26).

En el entendido que el enfoque intercultural no solo aplica a los pueblos originarios, desde el Ministerio de salud se define como; “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural”

Ministerio de Salud. [2006]. Política de salud y pueblos indígenas.

El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de salud indígena), debe incorporarse en el diseño e implementación de las políticas públicas. Es por ello que la incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que **los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan el modelo de atención los aportes de las culturas que co-existen en un territorio determinado**. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.

Cosmovisión indígena de la familia

Aun cuando las familias indígenas han cambiado en el tiempo, pasando desde una familia extendida a una familia nuclear, lo más relevante es que se conciben como agrupaciones familiares que constituyen comunidades territoriales donde los lazos de parentesco permanecen fuertes y rigen las relaciones entre las personas. Importante es mencionar que en el contexto de esta organización y red de relaciones, existen autoridades tradicionales, sociales, políticas, religiosas y de salud que cumplen un rol decisivo al interior de las comunidades. Hacia el exterior, **las comunidades requieren construir lazos de confianza antes de interactuar en cualquier ámbito de la vida.**

Dentro de la estructura familiar de los pueblos indígenas todos sus miembros tienen asignados distintos roles que complementan el conjunto de labores en el quehacer cotidiano. Entre las características importantes, cabe destacar la labor de los ancianos como trasmisores de valores culturales, orientadores y consejeros de los más jóvenes.

En tal sentido, es recomendable que los equipos de salud reconozcan el potencial cultural de la familia y las comunidades existente en sus respectivos territorios, al mismo tiempo que deben abrir espacios de comunicación, para construir relaciones de confianza y complementariedad en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, a fin de que su trabajo sea bien acogido y genere reales impactos en la salud de la población.

En este contexto el término modelo de salud, permite comprender las concepciones e ideas que poseen los pueblos para comprender y explicarse los procesos de salud - enfermedad - sanación y los significados, es decir, la interpretación que dan las comunidades indígenas cultural y socialmente a ciertas patologías médicas. Así como las creencias, por ejemplo de la existencia de cuadros de enfermedad no reconocidos por la medicina alópata occidental. El sistema de salud se refiere a las formas de organización que se dan los pueblos para resolver sus problemas de salud, tanto a las redes visibles como las invisibles, incluyendo agentes, prácticas y procedimientos propios, basados en un modelo cultural determinado.

Implementación

A priori, podría pensarse que la situación de salud que afecta a la población indígena no expresa las diferencias respecto al comportamiento que tiene la población general del país, en otras palabras, que todos se encuentran expuestos a padecer los mismos problemas de salud y por tanto merecen un trato igualitario. Pero, no debe olvidarse que el concepto de igualdad no es equivalente al de equidad, ya que al realizar un primer acercamiento de análisis incorporando la variable étnica, existen diferencias importantes entre indígenas y no indígenas.

“Ya en 1997, al realizarse el primer estudio sociodemográfico y epidemiológico¹⁶ éste evidenció desigualdades al comparar la situación de los grupos indígenas con el resto del país, sobresaliendo en ese momento:

¹⁶ Víctor Toledo Huenqueo [1997]. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile; Una aproximación. Ministerio de Salud.

- Altas tasas de mortalidad infantil, superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño.
- Menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymará.
- Condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deteriorados que la de los que viven en el campo.
- La incidencia de muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche.
- La TBC es más alta en zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población indígena aymará.
- Población mapuche presenta menor talla, tanto en adultos como en niños.
- La región de la Araucanía presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo con alta prevalencia de coleditiasis, con un pobre acceso a colecistectomía.
- Un gran número de las nuevas familias urbanas se caracterizan por presentar, un deterioro nutricional frecuente de la población infantil, acompañado de una disminución de la lactancia materna. Las afecciones de la salud están relacionados primordialmente, con las enfermedades infecciosas, en particular las respiratorias y las gastrointestinales.
- Otro aspecto interesante de destacar como consecuencia de la urbanización es la incidencia de las llamadas enfermedades del “estilo de vida” como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón (isquemias), accidentes vasculares y similares producto de un modo de vida sedentaria.
- El abandono de la alimentación tradicional y el reemplazo por una cultura alimentaria urbana, tiene efectos biológicos importantes. La respuesta del organismo se refleja en un primer momento, en los cambios que experimentan variables como el peso y la composición corporal. A esto le sigue en segunda instancia, una disminución de la actividad física”.¹⁷

La incorporación del enfoque intercultural en salud en el Modelo de Atención Integral de Salud, debe conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud.¹⁸ Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de Mesas Comunes de Salud Intercultural para abordar reflexivamente las discusiones y propuestas de trabajo.

¹⁷ Ministerio de Salud. [2009]. Orientaciones técnicas para las Redes Asistenciales. Programa especial de Salud y Pueblos Indígenas.

¹⁸ Ministerio de Salud [2006]. Política de salud y pueblos indígenas.

Respecto de acciones que reflejan la incorporación del enfoque intercultural al Modelo de Atención Integral de Salud, se recomiendan:

CALIDAD Y ACCESO	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de Facilitador/ra Intercultural, mediante contratación de recurso humano, aprendizaje del idioma y cultura de los pueblos indígenas por parte de los funcionarios de los establecimientos. • Elaboración de diagnósticos de salud diferenciados por población indígena. • Sistema que asegure el acceso oportuno de la población indígena a la atención de salud. • Sistema de acceso a horas de atención diferenciado de acuerdo a criterios de dispersión geográfica, ruralidad, disponibilidad y horarios de la movilización, etc.
CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Formación y Capacitación Continua en interculturalidad en salud, dirigido especialmente a funcionarios que trabajan en la atención directa de la población indígena. • Programa de inducción en salud intercultural para funcionarios(as) nuevos(as), en los establecimientos de salud que atienden población indígena.
PARTICIPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar a los equipos de salud de herramientas de participación que incorporen el conocimiento de la cultura de sus usuarios. • Constitución y/o fortalecimiento de Mesa de Salud Intercultural y de diálogos interculturales. • Incorporación de representantes indígenas en instancias de participación propias del sector salud.
TRANSVERSALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Promover mecanismos de articulación de los sistemas médicos indígenas y alópatas, por ejemplo, a través de protocolos con los significados que los pueblos atribuyen a los problemas de salud. • Promover la prevención, rehabilitación y curación de las personas sobre la complementariedad de los saberes médicos indígenas y no indígenas. • Construcción de una oferta de servicios de salud consensuadas con los agentes de medicina indígena, cuya condición básica es la elaboración de protocolos de atención para pacientes de las comunidades indígenas. • Elaboración de protocolos de referencia y contra referencia entre el sistema médico indígena y alópata. • Adecuación estructural de los establecimientos concordante con la forma de articulación de los sistemas de salud alópata e indígena, respetando la realidad sociocultural indígena. • Modificación de los programas de salud necesarias para darles coherencia con la cosmovisión y prácticas de salud propias de los pueblos indígenas. • Fortalecimiento, recuperación y desarrollo de la medicina indígena en el territorio. • Adecuación de instrumentos de evaluación y guías de práctica clínica según la realidad de la población indígena local.



Se sugiere la lectura libro "Sistematización de las experiencias de salud intercultural".¹⁹

¹⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Programa especial de salud pueblos indígenas. Ministerio de Desarrollo Social. Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.[2011]. Sistematización de las experiencias de Salud Intercultural.

3.2. Enfoque de género

El género se refiere a las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que se les asignan socioculturalmente. Las relaciones de género pueden ser definidas como los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre, en una estructura de poder y jerarquía social, la que se manifiesta en las creencias, normas, organizaciones, conductas y prácticas de la sociedad. Ello a la vez determina diversas formas de acceder a los recursos materiales como tierra y crédito, o no materiales como el poder político. Sus implicaciones en la vida cotidiana son múltiples y se manifiestan, por ejemplo, en la división del trabajo doméstico y extra-doméstico, en las responsabilidades familiares, en la educación, en las oportunidades de promoción profesional, en las instancias ejecutivas, etc. Estas diferencias de acceso entre hombres y mujeres son fuente de inequidades socio - económicas, étnicas y laborales, lo que también genera inequidad en la situación de salud o bienestar de las mujeres y la sociedad en general. Existe evidencia que la situación de salud es peor en mujeres de escasos recursos o en zonas rurales donde están empobrecidas.

Las estrategias propuestas para los próximos 10 años destinadas a reducir las inequidades de género son parte de los objetivos y resultados esperados incluidos en los Objetivos Estratégicos del Plan Nacional de Salud. Dentro de éstos destacan las estrategias destinadas a reducir la violencia intrafamiliar a través de programas de comunicación social y la detección y derivación de casos (Objetivo Estratégico 2). La reducción del número de embarazos adolescentes y dar soporte a aquellas adolescentes con primer embarazo (Objetivo Estratégico 4), también se fijan resultados esperados en relación a la salud de las mujeres en período climatérico.²⁰

La familia desde el enfoque de género

El enfoque de género permite analizar críticamente y repensar, para reconstruir con criterios de equidad, el concepto y estructura familiar en cuanto al rol de hombres y mujeres en su interior.

Al respecto cabe señalar que en la mayoría de las sociedades las mujeres asumen la principal responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de ancianos y enfermos, además de la mayor parte del trabajo doméstico. La vida de la mujer es afectada fuertemente por su vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, las oportunidades de acceso a la educación y al empleo, y en los ingresos propios y de su familia.

La creciente emigración masculina por motivos de desempleo e inestabilidad de los lazos conyugales ha ocasionado un incremento de los hogares encabezados por mujeres. Por otra parte, con frecuencia el número de viudas tiende a ser superior al de viudos, ya que la longevidad de las mujeres suele ser mayor que la de los hombres. Además, los hombres viudos o separados tienden a reorganizar sus vidas familiares más fácilmente que las mujeres. En general, las familias encabezadas por mujeres difieren de las dirigidas por hombres en cuanto a composición, tamaño y gestión de asuntos familiares, incluyendo la nutrición y educación de los hijos y el manejo del ingreso disponible. Una mujer sola tiene que encargarse de dar el sustento económico a la familia y realizar todas las actividades domésticas.

²⁰ Ministerio de salud. [2011]. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

¿Cómo pueden los equipos de salud incorporar el enfoque de género en un modelo centrado en la familia y comunidad?²¹

- Evitar fortalecer estereotipos de femineidad y de masculinidad vigentes, ya que para el caso de los hombres promueve la autosuficiencia y percibe la petición de ayuda como signo de debilidad.
- Promover los roles de responsabilidad de todas las personas que están en el ámbito familiar y su entorno, favoreciendo la redistribución de las tareas domésticas, evitando así la sobrecarga de las mujeres.
- Favorecer en los hombres la expresión de emociones y afectos y su participación en las responsabilidades al interior de la familia.
- Tener cuidado cuando se diseñan acciones comunitarias para mejorar la salud, ya que en general se basan en una mayor participación de las mujeres, y se ignora que las mujeres no necesariamente tienen más tiempo libre.
- El diseño, la forma de provisión de Salud familiar, requiere reconocer e intervenir la desigual distribución del poder en la toma de decisiones que existe entre mujeres y hombres.
- Considerar la sobrecarga de trabajo de las mujeres al interior de las familias y diseñar estrategias de apoyo para mitigar el impacto en la salud, así como diseñar los servicios específicos que ellas requieren para abordar los costos de esta sobrecarga.
- Modificar la planificación y provisión actual de los servicios públicos de salud, de forma que corrijan o compensen las menores oportunidades de acceso, pertinencia y calidad de estos servicios que puedan tener las mujeres y los hombres para avanzar en la consecución de la equidad.
- Los servicios, para ser valorados por las y los usuarios, deben buscar activamente atender las necesidades particulares de hombres y mujeres, sin dejar de contribuir al cambio roles estereotipados, siempre en busca de una mayor equidad.
- Superar las dificultades identificadas para la transversalización del enfoque de género, tales como: registros, indicadores de resultado e impacto no diferenciados por sexo, normas y orientaciones de los programas y acciones sin mirada de género y prácticas laborales sin enfoque de género y con discriminación.

4. Aspectos éticos en el trabajo de los equipos de salud según la APS renovada

Los cambios sociales, el empoderamiento de las personas y su reconocimiento del derecho a la autonomía asociados a cambios epidemiológicos, como la mayor prevalencia de problemas de salud crónicos y mentales que se han producido en Chile en las últimas décadas, han llevado a que el quehacer del equipo de salud en atención primaria de salud sea hoy más complejo.²²

²¹ Ministerio de salud [2007]. Propuesta para una Política de Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en el Sector Salud.

²² León, F, Araya, J, Niveló, M. Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. II N°1 (Enero-Abril) 2010- Sección de Bioética Pág. 30.

El nuevo paradigma biopsicosocial que permite cuidar de la salud de las personas, las familias y las comunidades de manera más integral²³ implica que el médico y los demás integrantes del equipo de salud desarrollen competencias que permitan una atención profesional de excelencia tanto en los conocimientos y técnicas,²⁴ como en lo emocional y en lo ético. El desarrollo de estas habilidades y destrezas posibilita el actuar de cada uno de los integrantes del equipo de salud en las diversas tareas clínicas y de habilitador, articulador y educador de la salud.²⁵

La OPS en su propuesta de Renovación de la APS²⁶ plantea una matriz de competencias para los equipos de APS fundamentada en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales.

Los valores esenciales de esta propuesta son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

Figura 2. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS²⁷

²³ Ministerio de Salud. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. El Vigía. Boletín de vigilancia en salud pública de Chile; Edición especial, 2002; 5 (15).

²⁴ Pantoja T, Strain H, Valenzuela L. Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica. Rev Méd Chile 2007; 135: 1282-1290.

²⁵ Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. Med Clin (Barc) 2001; 117: 740-750.

²⁶ Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008 ISBN 978-92-75-33262-7 - Electrónico 978-92-75-32931-3 - Impreso.

²⁷ Organización Panamericana de la Salud. "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS" Washington, D.C.: OPS, © 2008. ISBN 978-92-75-33262-7 - Electrónico.

Los siguientes son los elementos de la APS Renovada en los que se basa la matriz de competencias que incluyen los conocimientos y habilidades a desarrollar. En cada uno de los elementos se sugiere además, aportar el conocimiento de los distintos principios y marcos éticos acordes a cada elemento.

Acceso y cobertura universal

Con este elemento se espera disminuir las barreras de acceso y con ello las inequidades, para lo cual se recomienda capacitar a los equipos en el principio bioético de Justicia, según el cual la equidad debe enmarcarse en la concepción de una igualdad de acceso a la asistencia sanitaria. Esta situación diferirá según el sistema de salud que rija en los diversos países y también será diferente la situación en relación con las coordenadas geográficas (proximidad o lejanía de los diferentes centros sanitarios) o con la propia formación del individuo teniendo en cuenta que a mayor preparación existirá habitualmente una mayor capacidad de acceso a los diferentes recursos sanitarios. [...]Basados en este principio parecería razonable dar a cada uno según su necesidad y en nuestro medio, en un sistema de seguridad social, si la desigualdad es inevitable proteger al más débil.^{28, 29}

Atención Integral e integrada

Su función es proporcionar a la población atención integral e integrada y longitudinalidad. Es decir, cuidados en los distintos niveles de prevención, en una red integrada de servicios y a lo largo de la vida. La Ética del Cuidado que ve a la persona con sus particularidades, supone no sólo contener la agresión o el daño, sino ocuparse anticipadamente de lo que podría ocurrir; y comprende el mundo como una red de relaciones³⁰; será un marco ético que sustente este elemento de la APS renovada.

Énfasis en promoción y prevención de la salud

La promoción de la salud y prevención de las enfermedades apela al principio bioético de Beneficencia que implica prevenir el daño o mal, evitarlo y promover o hacer el bien.

Atención apropiada

Implica atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad. Este elemento se explica en el principio de Beneficencia que no se aplica sólo a la atención clínica de salud sino que también tiene un importante papel en las políticas sociales e institucionales, que se desarrollan a partir del análisis de beneficios, costes y riesgos.

²⁸ Beauchamp TL, Childress JF. [1999]. Principios de Ética Biomédica, Barcelona: Masson.

²⁹ Tubau J, Busquets E. [2011]. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Bioética & Debat · 2011; 17(64): 1-7

³⁰ Gloria Marín [1993]. Ética de la justicia, ética del cuidado.

Orientación familiar y comunitaria

Su función es planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad. Esto tiene su explicación en la Ética del Cuidado que es más contextual. La responsabilidad del cuidado incluye a la vez al Yo y a los otros. Se debe propender al equilibrios entre el poder y el cuidado de sí misma(o) por una parte, y el cuidado de los demás por la otra.³¹

Mecanismos activos de participación

Este elemento establece facilitar y promover la participación social en salud para lograr la corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad. Esto se explicaría en el principio de responsabilidad en que el agente (de salud) y el "otro" participan de un presente común y en el que según Kant "no se precisa ciencia o filosofía alguna para saber lo que se tiene que hacer, para ser bueno y honrado, e incluso sabio y virtuoso... [El entendimiento vulgar puede] abrigar la esperanza de acertar, del mismo modo que un filósofo puede equivocarse".³²

Políticas y programas que estimulan la equidad

Permiten incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas y la participación social en la resolución de las inequidades. Para ello, creemos, ha de tenerse en cuenta las Teorías de la justicia y la regla de la oportunidad justa:

1. Teorías Utilitaristas: (quieren asegurar el máximo de utilidad social).
2. Teorías Libertarias (destacan los derechos de la libertad social y económica).
3. Teorías Comunitaristas (acentúan los principios y prácticas de justicia que se desarrollan a través de las tradiciones de una comunidad).
4. Teorías Igualitaristas (defienden el acceso igual a los bienes en la vida que toda persona racional valora).

La regla de la oportunidad justa requiere que se dé a todos una oportunidad justa en la vida cuando sufren desventajas que no está en su mano evitar.

³¹ Gloria Marín (1993). Ética de la justicia, ética del cuidado.

³² Montserrat Busquets y Jordi Caïs. La Información sanitaria y la participación activa de los usuarios. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.- N.º 13 - (2006) Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - La Bisbal Depósito Legal: GI-904-1999.

A continuación se presenta cada elemento de la APS renovada en relación con el principio o marco ético asociado que proponemos integrar.

Elemento APS Renovada	Principio / Marco Ético
Acceso y cobertura universal	Justicia, equidad en el acceso a la asistencia sanitaria
Atención integral e integrada	Ética del cuidado
Énfasis en Promoción y Prevención de la salud	Beneficencia No maleficencia
Atención apropiada	Beneficencia
Orientación familiar y comunitaria	Ética del cuidado
Mecanismos activos de participación	Ética Kantiana
Políticas y programas que estimulan la equidad	Teorías de la justicia Regla de la oportunidad justa
Primer contacto	Respeto a la Autonomía Protección al discapacitado
Marco legal e institucional	Bioética Comunitaria
Organización y Gestión óptimas	Principios materiales de Justicia Distributiva
Recursos humanos	Declaración de principios local Comités de Ética Asistencial (CEA) y de Investigación(CEI)
Recursos adecuados y sostenibles	Ética para la civilización tecnológica
Acciones intersectoriales	Principio de Responsabilidad
Emergencias y desastres	Ética Práctica Ética Utilitarista

Primer contacto

Este elemento de la APS renovada pretende favorecer la accesibilidad, la utilización de los servicios y establecer el primer contacto a través del respeto y promoción de la autonomía de los individuos, familias y comunidades. Este elemento se verá favorecido si los equipos de salud hacen suyo el principio de Respeto a la Autonomía definido como “La regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impida hacer una elección”.³³ Importante también tener en cuenta que el principio del respeto por las personas se divide en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.³⁴

Marco Legal e institucional

Pretende promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud para lo cual propugna realizar análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud. Para ello, debe crearse instancias formales que permitan una reflexión crítica, tal como un Centro de Bioética Comunitaria.³⁵

Organización y gestión óptimas

Implica aplicar prácticas adecuadas de gestión, entre las que se incluyen la capacidad de definir sistemas de incentivos y desempeño (individual y colectivo). En el Modelo de atención basado en el trabajo en equipo, este tema es de gran importancia, pues requiere de establecer sistemas claros, transparentes e idealmente consensuados. Un aporte a este logro puede ser el tener en cuenta los Principios materiales de Justicia Distributiva siguientes:

1. A cada persona una parte igual.
2. A cada persona de acuerdo con la necesidad.
3. A cada persona de acuerdo con el esfuerzo.
4. A cada persona de acuerdo con la contribución.
5. A cada persona de acuerdo con el mérito.
6. A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado, considerando un componente de regulación que evite los excesos.³⁶

³³ Armando Ortiz Pommier, Material Uso Exclusivo Docente, Master Europeo de Bioética. Instituto Borja de Bioética - Universidad Ramón Llull. El principialismo de Tom I. Beauchamp y James F. Childress. Prof. Joan Mir i Tubau:8

³⁴ El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. U.S.A. Abril 18 de 1979:3.

³⁵ Centro de Bioética comunitaria. CESFAM Cristo Vive.

³⁶ Ferrer, Jorge. Los Principios de la Bioética. Universidad Gregoriana de Roma. Noviciado Jesuita, RR, Buzón 348. San Juan Puerto Rico. 009269802:48.

Recursos humanos

Este elemento promueve el trabajar en equipo para lo cual, entre otras cosas, sus integrantes habrán de conocer y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad. Una instancia tangible para operacionalizarlo es el Comité de Ética Asistencial, que además permite dar cuenta de la obligatoriedad de cuidar de la dignidad de las personas según lo requiere el manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada y abierta.³⁷ Además de velar por el cumplimiento de la recién promulgada Ley de Derechos y Deberes en la atención de salud de las personas.

Recursos adecuados y sostenibles

Pretende un uso racional de los recursos lo que conlleva el rendir cuentas de los recursos y garantizar su sostenibilidad. Un creciente alcance del obrar colectivo, en el cual el agente, la acción y el efecto [...] por la enormidad de sus fuerzas imponen a la ética una nueva dimensión, nunca antes soñada, de responsabilidad.³⁸

Acciones Intersectoriales

Este elemento de la APS Renovada impulsa la articulación de todos los sectores para producir salud. Para ello debe identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro del proceso de intersectorialidad. Ninguna ética anterior tuvo en cuenta las condiciones globales de la vida humana, ni el futuro lejano [...] Que hoy esas cosas estén en juego exige una concepción nueva de los derechos y deberes: algo para lo que ninguna ética ni metafísica anterior, proporcionó principios, ni menos una doctrina.³⁹ Ello nos exige estar atentos y una autovigilancia en la búsqueda de nuevas soluciones éticas.

Emergencias y desastres

Dentro de este punto debe considerarse el abordaje en situaciones de emergencias y desastres. Para ello deben establecerse planes de organización para prevenir y mitigar emergencias y desastres. En estas circunstancias en que se suele realizar Triage, sería de esperar haber tenido conocimiento previo de la ética utilitarista que determina que la bondad de los actos debe calcularse en razón de la utilidad que representa y que las consecuencias de una acción varían según las circunstancias en las que se desarrolla.⁴⁰

5. Marco legal vigente

El marco jurídico vigente, es una herramienta que requiere ser bien conocida por los municipios, empleadores, trabajadores, servicios de salud, como por todos quienes requieren de ella. Particularmente, se hará referencia a dos leyes que contribuyen a la gestión de los centros de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud: el estatuto de Atención Primaria, Ley 19.378 de abril de 1995 y La ley de Autoridad Sanitaria 19.937 de febrero de 2004.

³⁷ Superintendencia de Salud. [2009] Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales.

³⁸ Hans Jonas. El principio de responsabilidad. Ensayo de una Ética para la civilización tecnológica. Herder. Barcelona. 1995:5

³⁹ Hans Jonas. "El principio de responsabilidad. Ensayo de una Ética para la civilización tecnológica. Herder. Barcelona. 1995:6

⁴⁰ Singer, Peter. Ética Practica. Ediciones Akal. ISBN 978-84-460-3069-0

El Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378); en esencia constituye un conjunto de normas, que regulan aspectos tales como; la administración, (las relaciones laborales, el sistema de remuneraciones, la carrera funcionaria, así como también normas relativas al quehacer en Atención Primaria creando incentivos a los trabajadores de la salud), el financiamiento, que regula el aporte estatal;⁴¹

Las normas sobre el financiamiento de la atención primaria

Se dispone un aporte estatal mensual a cada comuna de acuerdo a la población potencialmente beneficiaria entendida como la población inscrita (Per cápita), cuyo monto se definirá sobre la base de los siguientes criterios; las características epidemiológicas, el nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud; el conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna y; la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos (Título II, artículo 2º).

El aporte lo determinan los Ministerios de Salud, Hacienda e Interior anualmente mediante decreto fundado, previa consulta al Gobierno Regional, existiendo posibilidad de apelar (10 días hábiles desde la recepción de su notificación) y el Ministerio de Salud resolverá definitivamente dentro del plazo de 15 días contados desde la fecha de recepción del reclamo. Este mismo Decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios anteriormente señalados y el listado de prestaciones cuya ejecución concederá derecho a recibirlo". Dicho aporte se reajusta anualmente según la Ley de Presupuesto y según el aumento de la población inscrita. (Título II, artículo 2º y 3º).

Los servicios de atención primaria, son los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar (PSF), en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento.

A partir del año 2005 se inicia un proceso de medición del cumplimiento de las actividades del plan de Salud que financia el aporte estatal, para ello se definen los ámbitos a evaluar a través del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS). Este criterio es parte de otros, señalados en el artículo 49ª de la Ley 19.378 que permiten definir el aporte estatal de cada comuna, se consolida al aplicarse una serie de indicadores sujetos a evaluación cuyo cumplimiento va a dar lugar al otorgamiento del aporte estatal y/o al descuento de este.



Para profundizar en la cartera de prestaciones le sugerimos la lectura del anexo 1.

⁴¹ Ministerio de Salud, subsecretaría de redes asistenciales. [2011]. Marco jurídico de la atención primaria municipal; compilación de leyes y reglamentos. Serie de cuadernos de redes N° 37.

Normas para la administración municipal, cuyo principal aspecto se refiere al plan de salud comunal que debe realizar la comuna, el conjunto de actividades o la cartera de servicios que se ofrece a la comunidad a través de sus establecimientos, la coordinación de la red y un nuevo modelo de asignación de recursos y estímulo progresivo al aporte municipal, para los establecimientos bajo administración de esos organismos, el modelo per cápita, conforme a la población inscrita de la comuna, y que se regula mediante Decreto Supremo N° 2296 Reglamento General de la Ley 19378 se establece que:

“Las Entidades Administradoras de Salud Municipal formularán un Plan Anual de Salud Comunal, que será entendido como el programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos. Este programa contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud y deberá contener a lo menos los siguientes aspectos (Artículo N° 12)”:

1. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado, que considere las características geográficas (rural, urbana, accesos, etc.), de la población (demografía), factores condicionantes de la salud (características ambientales, económicas, socioculturales, de la atención de salud etc.), características del nivel de salud de la población.⁴²
2. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico de salud y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad).
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.

Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Asimismo en el artículo 13° se establece que el programa de salud municipal deberá considerar el programa de capacitación del personal, las actividades de educación para la salud, las reuniones técnicas, el trabajo en comunidad, la participación en comisiones locales y cualquier otra actividad que permita estimar los nuevos requerimientos y realizar las evaluaciones correspondientes. Para la elaboración de dicho programa se establece que este debe ser con la participación de los actores involucrados, “se procurará contar con la participación de los funcionarios que conforman los equipos de salud, de los establecimientos señalados en

⁴² Universidad de Chile, Dirección de Postgrado (2011). Pauta Guía para un Diagnóstico de Salud, Diplomado de Gestión de Centros de Salud Familiar, MEDICHI.

la letra a) del artículo 2º de la Ley Nº 19.378, y de los demás sectores de la comunidad o personas que se estimen necesarias” (artículo 14º).



Se sugiere la lectura del cuaderno de redes Nº 37, Marco jurídico de la atención primaria municipal.

A continuación una reseña de las leyes incorporadas con la Reforma Sectorial:

- Ley Nº 19.888: Establece Financiamientos necesarios para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno.
- Ley Nº 19.895: Establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondo de Pensiones y Compañías de Seguros. También conocida como la “Ley Corta de ISAPRES”.
- Ley Nº 19.937: Modifica el D.L. Nº 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de Gestión y fortalecer la Participación Ciudadana. “Ley de Autoridad Sanitaria”.
- Ley Nº 19.966: Establece Régimen de Garantías Explícitas en Salud, “Ley del Auge”.
- Ley Nº 20.015: Modifica Ley 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional, también conocida como la “Ley Larga de ISAPRES”.
- Ley Nº 20.584: Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud. O “Ley de Derechos y Deberes de los pacientes”. Entra en vigencia el 01 de Octubre del 2012.

Mención especial debe hacerse a la Ley de Autoridad Sanitaria Nº19937, por sus implicancias en la organización del sistema de salud público, que define a la atención primaria como el eje central del sistema de salud, señalando qué;

*“La Red de cada Servicio, se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”.*⁴³

⁴³ Ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937. (2004). Artículo 16.

CAPÍTULO II

ASPECTOS CENTRALES EN LA GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- Revisar la organización de su centro de salud en el marco del Modelo de Atención Integral de salud.
- Identificar al equipo de salud y la población a cargo como unidad básica.
- Actualizar los conocimientos de programación y planificación en red.
- Identificar las principales tareas de la programación anual.
- Reconocer la utilidad de la gestión clínica y de la calidad.
- Revisar elementos que favorecen el trabajo en red.

La gestión del Centro de Salud debe reflejar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud y permitir el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en la planificación, en consistencia con las orientaciones programáticas vigentes. La organización de los recursos persigue hacer realidad el concepto de Equipo de Salud con población a cargo, y los aspectos administrativos deben orientarse a la protección de la salud de esta población.

1. Organización del Centro de salud

Respecto a la organización de los centros de salud en el Reglamento General de la Ley 19378⁴⁴, se establece que “las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, **sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud**” (Artículo N° 11).

Al respecto se recomiendan las siguientes directrices a fin de resguardar que la organización del centro de salud sea coherente con el Modelo de Atención Integral de Salud:

- a. El eje articulador de la organización se concibe centrado en el usuario, en donde el equipo director o gestor y el equipo de salud territorial o de sector juegan un rol relevante.
- b. Respecto a la Dirección del Centro de Salud, se recomienda contar con un equipo director o gestor que asesore a la Dirección en funciones técnico administrativas y en áreas estratégicas del desarrollo del modelo de atención integral de salud. Sus integrantes son definidos por la Dirección del establecimiento, se sugiere a lo menos incorporar a las personas que cumplen funciones de jefes de sectores, asesores técnicos, encargado de promoción y participación social, jefe de SOME, entre otros.
- c. Respecto al equipo de salud, es necesario continuar avanzando desde una organización de los equipos alrededor de los programas de salud, hacia **equipos de salud territoriales o de sectores con carácter multiprofesional**, con una organización interna, que facilita la comunicación y el intercambio de experiencias, una participación real de todos sus miembros y decisiones interdisciplinarias. Para ello es necesario que los equipos territoriales o de sectores:⁴⁵
 - Consideren que su rol se desarrolla a lo menos en tres ámbitos: a) aquellas funciones que le son tradicionales e irrenunciables como es el rol asistencial. b) la participación social y comunitaria en salud, como un facilitador que contribuye a generar el proceso participativo dentro de su localidad aportando con sus conocimientos, recursos y habilidades a una tarea colectiva que comprometa a otros actores a elevar el nivel de salud de la población. c) el trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su localidad. Esto significa dejarse convocar y participar en una tarea que si bien no le es propia, requiere de su aporte específico.
 - Realicen sus funciones y actividades integradas en una programación compuesta de objetivos y tareas, en la cual cada miembro participa y asume su responsabilidad en el cumplimiento de ellas, con participación real de todos y reconocimiento del aporte de cada miembro.
 - Cuenten con un coordinador de sector, quién será el encargado de dirigir, integrar y consolidar las actividades del equipo territorial en torno a la ejecución del Plan de Salud Familiar para un territorio o sector específico de la población a cargo. Es el contacto directo entre el equipo y la Dirección del establecimiento.
 - Acuerden planes de trabajo con definición de roles, metas o tareas a realizar y calendarización de actividades, en forma coherente con la planificación general del establecimiento. Las actividades de los equipos son diversas: administrativas, promocionales, preventivas, curativas, rehabilitación, etc. Se incluyen acciones fuera del establecimiento, orientadas a la comunidad y en conjunto con ésta.

⁴⁴ Decreto Supremo: N° 2296, de fecha 23.12.1995.

⁴⁵ Gatica W., Herrera M., Llanos H. De consultorio a centro de salud familiar; Cambios en el equipo.

- Cuenten con protocolos que orienten las acciones del equipo de salud y resguarden la seguridad de la población a cargo.
- Sean resolutivos y se encuentren insertos en la comunidad, más cerca de las personas, de esta forma se espera aumentar los niveles de respuesta a las necesidades de ellos, mejorando los niveles de satisfacción y de adhesión de los usuarios a los sistemas de salud.
- Dispongan del tiempo suficiente para reunirse en forma periódica con el objeto de evaluar su plan de trabajo, analizar casos clínicos y estudios de familia, autoevaluar su grado de madurez y desempeño como equipo en la ejecución del trabajo, además de participar en reuniones recreativas o sociales, que les permita mantener un clima laboral adecuado. Los problemas se analizan al interior de las reuniones de equipo y se proponen participativamente soluciones. La frecuencia de reuniones se adapta a las necesidades del equipo y a las demandas de la población a cargo, lo que implica un gran esfuerzo en la programación de actividades de modo que se logre dar respuesta a dichas demandas y a las orientaciones programáticas.

Se sugiere que los equipos realicen un diagnóstico de situación de las reuniones que se realizan en el centro (encuesta perfil de reuniones: detectar duplicidad de tareas o la ausencia de instancias de coordinación de ellas).



Para profundizar en como efectuar un diagnóstico de las reuniones le sugerimos la lectura del anexo 2, encuesta de perfil de reuniones.

- d. Conforme la organización definida para el centro de salud se establece el organigrama, el que orienta la reorganización tanto a nivel del establecimiento, como dentro de los propios equipos de trabajo. La organización matricial, que corresponde a un órgano articulador que debe en forma simultánea responder a las normas programáticas provenientes del MINSAL y del Servicio de Salud correspondiente, y a las necesidades de salud de la población. Además, desde el punto de vista organizacional, la matriz también es útil para analizar la distribución del personal, tanto en los equipos por sector como en los asesores técnicos.⁴⁶
- e. Contar con un comité de calidad que incorpore la participación de los usuarios, promueva la implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente.
- f. Contar con un plan de capacitación continua de los equipos en temas acordes a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, que le permitan una mayor resolución y un manejo adecuado de problemas complejos.

El desafío de abordar la salud desde la concepción biopsicosocial y ofrecer una atención integral a las personas, significa una tarea hasta ahora no asumida completamente. Hacerlo significa dar cabida a cambios diversos y profundos, los que sin lugar a duda harán la tarea de los equipos de salud aún más compleja y exigente, pero a la vez, más atractiva. Consolidar los centros de salud familiar implica necesariamente fortalecer un equipo multiprofesional, que desarrolle acciones coordinadas en razón de satisfacer necesidades en salud de la comunidad asignada. Esto implica como consecuencia el impulsar el desarrollo de nuevas estrategias e instrumentos, tanto en el ámbito administrativo como en el técnico.⁴⁷

^{46, 47} Gatica W., Herrera M., Llanos H. (s/f), De consultorio a centro de salud familiar; Cambios en el equipo.

Sectorización

Implica la división territorial considerada a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, que reconoce como elementos definitorios: una superficie determinada, un número determinado de habitantes, la necesidad de identificar el equipamiento e infraestructura comunitaria y la organización de los recursos.

Se la puede considerar como una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la misma a nivel territorial.

El sector, en esencia, es un espacio territorial donde habita un conjunto poblacional (personas/familias), que constituye la “población a cargo” de un equipo de cabecera, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud.

El objetivo es lograr un trabajo con enfoque familiar en forma más directa y detallada para mejorar la calidad de vida de la población. La identificación de las necesidades, factores de riesgo y factores protectores de las familias, permitirá al equipo gestor, acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario.

Los objetivos del trabajo que se desarrolla en un sector son:⁴⁸

- Conocer el sector, identificar sus necesidades y factores de riesgo y acoger a las familias, potenciar capacidades y habilidades de las familiar y del equipo gestor.
- Fomentar y fortalecer el trabajo en red.
- Identificar y potenciar los recursos existentes en la comunidad.
- Identificar y priorizar las necesidades de los usuarios.
- Fomentar la promoción de la salud.
- Efectuar acciones de prevención, protección y rehabilitación de la salud con enfoque familiar.
- Otorgar atención de salud según demanda y controles de salud de acuerdo al ciclo vital individual y familiar, con enfoque de riesgo y anticipatorio, considerando las orientaciones vigentes.
- Garantizar la continuidad de la atención a través de equipos estables de salud.
- Potenciar capacidades y habilidades de las familiar mediante el conocimiento de las necesidades, factores de riesgo y protectores, tanto de la familia como de su ambiente cercano.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.
- Coordinar acciones tendientes a lograr las metas planteadas, en relación con los compromisos de gestión.

⁴⁸ MINSAL, Servicio de Salud del Maule (s/f) centro de salud familiar y trabajo de sector: orientaciones para una mejor y mas efectiva acción en salud con las personas, sus familias y comunidades.

Algunos criterios utilizados para efectuar la sectorización:

La subdivisión de la población en conglomerados más pequeños implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, considerando el análisis de los recursos disponibles.

Para comenzar es indispensable informar a la comunidad sobre las características del Modelo de Atención Integral de Salud, con el objeto de incorporarlos en la tomas de decisiones sobre la asignación de equipos de cabecera con población a cargo (sectorizada): informar y recibir sus opiniones, disipar dudas y temores. Una de las estrategias puede ser dividir la totalidad de la población por el número de usuarios que se estima sería conveniente por sector, luego revisar su correspondencia con las villas y poblaciones y/o los límites de las juntas de vecinos y sus factores de riesgo. A partir de esa primera aproximación es más fácil delimitar los sectores.⁴⁹ En general, puede realizarse en función de variables como: familias inscritas, variable geográfica-administrativa, que permita una acción que tenga efectos operativos; variables de riesgo biopsicosocial; recursos humanos.

Al respecto la experiencia nos indica que es de mucha importancia que la sectorización respete las áreas geográficas de las Juntas de Vecinos, ya que sus dirigentes serán claves en el proceso de participación en el trabajo en salud y en la toma de decisiones. Asimismo las variables de riesgo cobran especial relevancia al momento de sectorizar, porque facilita la programación de actividades y la asignación de recursos humanos.

Idealmente, se deberá promover una inscripción cercana al domicilio y considerar población flotante.

En el proceso se incorpora la participación de la comunidad a través de los Consejos de Desarrollo y trabajo con organizaciones sociales y comunitarias u otros que se dispongan, especialmente en la definición de las áreas territoriales con equipos de salud a cargo.

La sectorización es una gran oportunidad de participación social. La experiencia revela dificultades cuando se realiza unilateralmente sectorizaciones de tipo administrativo, sin ninguna posibilidad de participación social, así como tampoco de los equipos involucrados, dañando con ello procesos vitales para la generación de vínculos y sentido de pertenencia entre equipos y población a cargo.



Para responder algunas interrogantes que pueden surgir con respecto a la sectorización se sugiere revisar: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria [2008]. En el camino a centro de salud familiar:124

⁴⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria [2008]. En el camino a centro de salud familiar:126

2. Equipo de Salud con Población a cargo: Unidad básica del trabajo en equipo transdisciplinario

En los establecimientos de atención primaria (CESFAM, Postas de Salud Rural, Hospitales Comunitarios) el **equipo de cabecera** es la unidad básica de trabajo⁵⁰, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención.⁵¹

El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Entre las funciones de los equipos de cabecera se puede mencionar:⁵²

- realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.
- diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
- evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
- realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
- mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
- trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.⁵³ Estas necesidades implican factores biológicos, psicológicos y sociales complejamente imbricados, por lo tanto el equipo debe integrar estas tres miradas a través de la participación de profesionales del área biomédica, psicológica y social, técnicos paramédicos y funcionarios administrativos.

La Atención Primaria en Chile tiene características que permiten la integración de funcionarios profesionales y administrativos en el desarrollo de trabajo en equipo. Por un lado, ha sido pionera en la incorporación de diversos profesionales al equipo de salud como; matronas, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, odontólogos, además del médico, enfermera y técnico paramédico quienes tradicionalmente han formado el equipo de salud en otros países.⁵⁴ Por otro lado, es importante notar, que parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al trabajo en equipo. Ambas características facilitan una visión más completa e integrada de los problemas de las personas, de la realidad local y de las posibles estrategias a seguir para abordar esos problemas.

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007: 8.

⁵¹ Fabiola Figueroa Valenzuela, Rodrigo Muñoz Muñoz, Capacidad Resolutiva y Trabajo en Equipo: 6.

⁵² León A. [2012] Funciones de equipo de cabecera en Servicio de Salud Araucanía Norte [2012] Fortalecimiento continuo del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario.

⁵³ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007:10.

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007: 11.

Para hacerse cargo de la salud de su población, se recomienda que el trabajo del equipo cumpla con criterios de:

- **Alto desempeño:** las competencias de los individuos se potencian y se logra un resultado sinérgico, que es más que la sumatoria de sus partes.
- **Transdisciplina:** con la participación de las distintas disciplinas y saberes que interactúan en **un mismo espacio y tiempo** en forma de discusión abierta y de diálogo, aceptando cada perspectiva como de igual importancia (la de los profesionales, los no profesionales y la comunidad) y relacionándolas entre sí, para crear una visión compartida de la realidad más completa e integrada, para el abordaje de la salud de la población a cargo.
- **Gestión del conocimiento:** se basa en el **aprendizaje organizativo** que se genera cuando las personas comienzan a trabajar en equipo y se constituye en la principal instancia docente de la organización. Es decir, es un medio para que el Centro de Salud aumente la capacidad de resolver eficientemente problemas cada vez más complejos.^{55, 56}
- **Autocuidado del Equipo:** Considera actividades para el abordaje compartido de tareas y el fortalecimiento de la identidad del equipo, **para disminuir** los niveles de ansiedad y burnout relacionados con el quehacer laboral.⁵⁷ Cada equipo puede diseñar sus propias estrategias.
- **Investigación:** realizar proyectos de investigación que surjan a partir de la situación de salud de la población a cargo.

En las Orientaciones para la planificación y programación en red⁵⁸ se recomienda incorporar las reuniones de equipo de cabecera en la programación anual del Establecimiento.

Consideraciones para la programación de Reuniones de Equipo

- Tiempo: se sugiere un mínimo de 1 hora 30 minutos semanal.⁵⁹
- Lugar: espacio protegido adecuado para la cantidad de participantes del equipo.
- Participantes: profesionales, técnicos y administrativos involucrados en el proceso de atención de las personas.
- Disponibilidad de información: Ficha Clínica, encuesta familiar, recursos informáticos en red.
- Aspectos éticos: el Consentimiento informado y la confidencialidad se resguardarán de acuerdo a la Ley de Deberes y Derechos de los usuario (Ley 20584 vigente desde el 1 de octubre de 2012).
- El equipo de salud debe definir los criterios para identificar al profesional que se hace cargo de cada caso.
- Registro: Actas, estadística de la actividad (REM y otros) y ficha clínica.

⁵⁵ Fabiola Figueroa Valenzuela, Rodrigo Muñoz Muñoz, Capacidad Resolutiva y Trabajo en Equipo: 4.

⁵⁶

⁵⁷ Gómez, R. [2004] El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 90.

⁵⁸ Ministerio de Salud 2012. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red: 55.

⁵⁹

La reunión del equipo de sector es, entonces, la estrategia donde se planifican y coordinan las actividades que explicitan los principios del Modelo, de forma integral y a largo plazo, trabajando con los equipos de apoyo.

A continuación se revisará el proceso de cambio de consultorio a CESFAM, sistematizado a lo largo de seis años, en base a libro de actas por el equipo de salud del CESFAM de Tirúa.

CONSTRUYENDO LA HISTORIA A PARTIR DEL LIBRO DE ACTAS DEL EQUIPO GESTOR.

Autora: Ingrid Perlo Bryett, Matrona CESFAM Isabel Jiménez, Tirúa

Tutora: Patricia Pérez Wilson, Psicóloga, Facultad De Medicina, Universidad de Concepción

Esta experiencia se realiza en la comuna de Tirúa (“lugar o territorio de encuentros o reuniones”, en lengua mapuche), ubicada en la provincia de Arauco, VIII región. Su población aproximada es de 10.600 habitantes (población rural 74%⁶⁰, y población mapuche 39,9%⁶¹). El sistema de salud local es de dependencia municipal y lo conforman un Centro de Salud Familiar (CESFAM), un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), cinco postas de salud rural y dos estaciones médico rurales. El hospital base de derivación se encuentra ubicada en la ciudad de Cañete (distante a 67 kilómetros).

A partir de finales del año 2006, nuestro consultorio inició el proceso de transformación hacia centro de salud familiar. Sin embargo, el primer acercamiento con experiencias de trabajo en esta área se dio en el contexto de las pasantías internacionales y diplomados en Salud Familiar, elementos importantes en la consolidación del modelo. Es en este proceso de implementación del modelo donde se da la oportunidad para realizar nuestra Buena Práctica: contar desde el inicio del proceso con un libro de actas del equipo gestor donde está el registro de seis años de camino, material e información valiosa que el equipo gestor 2012 consideró importante utilizar para reconstruir la historia de su proceso de transformación.

Los objetivos se orientaron a: – Reconocer y validar la implementación de un libro de actas del equipo gestor como sistema de registro continuo que da cuenta del proceso histórico de la implementación del modelo de salud familiar en nuestro CESFAM. – Establecer aspectos relevantes en el proceso de transformación de consultorio a Centro de Salud Familiar, identificando elementos históricos, facilitadores, obstaculizadores y de contexto que han influido en este proceso.

DESCRIPCIÓN:

En la tarea de transformarnos en un centro de salud familiar (2007) fue necesario avanzar en el cumplimiento de tres etapas que dan cuenta del nivel de desarrollo alcanzado en el cambio de modelo: a) motivación y compromiso, b) desarrollo y c) fortalecimiento. Es en la primera de ellas donde aparece la formación de una nueva estructura llamada Equipo Gestor, que es el encargado de asumir la conducción del proceso de transformación. La primera decisión fue la implementar un libro de actas

⁶⁰ Censo 2002.

⁶¹ Encuesta nacional de Caracterización Socioeconómica. Casen 2006.

que se ha mantenido vigente desde agosto del año 2007 hasta hoy día (agosto 2012), dando cuenta de un total de 83 actas durante este periodo.

La **metodología** utilizada consistió en reconstruir la historia intentando dar respuesta a las siguientes preguntas:

- » ¿Con que frecuencia se reunían?
- » ¿Quiénes formaban parte del equipo gestor?,
- » En relación a los acuerdos ¿Estos eran respetados?
- » ¿Cuáles eran los temas prioritarios y cuales aparecen invisibilizados?,
- » ¿Cuáles fueron los principales hitos en los años considerados en esta experiencia?
- » ¿Cómo ha sido el proceso de acompañamiento del equipo del servicio de salud?
- » ¿Cómo hemos venido utilizando este instrumento y como podríamos potenciar su utilización?.

En relación a la **frecuencia de reuniones**, éstas comenzaron siendo una vez al mes el año 2007 incrementándose en los años posteriores, a excepción del año 2009 (solo 3 veces en el año). Esto podría explicarse porque este año se produjo un cambio en la administración municipal, generando un periodo de restructuración en el equipo. Es importante reflexionar ¿cómo influye el contexto político en que se mueve la administración municipal y por ende las direcciones de los establecimientos de salud municipal en la permanencia de los equipos gestores y en la continuidad o retroceso de los procesos?

Respecto de los **integrantes del equipo gestor**, la conformación de los equipos esta dada mayormente por profesionales de la categoría B (enfermeras, asistentes sociales, matronas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos). En el año 2010 se incorporan profesionales odontólogas (en la dirección del establecimiento y la coordinación del equipo gestor). A ellas se suman sociólogos y educadoras de párvulos, que han aportado con su compromiso y experticia en parte de este periodo. Cabe preguntarse ¿Que rol juega la rotación de profesionales en los sectores rurales con la continuidad del trabajo comenzado?

Sobre el **cumplimiento de los acuerdos**, en general los relatos de las actas tienen la siguiente estructura: Lista de asistencia; Lectura del acta anterior; Desarrollo de la reunión; Acuerdos o temas pendientes, responsables. En la mayoría de los casos se registra el **incumplimiento** del acuerdo asociado esto siempre con un responsable, pero no se registra el reconocimiento al cumplimiento (refuerzo positivo). En la construcción del relato del acta, cada coordinador deja una **impronta**: al asumir el liderazgo del proceso imponen su ritmo de trabajo, sus exigencias, y las características del registro. Se incorpora la tecnología al servicio del relato (presentaciones en power point, fotografías, correos electrónicos.). Llama la atención que no se visibiliza el rol que cumple la secretaria de dirección en el buen desempeño de los equipos, por lo que surge la inquietud de incorporarla como un actor estratégico especialmente en lo referente al resguardo de la información.

En cuanto al **rol del Servicio de Salud en el proceso de acompañamiento**, en un principio del proceso la contraparte del servicio era solo una funcionaria, lo cual para el equipo local significaba falta de involucramiento de los niveles directivos, sumado a una visión parcializada y contradictoria

de los temas de la atención primaria: promocionando los equipos de cabecera y simultáneamente fortaleciendo y financiando programas de salud atomizados, sin una visión integral y eminentemente biomédicos. Una señal importante desde la dirección del Servicio ha sido que quien lidera el proceso de transformación del modelo es también quien lidera la estrategia de atención primaria, con decisiones técnicas y financieras que permiten el abordaje integral del proceso y con equipos directivos técnicos fortalecidos, conocedores y comprometidos con el Modelo.

Respecto de los **temas prioritarios y los invisibilizados**, se observa que en el 2007 la totalidad de las reuniones eran de índole administrativo (falta de insumos, problema de los vehículos, coordinación de rondas, etc.) Porcentaje que ha disminuido gradualmente al irse posicionando como eje central de las reuniones los temas del modelo. Incluso en el acta del 18 de enero del año 2010 se registra “ el equipo coincide en que las reuniones deben basarse únicamente en el ámbito de la salud familiar y que los demás temas deben tratarse en reuniones de jefes directos y/o reuniones generales”. A continuación temas prioritarios abordados por año:

Año 2007: a) CONFORMACION EQUIPO GESTOR. PRIMERA SECTORIZACION: se basa en la capacidad del equipo (oferta) para formar los equipos de cabecera, fracasa este intento porque no se respetaron los límites territoriales ni organizacionales de los sectores. b) Construcción de la VISION y MISION del “consultorio”.

Año 2008: a) evaluación y reformulación de la sectorización, se basa en las características territoriales del sector validando y reconociendo el trabajo ya avanzado de las postas de salud rural en temas del modelo: conocimiento de su población, trabajo con carpetas familiares, trabajo y coordinación con la comunidad. b) Se conforman los equipos de cabecera de los tres sectores. c) Comienza la sectorización del SOME. (Aplicación del tarjetón familiar a la población a cargo y transformación de fichas individuales a carpetas familiares). c) Elaboración de diagnósticos participativos. d) Se constituye el equipo transversal que agrupa todos los servicios de apoyo. e) Se posiciona la propuesta de salud intercultural: Trabajo con la coñilchebe (partera), con los nütamchebe (componedores) y con los lawentuchebe (conocedor de las hierbas medicinales). e) certificación del consultorio como CESFAM. (diciembre del 2008).

Año 2009: Se constituye nuevo Equipo Gestor y se trabaja en la reestructuración del nuevo equipo de trabajo.

Año 2011: a) Implementación de los estudios de familia en los tres sectores. b) Se inicia la clasificación de riesgos de las familias. c) Comienza la construcción de los mapas epidemiológicos. d) Diseño del sistema de selección de la demanda. e) Se trabaja en la confección de las funciones de los integrantes de los equipos de cabecera. f) Mesa de derivación a Machi. g) Elaboración de la cartera de servicios. h) Primeras jornadas de buenas prácticas.

Año 2012: a) Se conforma un Equipo Auditor como iniciativa de un grupo de diplomadas, con el objetivo de auditar la calidad en la aplicación de instrumentos de registro, tarjetones familiares y hoy se están auditando las tarjetas de control prenatal y el tarjetero de niño sano. b) Conformación del comité paritario. c) Elaboración de los diagnósticos comunitarios de salud de los cuales se desprende

la orientación del trabajo de los sectores para los próximos 4 años .Es el principal insumo para la elaboración del PLAN DE SALUD COMUNAL. d) Reconstrucción de la historia mediante el análisis del libro de actas del equipo gestor (2007-2012).

Reflexiones finales:

El libro de actas, nos permitió reconstruir el proceso histórico principalmente en el ámbito cuantitativo. Sin embargo, al avanzar en el proceso de análisis nos surgió la necesidad de acudir a otra fuentes de información (libros de actas de cada sector, archivadores con documentación oficial que da cuenta de la evidencia del cumplimiento en cada etapa de desarrollo) para una comprensión más acabada del proceso.

Nos parece importante la constatación de que no hay registro del proceso vivido por el equipo en el ámbito de las emociones (sensaciones, reconocimiento, retroalimentación), lo que aparece como un desafío a tener en cuenta en el futuro, como también la necesidad de protocolizar la forma de relatar el proceso vivido en las reuniones del equipo gestor, por lo que pensamos que en el futuro podríamos hablar más que de un **"libro de acta"**, de **"bitácora o diario de vida"** del equipo.

Finalmente, consideramos que fortalece a los equipos el ejercicio de intentar sistematizar sus procesos, su caminar, reconocer sus logros y aprendizajes, reconocer y enfrentar sus debilidades y obstáculos. **RECONSTRUIR LA HISTORIA NOS HIZO CRECER.** Por esta razón la recomendamos como BUENA PRACTICA.

3. Planificación y Programación

La planificación y programación es un proceso que permite orientar el trabajo de los equipos de salud en función de las prioridades nacionales fijadas a partir de los objetivos sanitarios y de la priorización de problemas resultante del diagnóstico participativo de salud local (revisar capítulo IV)

3.1. Planificación y programación en red

La planificación y programación en red es un proceso que permite que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados terminales, a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. Es un proceso que debe ser liderado por el gestor de red para enfrentar de manera coordinada y resolutive las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local.

La importancia de Programar en Red, se debe fundamentalmente a tres aspectos: los problemas y necesidades de la población son ilimitadas y los recursos escasos, los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo y por último, las acciones de salud son, por naturaleza, complejas.⁶²

El estudio de Kerr White y colaboradores, plantea que de un total de 1000 personas estudiadas en un periodo dado, 750 se sintieron enfermos, de estos, 250 consultaron a médico, 9 ingresaron al hospital, 5 requirieron evaluación por especialista y solo una necesito ingresar a un hospital de mayor complejidad.⁶³ Estos hallazgos, se refuerzan con los estudios de Bárbara Starfield que evidencian que los países que han fortalecido la atención primaria tienen mejores resultados sanitarios, con menores costos y mayor equidad en salud.⁶⁴

Consistentemente con esta evidencia, la Reforma Sanitaria chilena ratifica a la Atención Primaria; como eje del Sistema de Salud, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, siendo la principal puerta de entrada hacia la Red Asistencial; como espacio de cuidado continuo, maneja y resuelve un alto porcentaje de la demanda y origina el proceso de referencia y contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos- terapéuticos y la hospitalización.

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un proceso de diseño y/o rediseño de la Red de los Servicios de Salud, en donde la oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/o procedimientos y derivaciones.



Se recomienda revisar "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, octubre 2010.

⁶² Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2012]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red:51.

⁶³ White K, Williams F, Greenberg B. [1961]. The Ecology of Medical Care The New England Journal of Medicine, 2: 265:885-892.

⁶⁴ Starfield, B. (1994) Is primary care essential? Lancet, 22(344):1129-1133.

En el marco de la programación en red, cobra especial relevancia el Plan de Salud Comunal, que al momento de programar, considera plazos relevantes los cuales están establecidos en la ley 19.378 y que se resumen a continuación

Actividades/Año	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
a) MINSAL comunica orientaciones.	10			
b) Entidad administradora fija dotación.	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud.		10		
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación.		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva.		10(*)		
f) Alcalde remitirá el Programa Anual de Salud Comunal que incluye el plan de capacitación y estará enmarcado en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y la fijación de la dotación con la aprobación del Concejo municipal al Servicio de Salud.			30	
Actividades/Año	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
d) Servicio de Salud entrega observaciones al Alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud (10 días hábiles contados desde su recepción).			30	10(*)
e) entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30

(*): Contados desde la recepción

Asimismo, conforme se señala en las orientaciones para la planificación y programación en red, resulta relevante incorporar los tiempos necesarios al momento de programar para.⁶⁵

- Reuniones de equipo sobre el estado de desarrollo y generar estrategias de avance en cuanto Modelo, entre otras.
- Reuniones clínicas de los Equipos de Cabecera para analizar casos de familia.
- Reuniones de consejos técnicos.
- Reuniones clínicas de la red en la cual se encuentra inserto el establecimiento.
- Capacitaciones del equipo.
- Actividades con la comunidad durante todo el ciclo del proceso de planificación local participativa y en la implementación de estrategias de participación social y ejercicio de derechos.



Para profundizar en el plan de salud comunal le sugerimos la lectura de las orientaciones para la planificación y programación en red.

⁶⁵ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2012]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2012 :56-57

3.2. Planificación y programación sectorizada

La planificación del Centro de Salud es una actividad fundamental para la programación y ejecución del trabajo de los equipos y exigible conforme a la Pauta de Certificación de Centros de Salud Familiar vigente, para Centros de salud primarios de nivel medio-superior y superior.

La metodología propuesta para llevarla a cabo es la planificación estratégica, la cual suministra los lineamientos y límites para la planificación operativa y programática, en donde los tres tipos de planificación se entrelazan. Una administración efectiva debe tener una estrategia y operar en el nivel cotidiano.

Figura 3. Tipos de planificación

Tipo de planificación	¿Para qué sirve?	¿Qué se obtiene?
Estratégica	Exige a la organización precisar lo que quiere ser y hacer	Visión, Misión. Análisis FODA y objetivos estratégicos
Programática	Establece las tácticas de cómo se obtendrán los objetivos estratégicos	Estrategias, tácticas, resultados e indicadores de impacto
Operativa	Establece las actividades que se deben alcanzar en el corto plazo	Actividades, tareas, responsables, costos, metas y cronograma

La planificación estratégica, debe realizarse a nivel de Servicio de Salud, comunas y establecimientos. Los elementos centrales a considerar para que cumpla con los criterios mínimos de su definición se reseñan a continuación:

a. Visión

A la visión le atañe el futuro, los valores y fundamentos de la acción que se desean para el establecimiento. Es a largo plazo, 10 a 15 años

¿Cómo se redacta la Visión? debe ser planteada en forma positiva pero real. La visión puede tener más amplitud que la misión, conteniendo aspectos que permitan a la población beneficiaria identificar lo que pueden esperar del establecimiento. No es conveniente reiterar funciones de la misión, ni tampoco incluir mejoras en la infraestructura.

Elementos que no deben faltar

- Los valores del establecimiento.
- La percepción que quiere el establecimiento para su futuro.
- Establecer los deseos del establecimiento, haciéndolos propios dentro de la organización.
- Cerrar el círculo comunicacional que enmarca la visión y los valores que se quiere entregar a la población beneficiaria.

b. Misión

Preguntas claves: ¿Quiénes somos?, ¿Qué hacemos?, ¿Para quiénes?

La misión es una representación del “deber ser” del establecimiento, define su “quehacer”, los bienes, servicios y funciones principales que entrega y que la distinguen. Es a mediano plazo 5 a 6 años.

Una buena elaboración de la Misión debe poseer al menos:

- Propósito del establecimiento.
- Servicios que entrega.
- Identificación de la población beneficiaria.
- Efecto a lograr en la población beneficiaria.

No son elementos constituyentes en una misión los productos intermedios, los beneficiarios internos del establecimiento y los mejoramientos de infraestructura.

c. Análisis de Escenario (interno/ externo)

Diagnóstico y análisis situacional, identificación de actores relevantes, tipificación de aliados y oponentes e identificación de recursos críticos. Una herramienta muy utilizada es el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

		ANÁLISIS EXTERNO	
		Oportunidades 1. ... 2. ... 3. ...	Amenazas 1. ... 2. ... 3. ...
ANÁLISIS INTERNO	Fortalezas 1. ... 2. ... 3. ...	Estrategias Ofensivas POTENCIALIDADES	Estrategias Defensivas DESAFIOS
	Debilidades 1. ... 2. ... 3. ...	Estrategias Adaptativas RIESGO	Estrategias de supervivencia LIMITACIONES

d. Objetivos estratégicos

Preguntas claves: ¿Para dónde vamos? ¿Qué resultados queremos lograr?

Aluden a los cambios, modificaciones o efectos que se espera lograr en el mediano o largo plazo. Para su construcción, se vinculan las fortalezas del sector interno con las oportunidades y amenazas del sector externo.

Los objetivos estratégicos son la herramienta principal para las acciones que se propongan en un plazo determinado, en general, para un periodo de 2 a 3 años. Deben tener una relación estrecha con la misión y definir resultados exactos en un período de tiempo.

¿Cómo se redactan los objetivos estratégicos?

- Se debe señalar el logro o transformación que se espera implementar, ej: mejorar la garantía de seguridad y trato al usuario.
- Excluir en la redacción terminología asociada a palabras como "Contribuir", "Fomentar", "Procurar".
- Tener respuesta a problemas relacionados con el cumplimiento de la misión y a las expectativas que ponen los usuarios en la aplicación de los programas a ejecutar.

A partir de estos elementos se puede definir la **Planificación Programática** se elabora a través de estrategias que facilitan alcanzar las metas que el establecimiento adopta y proporcionan los fundamentos para la correcta toma de decisiones. Para la consecución de los objetivos propuestos se debe conocer el nivel de desempeño (metas) y de qué forma se van a medir (indicadores). Una vez establecidas las metas y los indicadores se establecen los cursos de acción para alcanzar los resultados que se esperan. El conjunto de acciones que el establecimiento define para alcanzar los resultados, permite dinamizar el cierre de brechas que existen desde la situación actual a la situación deseada.

Preguntas claves: ¿Cómo logramos los objetivos y resultados esperados?

Es así como, la planificación programática incluye las estrategias que permiten lograr los objetivos planteados (priorizados). Para seleccionar las estrategias más eficientes, se sugiere realizar un análisis del problema en todos los niveles de prevención, a lo largo del ciclo vital, cuantificando la magnitud de población que sería necesario intervenir (información de censos) y el número y tipo de prestaciones que requeriría programar.

A continuación se muestra un ejemplo que pretende abordar el problema de la obesidad en las distintas etapas del ciclo vital en una población determinada.

Figura 4. Ejemplo de estrategias de abordaje de la obesidad en población a cargo por niveles de prevención y ciclo vital

Niveles prevención Ciclo vital	PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)	PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)	PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)	PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)
GESTANTE Nº total Nº obesas	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en control prenatal(*)	Control maternal, medición, derivación oportuna (*)	Derivación a Control Nutricional en caso de obesidad(*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)
INFANTIL Nº total Nº obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en jardines y colegios(*)	Control de salud infantil, medición periódica, derivación oportuna(*)	Ingreso a control nutricional, trabajo con intersector para cambio de hábitos: alimentación y actividad físico(*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)
ADOLESCENTE Nº total Nº obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en colegios. Kiosco saludable(*)	Control de salud del adolescente, derivación oportuna(*)	Ingreso a control nutricional, trabajo con el intersector: escuelas, clubes deportivos(*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)
ADULTO Nº total Nº obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, intersector: trabajo, juntas de vecinos, clubes deportivos(*)	Control de salud del adulto, derivación y exámenes periódicos(*)	Ingreso a control nutricional, derivación a programa cardiovascular si corresponde. Trabajo con familia y puesto de trabajo(*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)
ADULTO MAYOR Nº total Nº obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, intersector: juntas de vecinos, clubes adulto mayor(*)	Control del salud del adulto mayor, derivación y exámenes periódicos(*)	Ingreso a control nutricional, derivación a programa cardiovascular si corresponde. Trabajo con familia y puesto de trabajo(*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)

(*)En cada una de las casillas se sugiere cuantificar el total de personas posibles de intervenir.⁶⁶

Una vez definidas las estrategias a utilizar para abordar los objetivos estratégicos planteados, se realiza la **Planificación Operativa**, la cual se compone de todos los planes de acción que sean necesarios para cumplir las estrategias planteadas en la Planificación Programática. Debe incluir tareas, metas, indicadores, recursos, plazos y responsables.

A partir de esta planificación se origina la Programación de Actividades que se realiza habitualmente en los Centros de Salud, con un plazo de ejecución habitualmente breve (anual).

⁶⁶ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales [2012]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red.

Figura 5. Formato Programación de actividades

Misión			
Objetivos estratégicos			
Estrategias			
Pasos a seguir	Responsable	Plazos	Recursos necesarios



En anexo 3, revisar programación de actividades sectorizada y por ciclo vital.

A modo de síntesis de éste acápite, la figura siguiente resume por tipo de planificación los elementos relevantes.

Figura 6. Elementos relevantes según tipo de planificación

4. Gestión clínica

La gestión clínica como estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los resultados del trabajo diario en los centros de salud, resulta relevante en la implementación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, modelo que promueve la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad. Es difícil entender la gestión clínica como una responsabilidad exclusiva de los profesionales, es necesaria una implicación tangible de la Dirección como facilitadora (de información, tiempo y recursos) y garantizadora de los derechos de ciudadanos y profesionales.

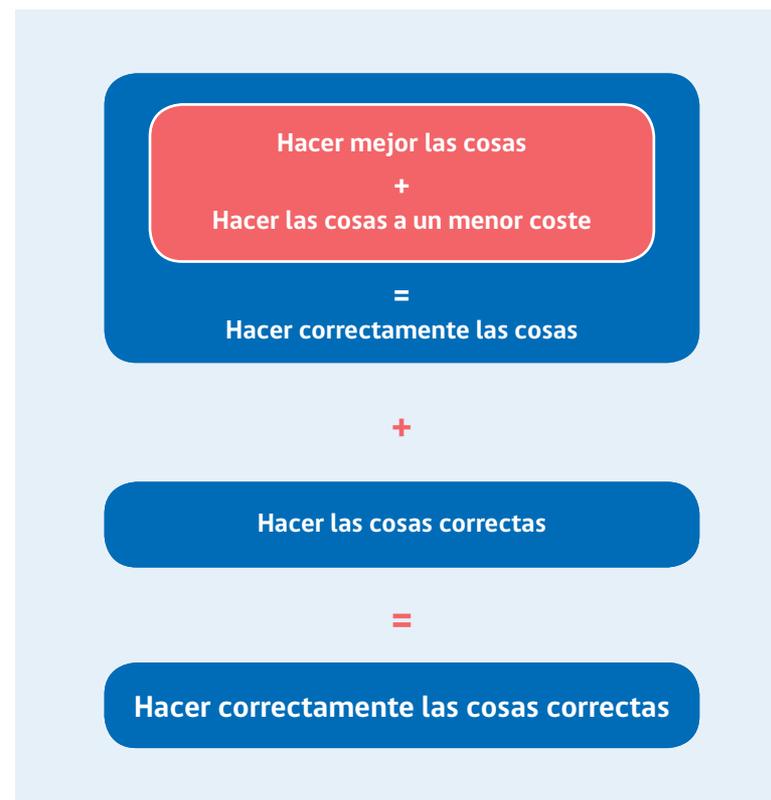
4.1. Definición de Gestión Clínica:

Se define como “todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes”.⁶⁷

Es el uso del conocimiento clínico, desde la perspectiva global del centro de salud, para optimizar el proceso asistencial, para proporcionar el servicio requerido y para gestionar el tiempo asistencial, tanto de la persona, familia, comunidad; es la magnitud ética y clínica de la eficiencia.⁶⁸

En síntesis, es la principal herramienta de la gestión sanitaria para mejorar continuamente la **calidad del cuidado** de los usuarios, desarrollar la capacidad de mantener **altos estándares de desempeño y de seguridad en la atención**.

Desde el punto de vista fundamentalmente asistencial, el enfoque de gestión clínica recogido en este acápite, está orientado a ayudar, a los equipos de salud, a recorrer el camino que, esquematiza la propuesta “de hacer” gestión clínica.



⁶⁷ Servicio Andaluz de Salud. 2000. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria, Plan estratégico. Sevilla: 6.

⁶⁸ Cosialls, D. 2000. Gestión Clínica. Rev. Administración Sanitaria Volumen IV. Número 16. Octubre/Diciembre 2000: 125.

Gestión Clínica para el desarrollo de:⁶⁹

1. Los profesionales: coloca el liderazgo de la toma de decisiones clínicas del profesional, con el máximo respeto hacia las necesidades y preferencias de sus pacientes.

Hacer Gestión Clínica, permite integrar la tarea asistencial con la docente e investigadora, desde el momento que es una herramienta capaz de concretar la selección, implementación y evaluación de intervenciones con apoyo de algoritmos y protocolos clínicos basados en la evidencia; y, de comparar los resultados de intervenciones específicas sobre amplios grupos de población y en contextos organizativos similares y/o diferentes. Permite explotar simultáneamente el proceso de decisión clínica en la triple vertiente: asistencial-docente-investigadora.

2. Los centros de salud; permitiendo que conforme su misión, la gestión clínica le permite seguir evolucionando, configurándose como una organización de conocimiento y de servicio abierta a la comunidad, que incentiva el cambio del rol de los profesionales y directivos que lideran el proceso.
3. Los usuarios; permitiendo que asuman activamente su capacidad de expresión, su capacidad de decisión, con una asistencia más cercana, más informada, oportuna y de calidad.

En la toma de decisiones de cada miembro del equipo de salud es donde realmente se produce la gestión, se ordena el gasto, se genera la calidad y se propicia o no la satisfacción del usuario. Por lo tanto, gestionar implica:⁷⁰

- Tomar decisiones.
- Llevar a cabo acciones para traducirlas a la práctica.
- Recoger información.
- Controlar sus resultados versus los previstos.
- Adoptar una nueva decisión si lo obtenido no coincide con lo esperado.

4.2. Factores que posibilitan el éxito de la gestión clínica:

- Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente.⁷¹
- Implicar a los profesionales del centro de salud en la gestión de los recursos.
- Impulsar una nueva forma de trabajo, basada en la gestión de procesos, la auto evaluación y la mejora continua de los mismos.
- Analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios.
- Dotarse de la funcionalidad de control de gestión adecuada, con un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión sobre los recursos para el logro de los objetivos: infraestructura, tecnología, insumos, fármacos, profesionales.
- Incorporar la participación de todo el equipo de salud, de acuerdo al rol de cada uno de ellos, su formación, su competencia y sus intereses.

⁶⁹ Servicio Andaluz de Salud. 2000. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria, Plan estratégico. Sevilla: 19-20.

⁷⁰ Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, Departamento de Atención, Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile. Capacitación en introducción a la gestión clínica. Enero 2010.

⁷¹ Ayarza (s/f) Importancia del modelo de gestión en los proyectos de inversión, consultado el 29 diciembre 2007.

4.2.1. Herramientas de la gestión clínica:

- Medicina basada en la evidencia.
- Epidemiología Clínica.
- Guías de práctica clínica, Protocolos y flujogramas de procesos clínicos.
- Sistemas de Información: para la gestión integral de la actividad asistencial, para la evaluación y mejora de la calidad.
- Autoevaluación, medir y mejorar la práctica asistencial. Rediseño y gestión de procesos: Identificación de procesos clave, establecimiento de Objetivos Estratégicos para el proceso, nombramiento del gestor y formación del grupo de trabajo, análisis del proceso, propuesta de mejora, diseño de los sistemas de información, evaluación y monitorización.
- Auditorías clínicas.
- Notificación oportuna de eventos adversos.
- Reuniones de análisis de casos.

4.2.2. Principales pasos a seguir en la Gestión Clínica

1. Lo primero en la gestión clínica es la identificación de sus usuarios (externos-internos), conocer cual es el servicio esperado por las personas, familiar y comunidad del centro de salud.
2. Identificar el problema o brecha que se quiere gestionar.
3. Reconocer la cartera de servicios del Centro y procesos asociados (productos finales e intermedios, protocolos).
4. Identificar los recursos disponibles (humanos, tecnológicos, insumos, infraestructura).
5. Determinar el nivel de actividad actual.
6. Estimar producción potencial.
7. Definir y explicitar la cartera de servicios y nivel de producción acorde con las necesidades de los usuarios y recursos disponibles. Es decir necesidad, expectativa, información y tiempo.
8. Evaluar los procesos e implementar el mejoramiento continuo de los mismos.
9. Seguimiento y evaluación de los procesos.
10. Definir y evaluar Indicadores centinelas.
11. Auditorías de procesos.
12. Seguimiento de casos.
13. Cuenta de resultados obtenidos medidos en oportunidad, puntualidad, empatía, cortesía, sensación de profesionalidad, conocimiento, habilidades, confianza y seguridad.
14. Costos unitarios.
15. Encuestas de satisfacción usuaria.

En síntesis, la gestión clínica permite avanzar en la calidad de los servicios otorgados por el centro de salud con:

4.2.3. Definición de Calidad

Se puede afirmar que el concepto de calidad es complejo y que por ello no existe una definición universalmente aceptada, ya que la misma representa un concepto multifacético y subjetivo que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: "calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad"⁷² de manera de hacer operativo el concepto.

Desde un punto de vista técnico la calidad puede tener dos significados:⁷³

- Las características de un producto o servicio, basado en su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.
- Un producto o servicio sin deficiencias.

Algunas de las definiciones más significativas citadas en la literatura son:

Para el Dr. Avedis Donabedian [1984], la calidad consiste en *"Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican con su cosmovisión y formación académica"*.

W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total, resumía la calidad como, *"Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato"*.

Como se ha mencionado, no hay una única definición, y cada una de las existentes en la literatura, conlleva una serie de variables, características o dimensiones que deberán cuantificarse, de modo que las Instituciones de salud, conjuntamente con sus profesionales, utilicen el concepto de calidad de forma particular. La mejor definición de calidad es aquella que se realiza en el propio establecimiento y en la que participa en su confección, el equipo de salud. Sin embargo, es aconsejable hacer un repaso de las aportaciones de distintos autores y organizaciones al concepto de calidad.

En síntesis, la calidad es un concepto dinámico, en constante evolución.

Es un concepto multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto, a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.

La Calidad no solamente esta ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio.

Motivaciones para explicitar la calidad de la atención:

Existen diferentes motivos que implican a los equipo de salud en asegurar y mejorar la calidad de las prestaciones y que se analizan a continuación:

⁷² Vouri, H.V. El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson S.A. y SG Editores S.A., Barcelona.1988.

⁷³ American Society for Quality. 2000.

Aspectos éticos:

Aunque los aspectos éticos de la calidad fueron abordados con más detalle en el capítulo I, punto 5, cabe reseñar que todas las profesiones sanitarias se fundamentan en actuar de forma adecuada para satisfacer las necesidades de cada individuo al que atiende. Por lo tanto, es preciso analizar cuánto ha sido, en términos reales, el beneficio alcanzado para cada grupo de individuos asistidos.

Por otra parte, el sucesivo desarrollo y empleo de nuevas tecnologías obliga a conocer el riesgo sobreañadido que esto supone a un proceso patológico y al que se ven sometidos los pacientes, donde los procesos diagnósticos, terapéuticos son de gran complejidad. El personal sanitario tiene que valorar dicho riesgo, actuar para MINIMIZARLO, prevenir errores y/o complicaciones que serán precisos analizar.⁷⁴

Garantizar la atención oportuna, en tiempo real y a toda la población que lo precise, también se fundamenta en la actitud ética que debe regir la actividad profesional, ofreciendo al usuario la posibilidad de recibir la información que precise, en un lenguaje comprensible para que pueda participar activamente en la recuperación óptima de su salud.

Aspectos legales: marco legal de la calidad

El marco legal y normativo de la calidad se fundamenta principalmente en la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (2004), que define que el Ministerio de Salud debe establecer estándares, definir sistemas de acreditación, certificación de especialidades y protocolos de atención, que garanticen la calidad y seguridad de la atención de salud:

“Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones” (Artículo 4º, letra 11).

“Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones” (Artículo 4º, letra 12).

Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud (Artículo 4º, letra 13).

⁷⁴ Rodríguez, M., García, E., Fernández, J.

“Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud”(Artículo 4º, letra 14).

Asimismo, en la Ley 19.966 de Garantías Explícitas en Salud, se establece la “Calidad” como cuarta garantía, la cual se entiende otorgada cuando el prestador esta acreditado.

Eficiencia:

Finalmente, el entorno de limitaciones presupuestarias imperantes en todo el mundo, obliga a una reflexión sobre la necesidad de garantizar el empleo adecuado de esos recursos disponibles. Por tanto, al hablar de eficiencia en el empleo de los recursos, se hace referencia a poder ofrecer la mayor cantidad posible de servicios de alta calidad, al menor costo posible. Los servicios inadecuadamente prestados, por innecesarios o por sobreutilización, además de ser una actuación injustificada y poco solidaria para con el resto de la población, son ineficaces y contribuyen a aumentar el riesgo en los pacientes.⁷⁵

4.2.4. Dimensiones de la Calidad

Una vez analizado los diferentes conceptos que sobre calidad existen en la literatura científica, el lector deducirá que la calidad no es un concepto único, sino que se configura a partir de un conjunto de dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto. Las dimensiones de la calidad son las que permiten operacionalizar el concepto y medir la Calidad.

Dimensiones de la calidad

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Calidad científico-técnica o competencia profesional	Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud.
Eficacia	La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.
Efectividad	La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.
Eficiencia	Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.
Accesibilidad	La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso es importante saber si llega a quién la necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura; crónicos, vacunación, etc.
Satisfacción	Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello.

⁷⁵ Rodríguez, M., García, E., Fernández, J.

Entre los subcomponentes que tiene la satisfacción debemos referirnos como mínimo a tres cuestiones:

- Aspectos organizativos: tiempo de espera, ambiente físico, etc.
- Efecto de la atención sobre el estado de salud.
- Trato recibido: empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc.

Es un hecho probado que un mejor trato personal produce mayor satisfacción y mejores resultados en salud. Por eso la satisfacción se relaciona de forma directa con lo que se denomina el arte de la atención, es decir con conseguir establecer una comunicación efectiva con los pacientes.

Aceptabilidad: Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos.

Adecuación: Es sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el paciente. Hopking dice que atención adecuada es toda aquella en donde el beneficio esperado de salud es mayor que las posibles consecuencias negativas.

Continuidad: Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones. Por ejemplo que no existan vacíos, dilataciones entre los cuidados que se le dan a un paciente en Atención Especializada y los cuidados que se deben dispensar en Atención Primaria.

Privacidad: Respeto a los derechos del paciente, controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad. (Confidencialidad).

4.2.5. ¿Porque es importante medir la calidad?

Se han establecido cuatro principales razones por las que resulta conveniente medir la calidad, las cuales son señaladas en la grafica siguiente.

Es aconsejable que aquellos profesionales de la salud que vayan a comenzar en el mundo de la calidad, lo hagan teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Medir cosas concretas.
- Medir cosas importantes, de mucha repercusión.
- Tener presente que se está midiendo una parte de la calidad.

4.2.6. ¿Como medir la calidad?

En general, cuando se intenta definir la calidad de atención, se hace referencia a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas, oportunas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud. Esta definición, que podría considerarse de carácter normativo, ofrece pocos elementos operativos en el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de como medir la calidad por tratarse de un concepto que está en función, por una parte de valores de la sociedad en su conjunto y por otra de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios).

Avedis Donabedian, señala los siguientes tres ámbitos en la medición de la calidad⁷⁶

- Calidad Estructural; Características del sistema de salud, atributos de los lugares donde se entregan los servicios de salud, recursos, organización, etc.
- Calidad del Proceso; Actividades que desempeñan los profesionales, dice relación con el que y como se entregan los servicios a las personas.
- Calidad de los Resultados; Salud de los pacientes, dice relación con los efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Asimismo establece una relación, de forma que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y el buen proceso aumenta las posibilidades de buenos resultados. La calidad, por lo tanto, se construye sobre el cuerpo de conocimientos sobre las relaciones entre estructura, proceso y resultado.

4.2.7. Herramientas para la medición:

Criterios; Este concepto hace referencia a aquellos aspectos concretos y relevantes que representan si el servicio cumple su cometido, es decir si es “apto para el uso”, satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios para quienes está pensado. La ausencia o presencia de estos aspectos (criterios) la haremos equivalente a presencia o ausencia de calidad. Para cada servicio que vayamos a evaluar podemos identificar un número más o menos extenso de criterios de calidad agrupables en cada una de las dimensiones vistas.

Estándar: Una vez medido el nivel de presencia o ausencia de los criterios de calidad, tendremos que valorar si el nivel de cumplimiento encontrado es satisfactorio o no. Idealmente, todos los criterios de calidad deberían estar presentes en el 100% de los casos evaluados, pero la realidad es que lo normal es establecer unos determinados niveles de cumplimientos de los criterios, que utilizaremos como referentes para separar calidad aceptable o buena, de calidad inaceptable o mala. A este determinado nivel de cumplimiento se le llama estándar.

⁷⁶ Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Avedis Donabedian . Control de calidad asistencia 6,2 (31-39) 1991.

Indicador: Es un criterio específico que actúa como señal de alarma que nos ayuda a detectar posibles problemas de calidad en la atención cuando monitorizamos. El nivel de cumplimiento del indicador que separa la existencia o no de un problema de calidad suele conocerse como Umbral del indicador, se trata de un concepto paralelo al de estándar en relación con los criterios.



Para profundizar en la formulación de indicadores se recomienda revisar el anexo 4, pauta de definición de indicadores utilizada en el proceso de acreditación de establecimientos de atención abierta.

Nombre del indicador	% de personas bajo control con diabetes de 15 y más años con Evaluación Anual del Pie, según norma.
Descripción y racionalidad	El pie diabético es la complicación que mayor número de hospitalizaciones motiva en la población diabética y corresponde a la primera causa de amputaciones mayores de origen no traumático.
Dominio	Indicador de proceso
Numerador	Nº de personas de 15 y más años bajo control con diabetes con una evaluación de pie vigente*
Denominador	Nº total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control
Fuente de obtención de datos	Numerador: REM P04, sección C /Denominador: REM P04, sección A
Muestreo recomendado	Pacientes con diabetes bajo control
Periodicidad	Semestral
Umbral/criterios de análisis e interpretación de los resultados	Óptimo 100% de los diabéticos bajo control Umbral 90% de los diabéticos bajo control
Áreas de aplicación	Toda la gestión del establecimiento que tiene relación directa con el paciente.
Responsables de medir el indicador	Referente técnico de salud cardiovascular, Jefes de sectores
Anexos	No aplica
Bibliografía	Normativa vigente sobre pie diabético, MINSAL

* (últimos 12 meses)

Por lo tanto, los sistemas de medición deben aportar una información lo más fiel posible a la realidad de la actividad a efectos de contabilidad, estimación de costes y definición de eficiencia del sistema. Simultáneamente debiera ser capaz de cubrir otras necesidades igualmente legítimas y perentorias, como que cada profesional sea capaz de conocer la realidad cotidiana de su ejercicio desde el punto de vista demográfico, epidemiológico y clínico, lo que le puede permitir reorganizar su actividad de manera que pueda responder a esa realidad y a las necesidades de la población.

La metodología propuesta de medición de la calidad permite evaluar la calidad, utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como “trazadores” para el proceso, y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, en los que interviene el propio personal de la institución, los usuarios y se refieren no sólo a los resultados de la atención, sino también a la estructura y el proceso. Se compone de diferentes etapas:⁷⁷

I etapa: preparación del proceso evaluativo.

Selección de actividades y/o problemas de salud “trazadores” de la calidad de la atención. Para esta actividad se podrá apoyar en las siguientes fuentes de información:

- Revisión documental de: documentos de análisis de la situación de salud; actas de reuniones de análisis de programas, consejos de dirección, comités científicos, etcétera; Resultados de inspecciones realizadas a la institución servicio o programa; registro de planteamientos de la población.
- Entrevistas a: personal relacionado con la conducción de la institución, servicio o programa; usuarios del servicio o sus representantes; proveedores directos del servicio.

Definición de las dimensiones de la calidad a evaluar. Esta definición, dependerá de:

- Tipo de institución, servicio o programa a evaluar.
- Actividades y/o problemas de salud a evaluar.
- Tiempo disponible para la evaluación.
- Composición y experiencia de los evaluadores.

En general, no se deben evaluar demasiadas dimensiones en un sólo proceso, y su número dependerá de la complejidad de los que se seleccionen y la prioridad que tengan para el objeto de la evaluación. El incluir las diferentes dimensiones en más de un proceso evaluativo, permite que la mejora de la calidad en el programa que se diseñe, sea paulatina, lo que lo hace más alcanzable.

Selección de las categorías ocupacionales y personal en general a incluir en la evaluación. La calidad de la atención a la salud no sólo involucra al personal técnico y profesional, sino que incluye a todos aquéllos que dentro de la institución, servicio o programa, o en el contexto, tienen incidencia directa o indirecta en los resultados.

Es por eso que esta selección debe ir precedida de un análisis exhaustivo de:

- Actividad y/o problema de salud que se incluyen en el proceso.
- Dimensiones de la calidad a evaluar.
- Determinación de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación. En esta determinación, se debe tener en cuenta:
 - Que se consideren criterios de estructura, proceso y resultados.

⁷⁷ Leonor Jiménez Cangas, Rosa María Báez Dueñas, Benito Pérez Maza y Iliana Reyes Álvarez. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Facultad de Salud Pública Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

- Que en su selección, participen representantes del personal incluido en la evaluación, de cualquier categoría o procedencia previamente seleccionada y que cumplan el requisito de tener experiencia en el desempeño de las actividades o la atención a los problemas que se evaluarán.
- Que los estándares que se fijen no sean demasiado altos, sino que se correspondan con cifras alcanzables en condiciones de una calidad aceptable de la atención. El fijar estándares demasiado altos, puede crear sentimientos de frustración en el personal involucrado y puede limitar su compromiso con las medidas correctoras que se dicten.

Selección de métodos evaluativos a utilizar y confección de instrumentos evaluativos. De acuerdo con los criterios seleccionados, se podrá seleccionar el o los métodos evaluativos a utilizar, en los que se puede incluir entre otros:

- Observación.
- Auditoría médica a historias clínicas individuales, familiares o epidemiológicas.
- Encuestas.
- Entrevistas.

Para la aplicación de cada método evaluativo se confeccionarán los instrumentos correspondientes: guías, cuestionarios, tablas de vaciamiento, entre otras y sensibilización y entrenamiento del personal que participará en el proceso.

II Etapa: Ejecución del Proceso Evaluativo

Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.

Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares pre-establecidos. Clasificación de las desviaciones en:

- Problemas de competencia y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.
- Problemas de organización: tales como, uso de recursos disponibles, establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo, funcionabilidad de la estructura organizativa, comunicación entre dirigentes, trabajadores y comunidad, sistema de reconocimiento y estimulación, problemas de liderazgo y autoridad.
- Determinación de medidas correctoras (programa de mejora continua de la calidad).
- Confección del programa de mejora de la calidad con el criterio del propio personal involucrado en su ejecución, los que tendrán también una participación decisiva en el establecimiento de los plazos para su seguimiento mediante la aplicación de técnicas cualitativas de búsqueda de consenso.
- Determinación de los plazos para monitorización de la mejora de la calidad, incluidos los indicadores que serán objeto de ella, así como los de las evaluaciones periódicas, y los resultados que se esperan obtener.

III etapa: seguimiento del proceso

Para el seguimiento se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizarán las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado. De no modificarse las desviaciones de la calidad según lo esperado, deberá rediscutirse en colectivo el programa para su reevaluación y adecuación de nuevas medidas correctoras de acuerdo con las necesidades.

Factores de éxito

Por otra parte, parecen existir algunos aspectos generales que favorecen el éxito de los planes de calidad, tales como:

- La visión compartida: equipos que tienen metas claras y conocidas por todos, porque “para quien no sabe adónde va, ningún viento es favorable”.
- El compromiso directivo visible en el día a día.
- La gestión por procesos, gestionar procesos no es más que gestionar los espacios en blanco que hay entre las casillas de un organigrama. O el **empoderamiento**, que no quiere decir delegar, ni tener responsables de, sino traspasar poder.
- El aprendizaje constante, de los errores y de los aciertos, nuestros y de los demás.
- Integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización, dado que la Calidad no puede enfocarse como “algo” independiente. Hay que gestionarla como una función de la dirección de la organización, para lo cual se deben establecer los objetivos, determinar y asignar los recursos, instrumentar el impulso de la consecución de los objetivos y controlar los resultados mediante el seguimiento de indicadores reglamentados y las auditorías internas o externas planificadas (Ejemplo, reuniones de sector, CIRA).
- Garantizar la implicación del personal con una elevada carga de valores y ética en función de la prestación de los servicios de salud como única vía de lograr realmente la excelencia de los servicios, desarrollar y aplicar el método clínico en la práctica diaria.

A continuación se presenta formato de sistematización de práctica y un ejemplo ilustrativo.

Buenas Prácticas Clínicas⁷⁸

Práctica	Forma en que se ejecuta una actividad.	
Buena Práctica	Actividad orientada al logro de una mejor calidad en el servicio prestado o la mejoría en el desempeño en un proceso determinado.	
Características	Innovación, permanencia en el tiempo y replicabilidad.	
Pasos a seguir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique un resultado o producto valioso y señale cuál fue la buena práctica que lo originó. 2. Identifique los elementos que caracterizaron esa buena práctica desde el punto de vista clínico, organizacional y psicosocial - familiar. 3. Describa las condiciones que favorecieron el desarrollo de la buena práctica: actores, recursos movilizados, rol específico del gestor (cualquier profesional del equipo). 4. Explícite las recomendaciones o sugerencias para la réplica de la buena práctica en otro lugar. 	
Preguntas orientadoras	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se ha realizado que cumpla con los criterios de una buena práctica en términos de: atención directa de pacientes, gestión comunitaria o social, gestión del conocimiento u otra área relacionada con el quehacer del Centro de Salud? • ¿Cuál fue el problema o área problema específica que se pretendió resolver con esa práctica? • ¿Quiénes estuvieron involucrados en su gestión? • ¿Cuál fue su papel en este tema? 	
Elemento de apoyo		
Identificación estándar	Clínico	Condiciones vinculadas al proceso de atención, terapéutica, evaluación de resultados clínicos, entre otros.
	Organizacional	Condiciones vinculadas con la gestión, la disponibilidad de recursos, el trabajo en red, la oportunidad de la respuesta.
	Psicosocial-familiar	Condiciones vinculadas a la familia, los sistemas domésticos y comunitarios de cuidado y autoayuda.
Condicionantes presentes para el logro de los resultados	Actores	Involucrados en el proceso que determinan el éxito.
	Recursos movilizados	Identificación de los recursos humanos, materiales, otros que estuvieron presentes en el logro de la buena práctica.
	Papel del gestor	Caracterización de la participación del profesional gestor.
Recomendaciones para replicar	Puntos clave que es necesario considerar si esta buena práctica se replica en otro lugar.	

⁷⁸ Manual para el alumno del diplomado "Resolutividad en equipo y con perspectiva de red para el Modelo de Salud Familiar". Capacitación en Introducción a la Gestión Clínica. Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar. Enero 2010.

Ejemplo: Incorporación de grupo de mujeres Aliwen en la atención de pacientes postrados de Chol Chol

Identificación estándar	Clínico	Guía de cuidados básicos en casa, elaborada por el grupo con la asesoría de la enfermera responsable de atención al paciente postrado.
	Organizacional	Sistema de coordinación con el equipo de cabecera que incorpora un flujograma decisional.
	Psicosocial-familiar	Rotación programada de cuidadora principal por parte del grupo para que ella se incorpore a un grupo de autoayuda.
Condicionantes presentes para el logro de los resultados	Actores	Grupo de mujeres, Enfermera programa alivio del dolor, Asistente Social, Médico de familia, Psicóloga, Técnico paramédico. Pastor evangélico, Sacerdote.
	Recursos movilizados	Transporte, insumos clínicos, impresión de guías, tarjeta de telefonía, sala de reuniones.
	Papel del gestor	Asesoría técnica para el diseño de la guía de cuidados y flujograma decisional, atención directa a pacientes, coordinación para las derivaciones a otros niveles de atención.
Recomendaciones para replicar	<p>Capacidad del equipo para empoderar a un grupo de personas. Credibilidad ante la comunidad.</p> <p>Flexibilidad en el CESFAM para modificar horarios de trabajo.</p> <p>Habilidad de un miembro del equipo para diagramar la guía</p> <p>Destreza para traducir contenidos técnicos a un lenguaje coloquial por parte del equipo de cabecera.</p> <p>Dirigenta vecinal u otro líder comunitario con el problema en la casa</p> <p>Buenas relaciones entre el sacerdote y el pastor</p>	

5. Trabajo con la Red de salud

El centro de salud familiar: puerta de entrada a la red

La reforma de Salud propone una organización en red de los sistemas, en la cual la Atención Primaria, a través de los Centros de Salud de Familiar, es el eje de la atención en su interacción con la comunidad, el intersector, y con los otros actores de la red de Salud, centrado en el usuario.

5.1. Definición y organización de la red

Al momento de diseñar el mapa de derivación de un Servicio de Salud, es necesario incorporar a todos los actores relevantes, de modo que la definición de este, sea un consenso que permita a cada uno de los puntos de la Red ser responsable de la ejecución de su tarea de manera correcta, porque conoce como influye en los otros puntos con los que se encuentra vinculado.

Ejemplo; algunos puntos relevantes de identificar al momento de ordenar la Red son:

Elemento a Ordenar	Ejemplo de organización de la red en Servicio de Salud Aconcagua
Establecimientos de Alta, Mediana y Baja Complejidad y la manera en que se relacionan.	Los Centros de Atención Primaria de la provincia de los Andes, derivan al Hospital San Juan de Dios de Los Andes y los de la provincia de San Felipe al Hospital San Camilo de San Felipe; para especialidades presentes en uno de Hospitales la derivación abarca a ambas provincias.
Especialidades que se podrán derivar desde APS (gestión de la demanda). Basado en la capacidad resolutive de APS y la optimización de recursos del nivel de especialidad.	Se define la derivación a las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, (las cuales derivan de manera secundaria a sus subespecialidades); Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Urología, Neurocirugía, Neurología Infantil y Psiquiatría Infantil, funcionan del mismo modo
Exámenes y procedimientos de especialidad que se pueden solicitar desde APS (gestión de la Demanda) y los que serán solicitados por la especialidad respectiva.	En el Servicio de Salud Aconcagua se definió utilizando los siguientes criterios: El examen permite continuar el manejo en APS. El examen es electivo Permite definir conducta terapéutica Existen recursos disponibles para dar respuesta a la solicitud
Mecanismo de registro de la derivación de manera universal para todo el Servicio, con plazos y responsables definidos	La interconsulta emitida se registra en SIGGES y sistema informático local de registro en un plazo de 48 horas y de 5 días para envío por papel.
Monitoreo periódico de cumplimiento de registro de Solicitud de Interconsulta (SIC) a través de auditorias	Auditorias de registros desde el Servicio de Salud y difusión en reunión Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) mensual (al comienzo de la implementación) y esporádicas (control de calidad)
Identificación de la demanda de horas de especialidad desde la APS.	La Atención Primaria deriva aproximadamente un 10-12% de sus consultas, lo cual permite estimar el total de horas especialistas necesarias (1consulta nueva+ X controles según especialidad) por mes, en una distribución por especialidad extraída del registro de SIC del año anterior.
Programación de horas de especialidad para responder a la demanda mensual de Atención Primaria	Los Hospitales programaron horas de consultas de especialidad para dar cumplimiento a los requerimientos de APS, según orientaciones del gestor de Red. Identificados en el punto anterior.
Control de la demanda de manera periódica	Monitoreo mensual de las derivaciones desde APS, por profesional y especialidad a la que deriva, en reunión CIRA mensual. Monitoreo de la oferta disponible por hospital y especialidad, en reunión CIRA mensual
Fortalecimiento de la comunicación entre APS y Hospitales	Trabajo conjunto APS y especialidades en la elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia. Capacitación mensual dictada por especialistas de nuestra Red a los médicos de APS.

5.2. Elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia

El éxito de un proceso de referencia y contrarreferencia adecuado, está definido por la correcta comunicación entre los establecimientos de la Red. Las estrategias que se utilicen dependerán de las características de cada servicio. A modo general deben ser inclusivas de los distintos actores relevantes, de fácil acceso y dinámicas, de modo que sean utilizadas de manera habitual por cada profesional que realice derivaciones en ese servicio.

La elaboración de protocolos es la materialización en un documento, del PROCESO de referencia y contrarreferencia para una patología específica, en el cual participan distintas especialidades y la atención primaria. La existencia de estos documentos permite las auditorias del proceso y su mejora continua.

La Referencia y Contrarreferencia (RCR) ha sido parte de los compromisos de gestión de los Servicios de Salud; hasta el año 2011, se solicitó la elaboración de protocolos de RCR y a partir del año 2012 se solicita la línea base de medición de la pertinencia de acuerdo a protocolos de derivación.

Las Orientaciones técnicas de este trabajo solicitan elaborar documentos de manera participativa, validados en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA). En este contexto, la Atención Primaria tiene un rol fundamental en la elaboración de estos procesos y sus protocolos, ya que serán los principales usuarios de estos.

Se proponen los siguientes pasos:

1. Establecer un responsable del tema a nivel de Servicio de Salud.
2. Conformar un equipo de profesionales de Atención Primaria, con experiencia de al menos 1 año, con competencias para desarrollar protocolos en Red, para aportar los conocimientos en relación al manejo de patologías en APS, medicamentos y exámenes presentes.
3. Convocar a especialistas del nivel secundario con competencias para desarrollar protocolos en Red, en conjunto con el equipo de APS.
4. Definir un formato único para el Servicio que responda a los requerimientos de la Red, adaptado de las orientaciones técnicas del compromiso de gestión, consensado entre los distintos actores involucrados.
5. Validarlo en Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA).
6. Elaboración o revisión conjunta de procesos y protocolos de RCR para patologías específicas, por profesionales de APS y del nivel secundario.
7. Revisión y validación de protocolo en CIRA.
8. Difusión de protocolos elaborados: resolución aprobatoria de protocolos, difusión por medios electrónicos (pagina web, correos electrónicos, carpetas digitales entre otros).
9. Evaluación y mejora continua del proceso de RCR vinculado a dicho protocolo.

Los recursos utilizados para la elaboración de documentos, son las horas profesionales que requieran los involucrados.

- El profesional encargado es el responsable de planificar y programar el trabajo, funciona como canal de comunicación entre el especialista encargado del documento y el equipo de médicos de Atención Primaria revisor, además es el encargado de la confección final del documento y su difusión a los equipos.
- El médico especialista del tema elabora el documento preliminar, según formato, lo envía al profesional encargado, y posteriormente recibe los aportes del equipo de médicos de APS y responde dudas en caso necesario. Según su experticia el tiempo necesario es de 4 horas.
- El equipo de médicos de APS, realiza una revisión bibliográfica previa, requiriendo horas dentro de su jornada para ello (no más de 2 horas en la semana previa a la reunión) y las de la reunión misma, habitualmente una reunión de 4 horas al mes. En una reunión se pueden trabajar uno o 2 protocolos, dependiendo del documento enviado por el especialista.



En caso de requerir mayor detalle de la metodología utilizada revisar el siguiente link.
http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=85

5.3. Otros elementos para fortalecer el trabajo en red

CONSULTORIAS:⁷⁹

“Actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud de Atención Primaria, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud complejos. El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel especialidad). De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del usuario. Tiene un rendimiento de una sesión de consultoría en 4 horas, para mínimo 8 pacientes”.

Este trabajo permite el aprendizaje de los profesionales que intervienen desde los distintos niveles. La APS aporta la mirada integral del caso con el uso de herramientas propias de la Salud Familiar y los especialistas la aproximación fisiopatológica del mismo.

PASANTIAS:

Conforme lo señalado por la Organización Mundial de la Salud, se puede definir como: un convenio entre la institución que recibe y un pasante (estudiante), mediante el cual se mejora la experiencia educacional de la persona a través de tareas prácticas y exposición al trabajo de la Organización. Las pasantías no atienden trabajos de una naturaleza operativa y/o continua, ni tampoco aquel tipo de trabajo generalmente realizado por un miembro del personal. Las pasantías se aprueban por un período de tiempo específico y tradicionalmente oscilan entre dos a seis meses.

⁷⁹ Ministerio de Salud. 2012. Departamento de Estadística e información de Salud. Manual REM 2012- 2013: 56.

REUNIONES CLÍNICAS:

Son actividades de encuentro periódico, según las necesidades de la Red, entre los distintos actores para la revisión de temas y casos clínicos relevantes. Esta actividad permite dar dinamismo a la referencia y contrarreferencia, permitiendo la actualización a la velocidad que se modifica el conocimiento en la medicina y la fluidez en la comunicación entre niveles. Pueden incorporarse como actividades de capacitación, lo que permite ampliar su convocatoria y asegurar la asistencia permanente.

Según adaptación de Terraza (2006)⁸⁰ a partir de la clasificación de Mintzberg y Galbraith, los tipos de mecanismos de coordinación asistencial puede esquematizarse de la siguiente forma:

Base de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación	Mecanismo de coordinación asistencial	
Normalización	de habilidades	Sistema de experto: formación continua, alternativas a la consulta tradicional	
	de procesos de trabajo	GPC, Mapas de atención, Guías farmacológicas, planificación del alta. Protocolos y circuitos para la referencia de pacientes Sistema de petición de citas compartido Sistema de planificación de acciones	
	de resultados	Mapas de atención Sistemas de control del rendimiento	
Adaptación mutua	Supervisión directa	Gestor de programa o proceso asistencial	
	Comunicación informal	e-mail, correo, web, teléfono, reuniones informales	
	Dispositivos de enlace	Grupos de trabajo	Grupos de trabajo multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios
		Puesto de enlace	Gestor de casos Central de regulación
		Comités Permanentes	Comité de gestión interniveles
		Directivo integrador	Director asistencial, Director de ámbito transversal Director de área o distrito
		Estructura matricial	
Sistema de información vertical	Hoja de referencia y contrarreferencia Sistema de información clínica		

⁸⁰ TERRAZA NUNEZ, Rebeca; VARGAS LORENZO, Ingrid y VAZQUEZ NAVARRETE, María Luisa. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [online]. 2006, vol.20, n.6 [citado 2012-11-07], pp. 485-495. ISSN 0213-9111.

CAPÍTULO III

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- Identificar las estrategias fundamentales de la promoción de la salud.
- Revisar los principios de la educación de adultos.
- Identificar estrategias para diseñar actividades de promoción y prevención en salud incorporando la metodología de educación de adultos.

1. Estrategias de Promoción y Prevención

Desde el Sector Salud, Chile ha definido que la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, incorpora elementos estratégicos propios de la Promoción y aspectos asociados a estilos de vida saludable, teniendo un rol preponderante en la reforma de salud para el logro de los objetivos, uno de los cuales es el control de los problemas de salud asociados a Estilos de Vida.⁸¹

Los estilos de vida son determinados por la interacción de factores de riesgo y/o de factores protectores, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social como las familiares y comunitarias. Así pues se establece una relación entre el individuo, la familia, la comunidad y los estilos de vida con lo cual nos

⁸¹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2011]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red.

enmarcamos en la conceptualización de la salud como bienestar biopsicosocial y como componente de la **calidad de vida**.

Los estilos de vida saludable pueden ser definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos, familias y comunidades que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Vistos así, los estilos de vida saludables serían comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir problemas biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Una de las estrategias de consenso a nivel mundial para abordar los Estilos de Vida Saludable es la Promoción de la Salud a través de la cual la comunidad, las personas y sus familias adquieren herramientas y conocimientos que les permiten mantener y mejorar su salud.

Las estrategias fundamentales de la Promoción de la Salud son:

- Educación en Salud.
- Participación Social.
- Abogacía.
- Intersectorialidad.
- Comunicación Social.

Cada una de estas estrategias es clave en el proceso de entregar conocimientos y herramientas a las personas, familias y comunidades para lograr estilos de vida saludable.

1.1. Educación en Salud

La Educación para la Salud tiene un largo historial que permitió en 1950 la fundación de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES), hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) que es una de las más antiguas asociaciones en este campo.

Años atrás, la educación para la salud consistía básicamente en distribuir información y dirigir mensajes a la población con la esperanza que estas medidas de algún modo, trajeran cambios en las costumbres de individuos y comunidades. Con el transcurrir de los años se ha hecho cada vez más evidente que para hacer efectiva la educación en salud, se requieren diversas estrategias que trasciendan la información. La educación convencional parece no ser pertinente cuando se fundamenta sólo en concepciones teóricas, sin tener en cuenta el contexto, la cultura y los comportamientos humanos, lo que en muchos casos genera pérdida de recursos, desperdicio de tiempo y baja productividad e impacto de las intervenciones. Estos planteamientos se encarnan en el enfoque de educación de adultos que se revisara en el punto 2 de este capítulo.

Aún hoy, muchos la interpretan como un paquete de recomendaciones para el cuidado y la higiene personal. Por añadidura no la ven como solución para un problema que requiere acciones sistemáticamente engranadas, de manera que cuando no se alcanzan los objetivos planteados le adjudican el fracaso a las acciones de Educación para la Salud y no a la falta de visión ante la complejidad del problema y las soluciones propuestas. El seguimiento de la bibliografía especializada muestra que tanto en su construcción teórica como en sus resultados prácticos, la Educación para la Salud ha sido y continua siendo de interés permanente y de hecho,

cuando ha estado rodeada de procederes científicamente argumentados y estructurados, ha demostrado ser efectiva.

Los espacios para hablar de educación en salud deben posibilitar el compartir de saberes y experiencias, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y habilidades como la capacidad de organización y gestión, además de permitir que las personas expresen su forma de ver y sentir el mundo. Lo anterior denota la necesidad de que las prácticas de promoción de la salud trasciendan la tecnología educativa y se preocupen por el acercamiento a la cotidianidad y a la realidad social en la cual se desarrollan.

Entre los diversos espacios que posibilitan la educación en salud está la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad en general. El rol de la familia es enseñar y modelar en la construcción de estilos de vida saludable. Enseñar a cuidarse y cuidar a otros. En su rol de protección debe velar por el desarrollo de factores protectores. Desde su papel socializador la familia es el núcleo inicial donde se despliegan habilidades sociales que permitirán a sus integrantes establecer relaciones saludables con otros grupos sociales como el escolar, laboral y comunitario en general. En cada uno de estos ámbitos se puede y debe promover la salud a través de la educación en salud utilizando conocimientos y herramientas acordes a cada contexto.

Algunos de los factores protectores o estilos de vida saludables en los que la educación para la salud hace énfasis son:

- Sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Promoción de la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.
- Trabajo/Escuela saludables.
- Medio ambiente saludable.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio (consumo cultural, uso TV, internet).
- Promoción de hábitos saludables en alimentación, ejercicio, higiene, sueño reparador, sexualidad, consumo de alcohol.
- Control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

1.2. Participación Social

La Participación social se considera una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, la construcción de **ciudadanía y el capital social**, el logro del bienestar y la inclusión e integración social mediante el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud.

Permite contribuir a generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el estado y la ciudadanía. Asimismo, favorece el fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas.

Requiere, por una parte, que el sector público tenga la apertura, genere la información y establezca espacios y mecanismos que acojan las preocupaciones, necesidades y propuestas provenientes de la ciudadanía. Por otra parte, la participación necesita de una ciudadanía que se involucre en las cuestiones públicas, con organizaciones fuertes que representen toda su diversidad.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, estableciendo espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan a las personas y comunidades.

Desde el Sector Salud, la participación se considera un medio para:

- El desarrollo de las personas (proveedores y usuarios) como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud.
- La creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente.
- El ejercicio de un control social sobre el Sistema de Salud.
- La participación social apunta a lograr disminuir las brechas de equidad en el acceso en: La oportunidad, protección financiera y calidad de la atención; los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud.

Según las Orientaciones para la planificación y programación en red año 2013, la Participación Social y Transparencia es uno de los enfoques en que se basa la planificación en la Red de Atención de Salud Pública junto con el Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social, Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, Enfoque de Equidad en Salud y Gobernanza. Se considera que la posibilidad de participación social es en sí un determinante social de la salud.

Entre las principales estrategias que hacen viable la Participación social en APS se considera:

Elaboración de Carta de Derechos

El establecimiento de salud genera espacios de reflexión y construcción conjunta entre directivos, funcionarios, gremios de los trabajadores, representantes de usuarios organizados y no organizados, con el fin de obtener como producto de un acuerdo final, una Carta de Derechos redactada en forma participativa que dé cuenta de las expectativas de las partes involucradas y, las valoraciones de aspectos vinculados con la relación entre la ciudadanía usuaria y la red pública de salud.

Cuentas públicas

La Cuenta Pública es la forma en que las autoridades dan cuenta a la ciudadanía respecto de los logros institucionales, el uso de los recursos públicos, satisfacción de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y el cumplimiento de las políticas sociales. Se abre un espacio a la participación y el control social. Entre enero y abril de cada año el Director de Servicio y de cada Establecimiento dependiente de Servicio de salud da cuenta de la gestión del año anterior a la comunidad. De este modo, la cuenta pública es un proceso construido participativamente.

Consejos de desarrollo local de salud, Consejos consultivos y Comités Locales

Mediante la incorporación de representantes de usuarios y usuarias, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud en distintas instancias de Participación Social a nivel de la Dirección del Servicio de Salud, Hospitales, Centros de Atención Primaria y Postas rurales con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud, programas y acciones de salud, se favorece la Gestión Participativa.

Presupuesto participativo

Es una estrategia concreta de Participación Social en las comunas de modo que la ciudadanía pueda conocer, discutir y decidir sobre la inversión de los recursos financieros destinados para estos efectos, en beneficio de la salud de la comunidad.

OIRS.

Es el ejercicio de derecho a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias.

Otras estrategias de participación social pueden ser: Cabildos ciudadanos, Plataformas digitales participativas, Diálogos participativos, Escuelas de Gestión Pública para dirigentes sociales, Sistema integral de Información y Atención ciudadana (SIAC), Transparencia de la función pública y acceso a la información de la Administración del Estado.

Se espera que la comunidad avance en la **participación continua** en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la Programación, generar los espacios y destinar recursos necesarios.

1.3. Abogacía

Es la incidencia política que logra una comunidad cuando se promueve la participación de diferentes actores sociales, los mismos que, teniendo distintos roles y funciones, promueven la salud, construyen condiciones locales y se constituyen en líderes para la salud. Para que esto sea posible es necesaria su participación activa y para lograr esta participación se hace necesario hacer visibles las necesidades desde la comunidad y abogar desde Salud.

Los acuerdos, la mayoría verbales, que son expresión positiva de la abogacía producto de la interacción entre salud y el actor social visitado, requieren de un seguimiento con ayuda memoria formalizadas, documentando y enviando, a cada actor visitado, los acuerdos y compromisos que se concluyeron. Este paso es importante para generar procesos pues la abogacía permite decisiones y éstas requieren, en el lapso más corto, reuniones para operacionalizarlas.

1.4. Intersectorialidad

La intersectorialidad como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de salud que rebasan el campo de un servicio de salud.

En la intersectorialidad se incluyen sectores como: educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones tanto públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas.

Se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos o medios para controlar el entorno y mejorar las condiciones de vida al tiempo que brinda posibilidades para el mejoramiento de los procesos de gestión en los sistemas y servicios de salud. Forma parte de políticas y estrategias para el balance de un desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional.

El enfoque tecnológico de la intersectorialidad y el carácter extensivo del sector salud hacia otros sectores, a través de intervenciones coordinadas de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, ha de ser comprendido por lo que significa para el logro de una importante y necesaria respuesta social organizada. Las propias características de la salud, perteneciente a un sistema social altamente complejo, donde participan actores de dentro y fuera del sector, determina una dinámica de actuación totalmente diferente, que debe ser entendida por la totalidad de los integrantes de un sistema de salud.

El alcance de la intersectorialidad y la participación social no es consecuencia de la espontaneidad, pues se requiere una concepción adaptada al sistema de salud local, una voluntad política que la sustente y un diseño tecnológico que la inserte naturalmente en la producción de salud. En capítulo IV Participación Social, se identifican los sectores prioritarios para el trabajo intersectorial.

1.5. Comunicación social

La comunicación social en el sentido amplio (comunicación interpersonal, integral, comunicaciones derivadas del marketing, comunicación organizacional, identidad corporativa, periodismo, publicidad, relaciones públicas y edu-comunicación) se convirtió en las últimas dos décadas en herramienta de primera mano para los profesionales de la salud, sobre todo, en las áreas de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han establecido a la comunicación social como estrategia básica de la promoción de la salud, y proponen el uso y aplicación de las diferentes herramientas de la comunicación en la promoción de la salud

A su vez la comunicación integral comprende principalmente las siguientes áreas de actividad:

- Publicidad.
- Imagen, Relaciones Públicas y campañas de comunicación.
- Patrocinio y mecenazgo.
- Marketing social corporativo.
- Promoción.
- Merchandising.
- Marketing directo.
- Internet.

En todas las organizaciones, entre ellas las de salud, debe establecerse la Comunicación Organizacional que incluye:

Comunicación Interna; se define como la comunicación dirigida al cliente interno, es decir, al trabajador. Nace como respuesta a las nuevas necesidades de las organizaciones de motivar a su equipo humano y retener a los mejores en un entorno donde el cambio es cada vez más rápido.

Comunicación Externa, se define como el conjunto de operaciones de comunicación destinadas a los públicos externos de una empresa o institución, es decir, tanto al gran público, directamente o a través de los periodistas, como a sus proveedores, accionistas, a los poderes públicos y administraciones locales y regionales, a organizaciones internacionales, etc.

Para concretizar la comunicación integral existen, entre otras, herramientas tales como:

- 1.- Díptico
- 2.- Afiche
- 3.-Volante /Flyer
- 4.- Diario Mural
- 5.- Revista/Publicación Periódica
- 6.- Mail promocional/ mailing
- 7.- Programa Radial

Revisadas estas Estrategias de la Promoción de la Salud, se puede afirmar que cada una y en conjunto implementadas de modo adecuado, según el contexto local, basadas en la evidencia y la experiencia, respetando las características culturales y usando recursos y tecnologías aceptadas y validadas por la comunidad, permitirán el logro de estilos de vida saludable y con ello una calidad de vida que viabilice el desarrollo humano.

2. Educación de adultos metodológica

La educación de adultos es un **proceso educativo que tiene como objetivo que la persona pueda aumentar sus oportunidades para lograr su autorrealización**. Es un proceso sinérgico que permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, cautelando como aspecto fundamental, el respeto cuidadoso de la persona, su dignidad y libertad, como centro del proceso de aprendizaje.⁸²

A diferencia de la pedagogía para niños, la educación de adultos (andragogía) está orientada al proceso educativo, es decir, a su desarrollo en etapas que se van alcanzando según los tiempos particulares de cada grupo y que a la vez, permite retroceder a etapas anteriores sin que eso sea interpretado como un fracaso.

El proceso de enseñanza aprendizaje en **la educación de adultos debe responder a las características y motivaciones de los educandos**. Para eso es fundamental considerar que la motivación es producto de incentivos internos y de la curiosidad y no de premios y castigos y que la experiencia de los participantes y su disposición para aprender es un recurso de gran importancia para la enseñanza.⁸³

La educación de adultos se sustenta en **algunos principios básicos:**⁸⁴

- El adulto ejerce su libertad para moverse de la dependencia a la autonomía y además, está dispuesto a asumir sus consecuencias. En ese sentido, quien enseña debe tener un particular respeto y consideración.
- El adulto usa sus experiencias previas para aprender. Considerar este conocimiento previo como válido, ayuda a establecer el diálogo, lo cual es esencial para que el participante se sienta reconocido como persona adulta, con historia y valores propios, y con su propia postura frente a la vida.
- El adulto tiene una mayor disposición a aprender al percibir la emergencia de nuevas necesidades o de la necesidad de asumir nuevos roles. Por lo tanto, busca lo que es más relevante para poder responder a esas nuevas demandas tomando en cuenta su realidad y los temas que lo mueven (temas generativos).
- El adulto quiere resolver sus problemas y aplicar sus conocimientos inmediatamente. Si se le da la oportunidad de aplicarlo inmediatamente, la persona tiene mayor posibilidad de fijar en su memoria de forma integrada los nuevos contenidos y de aumentar su motivación por el aprendizaje.

Al diseñar programas de educación de adultos se debe tener en cuenta como principio fundamental que el adulto es diferente a un niño y por lo tanto, no hay que tratarlo ni educarlo como se hace con los niños, sino que es necesario buscar formas nuevas y creativas para interactuar con ellos.

Kurt Lewin, psicólogo y educador estadounidense, describió **algunas características que permiten que la educación de adultos sea más efectiva:**⁸⁵

⁸² Freire, P. (2000). Pedagogía de la Libertad. Buenos Aires: Paidós.

⁸³ Knowles, M [1980]. The modern practice of adult education. From pedagogy to andragogy. Chicago, USA: Follet Publishing Company.

⁸⁴ Irizar, JA. [2009]. Recuadro II. Principios básicos de la educación de adultos. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14 (1): 48-49.

⁸⁵ Lewin, K., et al. [1978]. La teoría en el campo de la acción social. Madrid: Paidós.

1. El aprendizaje es más efectivo cuando se realiza a través de un proceso activo, es decir, si logra utilizar el contenido nuevo en una actividad práctica que le permita integrarlo junto a sus conocimientos previos.
2. Para lograr un aprendizaje se debe generar un cambio en el sistema cognitivo, afectivo y conductual de la persona. Estos tres elementos deben ser abordados en conjunto y no por separado. Para integrar el aprendizaje, la persona debe percibir que el contenido que debe incorporar es coherente, simple y ordenado. La falta de estos elementos hace que el adulto perciba la fragmentación y se resista al cambio. Cuando los tres sistemas cambian en conjunto (cognitivo/afectivo/conductual), los contenidos pueden ser aprendidos e integrados plenamente.
3. El cambio en las creencias, actitudes y comportamientos requiere mucho más que la sola entrega de información. Las personas deben sentir que son capaces de realizar el cambio deseado y que la conducta a implementar es apropiada.
4. Mientras más cálido, estimulante y acogedor es un ambiente, más libres se sienten las personas para experimentar nuevos comportamientos, creencias y actitudes. En la medida en que la persona percibe que no será enjuiciada y/o rechazada, se le hace más fácil experimentar nuevas formas de comportamiento, valores o pensamientos.
5. Para que un aprendizaje sea permanente tanto la persona como su ambiente social deben cambiar. Es mucho más fácil cambiar hábitos, creencias y actitudes cuando las personas forman parte de un grupo que comparte las mismas ideas o expectativas. Por esta razón, la educación de adultos es más efectiva cuando se realiza en grupos.

La principal característica del proceso educativo es la horizontalidad, es decir, el facilitador y el educando se encuentran en las mismas condiciones, los dos tienen conocimientos, capacidad de ser críticos, de analizar los contenidos otorgados y de comprenderlos, y tienen conciencia de sus deberes, derechos y responsabilidades en el proceso. **La persona del educando es el centro del proceso educativo.**

En ese sentido, cobra relevancia el diseño de las interacciones educativas. Siguiendo a Jane Vella, el diseño para el diálogo es la base de cualquier sesión educativa. La idea central es responder a la pregunta ¿Cómo saben los participantes, al término de la sesión educativa, que aprendieron? Ya que lo realmente importante es que sepan reconocer sus nuevos aprendizajes.

2.1. Los 7 pasos para planificar una sesión educativa^{86, 87}

El diseño de una intervención educativa requiere que el facilitador construya un proceso único centrado en el grupo de participantes con que deberá interactuar, y no en estereotipos o diseños previos. Es decir, la planificación del diseño de la intervención es un conjunto de tareas desarrolladas especialmente para un grupo determinado de participantes.

Se debe tener en cuenta que los equipos que van a desarrollar la intervención muchas veces son inexpertos en la metodología de educación de adultos por lo que es necesario que desarrollen su propio Diagnóstico de necesidades de Aprendizaje y consideren el proceso que están viviendo de forma de buscar asesoría o apoyo en el diseño e implementación de la intervención.

Paso 1: Quiénes

El primer paso busca determinar quiénes son los participantes, cuáles son sus expectativas, recursos y necesidades y cuáles son sus temas generativos.⁸⁸

Los temas generativos son aquellas situaciones, ideas, problemas, alegrías acerca de las cuales un grupo de personas habla, se preocupa o celebra continuamente. Se les denomina generativos porque generan energía, por eso al relacionar el tema generativo con el tema de la sesión educativa se produce una sinergia que potencia el aprendizaje.

Paso 2: Por qué

Esta fase busca reconocer el origen que hace necesaria la intervención educativa, de dónde surge la necesidad, cuál es el problema, qué se espera lograr, etc.

Estos dos primeros pasos buscan que el facilitador, en conjunto con los participantes, realicen un Diagnóstico de Necesidades de Aprendizaje, lo que permite acordar qué y cómo se abordarán los temas y cómo se evaluarán los logros. En la identificación de las necesidades se debe considerar de quién es la necesidad de aprendizaje, qué requiere aprender y cómo se define esa necesidad.

En el desarrollo del Paso 1 y Paso 2, pueden surgir algunos problemas. Entre los más frecuentes se puede distinguir:

⁸⁶ Vella J. [1995]. Training through dialogue. Promoting effective learning and change with adults. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

⁸⁷ Vella J. [2000]. Talking Learning to Task. Creative Strategies for Teaching Adults. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

⁸⁸ Freire, P. [2000]. Pedagogía de la Libertad. Buenos Aires: Paidós.

- La dificultad práctica para convocar a las personas que potencialmente podrían participar de la intervención. Esta situación ocurre básicamente por la dificultad para contactar y coordinar a los usuarios y los equipos, por lo que se sugiere trabajar con grupos organizados de la comunidad que ya tienen vías expeditas de comunicación, como por ejemplo, grupos u organizaciones comunitarias, como asociaciones, centros de madres, de adultos mayores, etc.
- El tema que interesa abordar desde la perspectiva de los equipos de salud no es necesariamente el tema generativo de un grupo determinado. En este caso es necesario que los facilitadores co-construyan con los usuarios una temática que idealmente contenga las necesidades de las personas y que a la vez de respuesta a los problemas que se deben abordar desde el sector salud. Se debe recordar que la motivación para participar de una actividad se sustenta en la percepción que tiene el usuario que el tema a abordar es relevante para él/ella. De lo contrario es probable que la actividad fracase. Si no es posible lograr un punto de encuentro, se debe decidir si se cambia el objetivo de la actividad para responder a las necesidades de los usuarios o se posterga la actividad planificada. Se debe recordar que si no se cuenta con las condiciones y recursos necesarios para implementar una actividad educativa es preferible no iniciarla.
- Las personas que participan en la construcción del Diagnóstico de la necesidad de Aprendizaje no necesariamente son las mismas que asisten a las sesiones de implementación de la intervención educativa. Esta situación obliga al facilitador a corroborar que la(s) necesidad(es) sean las mismas y a realizar nuevamente el Diagnóstico si es que la situación así lo requiere. Se debe recordar que no es posible intervenir sobre una necesidad que no es percibida como problema para un grupo determinado.
- La selección de la(s) metodología(s) utilizadas para realizar el Diagnóstico de necesidades de Aprendizaje. Idealmente el facilitador debe combinar algunas metodologías individuales con otras grupales que permitan hacer el levantamiento de las necesidades de los usuarios, recordando que en el procesos de conformación de un grupo se debe resguardar la intimidad del usuario de forma de permitirle expresar confidencialmente algunas de sus necesidades y a la vez permitir que se inicie la construcción del sentido de pertenencia a él. Además, se debe recordar que las metodologías también deben ser seleccionadas en función de las características del grupo de personas que participa de la actividad. Entre las actividades que pueden ser útiles se encuentra la lluvia de ideas, las encuestas anónimas, el trabajo en grupos pequeños, el uso de preguntas abiertas, etc.

Paso 3: Cuándo

Las personas no disponen de tiempo completo para las actividades educativas, sino que éstas se insertan junto a una serie de otros compromisos adquiridos en las distintas áreas que forman parte de sus vidas.

Por esta razón, parte de la planificación de la intervención educativa es la consideración del tiempo requerido para su implementación (frecuencia de la intervención, duración de cada sesión, horarios) y en función de ese tiempo disponible, ajustar los objetivos que son posibles de alcanzar.

Es importante que el facilitador consensúe la planificación del tiempo con los participantes del grupo y vuelva a analizar si es posible alcanzar los objetivos o éstos deben re-ajustarse.

Paso 4: Dónde

Tan importante como la consideración del tiempo es la planificación del lugar donde se desarrollará la intervención. Tal como se mencionó previamente, los adultos aprenden mejor trabajando en grupo y en ambientes confortables. Por esta razón, lo ideal es contar con un lugar que permita que los participantes se dispongan en varios grupos (4-5 personas cada uno) y en un ambiente lo más cómodo posible.

Paso 5: Para qué

Es en esta fase donde deben establecerse los objetivos de la intervención educativa, es decir, cuando se han considerado y resuelto los 4 pasos previos.

El éxito de la intervención depende en gran parte de la capacidad de establecer los objetivos basados en los logros de los participantes, es decir, deben ser objetivos que los educando puedan comprobar, cuantificar y verificar.

Por ejemplo:

Al término del taller los participantes (equipos de salud de un CESFAM) habrán:

1. **Identificado** los elementos generales del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.
2. **Discutido** el rol del equipo de salud en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en el CESFAM.
3. **Leído** acerca de las características epidemiológicas en Chile.
4. **Distinguido** a través del trabajo grupal las distintas etapas del ciclo vital familiar.
5. **Practicado** la aplicación de instrumentos de evaluación familiar, a través de una entrevista familiar.

Al término del taller los participantes (usuarios del sector azul del CESFAM) habrán:

1. **Nombrado** las causas de la Hipertensión Arterial Crónica (HTA).
2. **Distinguido** al menos dos formas de automanejo de la HTA.
3. **Diseñado** una estrategia para implementar una de las formas de automanejo.
4. **Identificado** al menos 2 facilitadores para llevarla a cabo.
5. **Identificado** al menos 2 posibles barreras/dificultades para llevarla a cabo.
6. **Practicado** en rol-playing la forma de abordarlos.

Paso 6: Qué

Este paso se refiere a la definición de contenidos que deben abordarse para responder a los objetivos propuestos. La coherencia entre el objetivo y el contenido que se abordará para su logro es clave para el éxito de la intervención.

Paso 7: Cómo

Esta fase busca definir las mejores metodologías para abordar los contenidos y así responder a los objetivos definidos. Dentro de las actividades educativas, Vella (2000) sugiere el desarrollo en cada sesión de distintos tipos de tareas que permitan lograr mayor efectividad en el diseño educativo. Específicamente, plantea el desarrollo de cuatro tipos de tareas: inductivas, de input, de implementación y de integración.⁸⁹

Para el logro de cada una de ellas, se recomiendan distintas estrategias metodológicas tales como:

- Clases expositivas breves y lectura de textos (conocimientos).
- Análisis de casos (comprensión).
- Ejercicios prácticos (habilidades).
- Compartir experiencias propias o conocer la experiencia de otros (actitudes).
- Grupos de encuentro (valores).

Se entiende por **tarea inductiva** aquella que busca conectar a los educandos con un contenido específico. Son tareas del tipo motivacional que estimulan la percepción del educando en un tema específico. Por ejemplo, leer la descripción de un caso, actuar una viñeta sobre una situación clínica, observar un video de corta duración.

Las **tareas de input** buscan conectar al educando con un conocimiento nuevo. Son tareas que entregan conocimientos, entrenan habilidades, estimulan y modelan actitudes. El desafío del facilitador es presentar ese conocimiento de manera atractiva para el /los educandos. Por ejemplo, los participantes comparan dos situaciones, hacen una reflexión sobre una situación usando un contenido enseñado.

Las **tareas de implementación** permiten revisar e integrar los conceptos, practicar habilidades y examinar las actitudes en el curso de la o las sesiones educativas. Este tipo de tareas permite al facilitador y al educando darse cuenta del grado e intensidad en que el conocimiento está siendo adquirido. Un mismo contenido puede requerir de varias tareas de implementación para un mismo grupo o de tareas distintas para grupos distintos. Por ejemplo, diseñar un plan de acción para bajar de peso y monitorear la implementación de distintas actividades para lograrlo.

⁸⁹ Walker, R., Montero, L. [2004]. Principios Generales de la Educación de Adultos. Revista Chilena de Medicina Familiar 5 (2): 65-71.

Por último, las **tareas de integración**, invitan a los participantes a poner en práctica los contenidos, actitudes o habilidades en situaciones reales. Por ejemplo, recrear una situación que contenga los contenidos que se desean integrar a través de situaciones simuladas (role playing), de supervisión (espejo bidireccional), de acompañamiento, etc.

Por último, es recomendable antes de ejecutar la intervención diseñada revisar cada una de las etapas previas y responder las siguientes preguntas:

- ¿Los objetivos responden a los resultados que se desea obtener?
- ¿Las actividades son claras y medibles?
- ¿Los recursos son los adecuados?
- ¿Existe clara relación entre Objetivos, Estrategias y Actividades?
- ¿Hay dificultades que se anticipen que pueden limitar el programa?

De esta forma se reduce el riesgo de encontrarse con dificultades que pudieron ser previstas, sin embargo, se debe recordar que el proceso educativo es sistémico y cambia constantemente por lo que siempre es susceptible de corregir en función de las necesidades de los participantes.

Recuerde que según Freire todos sabemos algo e ignoramos algo y juntos buscamos saber más para actuar en la realidad y transformarla.



Para profundizar en como planificar una intervención educativa revisar anexo 5.

CAPÍTULO IV

PARTICIPACIÓN SOCIAL

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- Revisar el marco conceptual de la participación social
- Identificar el marco legal que define los lineamientos de la participación para el sector y respalda el desarrollo de propuestas.
- Revisar experiencia de participación social en salud.

El fomento de la participación y de los mecanismos para instalar instancias en que los equipos de Atención Primaria de Salud y sus Direcciones, puedan iniciar diálogos con las comunidades de los territorios asignados, posibilita la interacción que promueve el desarrollo de estrategias de salud orientadas a la promoción, prevención y calidad de vida de ese entorno, y se orienta al logro de los grandes objetivos sanitarios de disminuir la desigualdad y proveer servicios acordes a las expectativas de la población; desde posicionamientos horizontales, en torno a objetivos comunes, con equipos de salud que trabajan junto a grupos humanos, en ejercicio de una ciudadanía plena, activa, consciente y responsable, con roles diferenciados, pero integrados, en metas de salud, elaboradas colectivamente.

*“La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan y negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada”.*⁹⁰

En este capítulo, se presentan los aspectos conceptuales involucrados más directamente. Se presenta, el Marco Legal que define los lineamientos de la participación para el sector salud y respalda el desarrollo de propuestas en esta línea. Para luego concluir, con la presentación de mecanismos de participación, desde las experiencias desarrolladas de manera exitosa por el sector.

1. Aspectos Conceptuales.

1.1. Concepto de Participación en Salud:

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la participación social en salud, “es una dirección crucial para promover la equidad en salud, lo que implica participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades afectadas, para convertirse en protagonistas activos en la formación de su propia salud”.⁹¹

Otras definiciones plantean que es el “Proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo consciente y constructivamente en el proceso de desarrollo”.⁹² “Es la articulación de esfuerzos a nivel local, entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto, de gestión de los objetivos sanitarios”.⁹³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), entiende la participación comunitaria como el “proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”. La participación comunitaria permite la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer sus prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones.

*“La participación comunitaria no solo beneficia las **metas**, pues si se lleva a cabo adecuadamente, es una **vía de acción, capaz de aportar al desarrollo del capital social de la comunidad.** (...) Que implica el **aumento en los grados de confianza entre sus miembros, capacidad de asociatividad, compromiso cívico, y valores éticos positivos, que crecen con la participación.** Lo que potencia a las comunidades pobres, **augmentar la conciencia de sus capacidades, su autoestima, y mejorar sus posibilidades de articulación (...)** Las investigaciones han demostrado que esto incide en el crecimiento económico, productividad microeconómica, rendimiento educativo y prevención de la criminalidad. Por esto se entiende, que tiene un alto peso en salud pública”.*⁹⁴

⁹⁰ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

⁹¹ OMS

⁹² Linares, C. [1996]. La Participación: ¿Solución o Problema?. Centro de Estudio y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.

⁹³ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

⁹⁴ Kliksberg, B. [2011]. Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud.

Complementando estas definiciones, y a partir de lo planteado por Celedón y Orellana, 2003⁹⁵ que entiende la participación como medio y como fin, como dos polos de un mismo continuo, se propone que:

1. Participación como **medio**: sea una **estrategia de promoción de la salud**, como recurso para hacer llegar los programas de salud, a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos, y a la movilización de los recursos de salud de la comunidad.
2. Participación como **fin**: considerada como uno de los **determinantes sociales de la salud**, en que el usuario de salud, como sujeto social es capaz de participar directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida (co-gestor de servicios públicos).

Instancias de Participación.

*“Son espacios formales de participación tales como Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos de usuarios u otras denominaciones, de acuerdo a las realidades locales. Son creadas con el objeto de facilitar el Control Social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Están formadas por representantes de las organizaciones comunitarias del territorio”.*⁹⁶

Control Social.

*“Es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual o colectiva sobre las decisiones en materias de salud, que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas, como de las estrategias de implementación”.*⁹⁷

Intersectorialidad

*Es uno de los principios del Modelo de Atención Integral de salud, “...es una política necesaria para postergar el daño, identificar las medidas correctas y coordinarse con los otros sectores, optimizar el control de los factores, para mantener sana a la población, prevenir enfermedades, recuperar, rehabilitar la salud de las personas y realizar los cuidados terminales. Consiste en la coordinación, con otros sectores sociales y gubernamentales, para potenciar los componentes de la calidad de vida, que inciden fuertemente en la salud de la población”.*⁹⁸

⁹⁶ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2005]. Modelo de Atención Integral en salud. Serie cuadernos modelo de atención N° 1.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid.

Identificándose los siguientes sectores como prioritarios:

- Educación: que permita incorporar experiencias de aprendizaje y prácticas de estilos de vida saludable, en las personas y sus grupos familiares.
- Urbanismo y Vivienda: para construir barrios y ciudades saludables que integren a sus habitantes y faciliten el encuentro de las familias y los ciudadanos del país.
- Trabajo: para que las condiciones de trabajo y de remuneración beneficien a las personas en su entorno familiar, comunitario y ambiental.
- Medio Ambiente: para que las condiciones del entorno, sean saludables.

1.2. La participación desde el enfoque de Determinante Social de Salud.

Los determinantes sociales de la salud, para la OMS, son *“las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo sus sistemas de salud, Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los planos, mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las inequidades en salud”*.⁹⁹

Por esto, la Participación Social entendida desde el enfoque de los Determinantes sociales de la Salud (DSS), *“supone habilitar a los ciudadanos y ciudadanas, en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales, que condicionan su nivel de salud o de bienestar”*.¹⁰⁰

1.3. La participación desde el enfoque de Derechos

Mientras que desde el enfoque de derechos, implica considerar a la participación, como una vía encaminada al logro de la disminución de las desigualdades en salud, inserto en los objetivos nacionales de salud¹⁰¹, en la medida que *“las inequidades en salud, se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad”*.¹⁰²

Aspectos normativos y legales de la participación

» Ley Autoridad Sanitaria. N°19.937¹⁰³

- En su Artículo N°1 *“Le corresponde al Ministerio de Salud, entre otros: 1) ejercer rectoría del sector salud en la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.*
- En su Artículo 25-D, señala que, *Existirá un Consejo Consultivo de los usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento. El Consejo Consultivo tendrá la función de asesorar al Director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.*

⁹⁹ Web OMS

¹⁰⁰ Documento de Trabajo Minsal 2009. “Aportes a la Gestión Pública Participativa en Salud”.

¹⁰¹ Documento Objetivos Nacionales de Salud 2000-2010, Minsal, octubre 2002.

¹⁰² Documento de Trabajo Minsal 2009. “Aportes a la Gestión Pública Participativa en Salud”.

¹⁰³ Ley Autoridad Sanitaria N°19.937.

Asimismo, en el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el establecimiento durante el año, así como la Cuenta Pública anual del mismo.

Un reglamento determinará las materias, integrantes y procedimientos que correspondan para el correcto desarrollo de las tareas que competan al Consejo Consultivo.

- » **Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Exenta N°168, 02-04-09.**
- » **Ley N°20.500. Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, inicio en vigencia 16-02-11.** En su artículo N°2 señala, “es deber del Estado promover y apoyar las iniciativas asociativas de la sociedad civil”.
- » **Ley N°20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, inicio vigencia 1 de octubre 2012.** En su artículo 30 señala “por medio del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, se reglamentaran los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver según el caso”.

1.4. La participación como Proceso

En términos de proceso, la participación implica proyectar metas a corto, mediano y largo plazo, y considerar que se trata de un largo proceso en el cual se avanza y se retrocede constantemente.

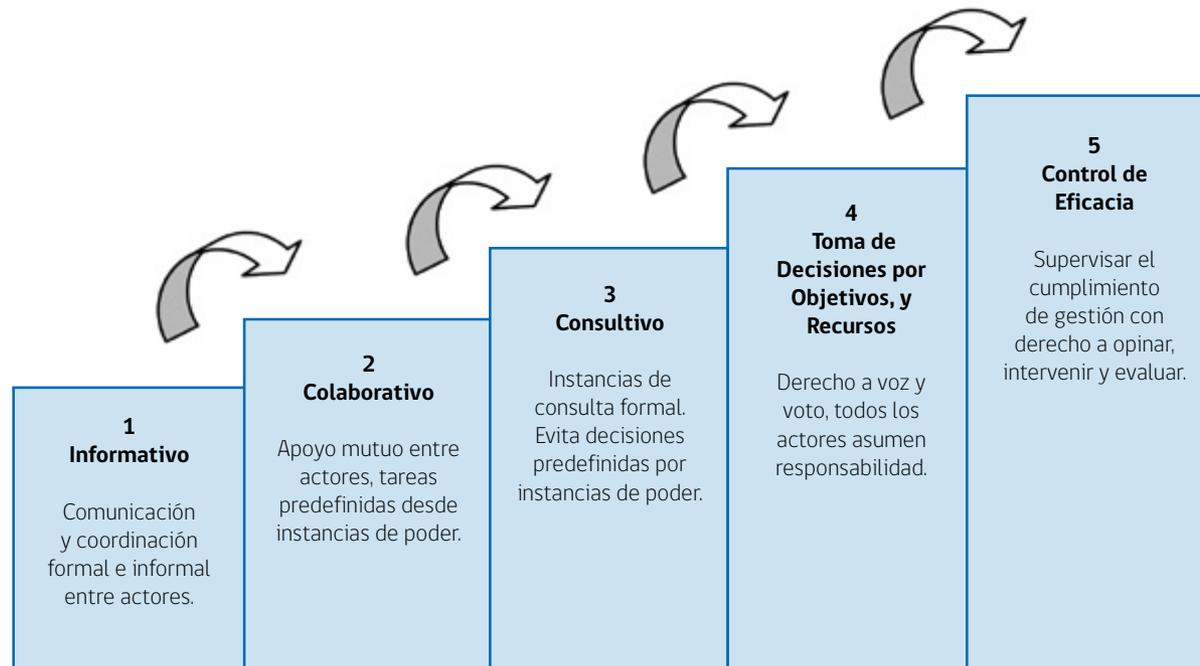
La participación social puede tomar formas diferentes, incluyendo:¹⁰⁴

- Orientar a la gente con información equilibrada y objetiva.
- Consultoría a la comunidad, a partir de la información y retroalimentación recibida.
- trabajo directo en y con las comunidades.
- Colaborar mediante la asociación con las comunidades afectadas, en cada aspecto de la decisión, incluyendo el desarrollo de la identificación de alternativas de soluciones, y
- Empoderamiento, al asegurar que las comunidades, mantengan el máximo control, sobre las decisiones claves, que afectan a su bienestar.

¹⁰⁴ OMS

A continuación, se presentan las etapas implicadas en este proceso de manera integradora, paulatinamente en el siguiente nivel; dando paso a niveles de participación con niveles de compromiso, complejidad y empoderamiento, cada vez mayores.

Figura 7. Etapas del Proceso de Participación



Estas etapas se desarrollan a partir del trabajo sistemático, estratégico y aproximativo con la comunidad, a partir de distintas instancias de participación. En particular, se describen distintas formas de trabajo en participación con la comunidad, desde:¹⁰⁵

1. **Colaboración:** La participación entendida como colaboración de los usuarios con los programas institucionales, y comúnmente no se preocupa por fortalecer la posición de la población frente a los servicios, para desarrollar capacidades críticas, autodeterminación y crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujeto de acción para resolver sus problemas.
2. **Cogestión:** Este tipo de participación avanza hacia la participación autónoma. La cogestión interviene en las decisiones, suponen una descentralización, una democracia del poder y de los mecanismos para acceder a él. La cogestión implica la capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud.
3. **Autogestión:** Constituye una forma más independiente de participación y puede surgir a través de procesos inicialmente acompañados o asesorados y derivar en un proceso más autónomo, ya sea porque la institución a cargo lo promueve, o porque la organización asesorada comienza a necesitar en algún momento de una mayor autonomía. La Autogestión puede nacer desde la base social a través del principio de "autodeterminación". Así es como surgen a nivel local estrategias como los Grupos de Autoapoyo.

¹⁰⁵ Minsal. [2009]. Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile.

4. Negociación: Este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente, donde el Estado y sus instituciones asumen la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de éste, prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de salud, el autocuidado y los hábitos saludables, podrían estar a cargo de la población, comprometiendo al Estado a ofrecer una atención de calidad a todos los ciudadanos.

2. Estrategias de Participación en APS

Los mecanismos de participación en salud deben diseñarse teniendo en cuenta entre otras dimensiones el contexto en el que se va a actuar, las características de la población cuya participación se desea obtener, sus contextos culturales, las experiencias previamente realizadas con ellas, experiencias que resultaron ser exitosas y las que fracasaron.

A continuación se presentan algunos de los mecanismos que han demostrado aportar al desarrollo de la participación comunitaria a nivel local y que se desarrollan en la actualidad:

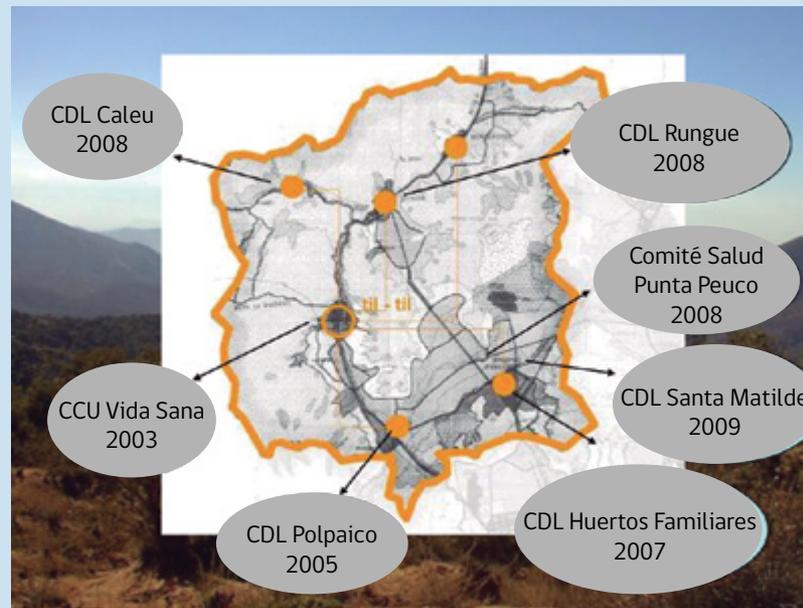
2.1. Consejos Consultivos de usuarios de la salud (CCU) o Consejos de Desarrollo local (CDL)

Descripción	Propósito
<p>Son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos de salud, en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio.</p> <p>Se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local).</p>	<p>Crear estilos de gestión participativa que posibiliten la participación de la comunidad y los equipos de salud en el diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas del sector.</p> <p>Fortalecer la acción comunitaria para facilitar que los usuarios y la comunidad participen en la toma de decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan.</p> <p>Impulsar una efectiva acción intersectorial orientada a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social.</p>

Experiencia desarrollada:

En relación a esta estrategia, el año 2002 el Hospital Comunitario de Til-Til, inicia un desafío proyectado a largo plazo, contando en su inicio con un Diagnóstico Participativo, que evidenciaba las dificultades de acceso y equidad de la comunidad en relación a salud, no se contaba con instancias de participación que apoyasen de manera sistemática, tanto la gestión de la Dirección, del actual Hospital Comunitario Til-Til, (en aquel momento Hospital Til-Til), ni a la Dirección del Departamento de Salud Municipal de Til-Til.

A partir de esa fecha, el equipo de salud, ha acompañado el surgimiento y fortalecimiento de Consejos Consultivo de usuarios (CCU) y Consejos de Desarrollo Local (CDL), en el territorio conforme se detalla a continuación.



A partir del trabajo conjunto de los Consejos Consultivos, los equipos de salud, la Dirección de Servicio Salud Metropolitano Norte, Hospital Comunitario Til-Til y de Salud Municipal ha sido posible avanzar en:

- Diagnósticos Participativos:** en donde la comunidad destacó los nudos críticos de la red de Salud local
- Acuerdos Comunales:** Se acuerda la conformación de una mesa de trabajo conjunta entre todos los actores locales involucrados (Mesa Cuatripartita), SSMN-HCTT, Municipio, Usuarios y Trabajadores de la Salud.
- Cabildos de Salud:** Con la realización de 7 Cabildos Comunales, a la fecha. Este proceso desarrollado a partir del año 2004, tiene entre sus antecedentes, las conclusiones extraídas desde **Primer Cabildo Comunal de Salud**, realizado en el año 2005, con el lema "Por un Sistema de Salud único e Integrado entre Postas Rurales y Hospital". Por esto, en el **Segundo Cabildo de Salud Comunal**, año 2006, se realiza la firma de un compromiso de trabajo conjunto entre Municipio y Servicio Salud Metropolitano Norte, orientada a la Transformación de la Gestión Sanitaria en la Comuna de Til-Til.
- Acuerdo Colaboración** Municipio y Servicio Salud Metropolitano Norte: Uno de los aspectos destacables a nivel de la gestión y participación de las redes locales, se refiere al acuerdo de

colaboración suscrito entre el Alcalde de la comuna y el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte SSMN. En Cuenta Pública Municipal del año 2007, se lleva a cabo el acto formal de firma de dicho acuerdo entre el Servicio de de Salud Metropolitano Norte, Hospital Til-Til y Departamento Municipal de Salud.

- e) **Postulación y Ejecución de Proyectos:** En que, a partir de la obtención de Personalidad Jurídica, Consejo Consultivo de usuarios Vida Sana, ha postulado Fondos Locales de Proyectos, así como también de Fortalecimiento de la Sociedad Civil, desarrollados por Ministerio de Planificación y División de Organizaciones Sociales (DOS).

Luego de esta larga experiencia, así como ocurre en el resto del país,¹⁰⁶ se ha identificado el desafío, que en la actualidad implica desarrollar nuevos mecanismos y estrategias, para enfrentar debilidades que afectan tanto a los Consejos Consultivos de usuarios, como a los Consejos de Desarrollo Local de Salud, y en general a varias organizaciones, entre las principales debilidades se cuentan:

- Dirigentes desgastados por multi-representatividad (una misma persona representa a varias organizaciones simultáneamente).
- Jóvenes no se interesan en participar.
- Mayor número de Adultos Mayores.
- Poca representatividad.
- Mecanismos de renovación de dirigentes poco activos, que se acentúa al no presentarse nuevos candidatos.
- Permanencias por esto, en cargos directivos, por largos períodos.
- Participación motivada por interés personal. "¿Qué gano yo o mis cercanos?"
- Poco sentido de la solidaridad.
- No prima el interés común por sobre el personal.
- Ausencia de corresponsabilidad.
- Visión asistencialista prevalece.

Por otra parte, es importante también tener presente las fortalezas desarrolladas por la comunidad y las organizaciones, en que se encuentran los siguientes aspectos:

- Personas con capacidad de abrirse a una nueva visión.
- Resiliencia.
- Cooperación.
- Disposición a aprender.
- Capacidad de replantearse nuevas maneras de contribuir.
- Apertura al diálogo.
- Apertura a la construcción de una nueva mirada.

Todos estas propuestas, plantean enormes desafíos a los equipos de salud, a partir de aportar las metodologías apropiadas, para desarrollar la co-construcción de las nuevas formas de trabajo en participación.

¹⁰⁶ MINSAL. 2009. Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile.

2.2. Diagnósticos Participativos.¹⁰⁷

¿Qué es el Diagnóstico Participativo?	Objetivo
Es el proceso conjunto, entre la comunidad y los equipos de salud, que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada, dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud.	Obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades.

Objetivos Específicos:

- Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la población, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes.
- Conocer la situación de las prácticas familiares y comunitarias a nivel local.
- Analizar los problemas de salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales.
- Revisar sus causas y consecuencias.
- Proponer acciones para hacer frente a los mismos.

¿Para qué sirve hacer un Diagnóstico Participativo?

- Conocer mejor el lugar donde vivimos y a nuestros vecinos.
- Identificar y conocer una realidad particular.
- Priorizar los problemas con un criterio consensuado por la comunidad y el equipo de salud.
- Facilitar a la comunidad el tomar conciencia de los problemas de salud que los aqueja.
- Dimensionar los problemas y las causas que los provocan.
- Crear espacios para la organización y la participación de toda la comunidad.
- Identificar las fortalezas y oportunidades de la comunidad.
- Edificar una base sólida sobre la cual elaborar un plan de trabajo dirigido a la solución de los problemas comunitarios.
- Definir un punto de partida, diseñar un plan y hacer un seguimiento.
- Recolectar datos que permitan hacerle seguimiento, control y evaluación.
- La información que se obtiene de un diagnóstico participativo permite priorizar y articular los recursos disponibles en torno a la superación de los problemas priorizados.

¿Cuándo realizar un Diagnóstico Participativo?

- Puede realizarse en cualquier momento del año.
- Es el inicio de un proceso o acción, para intervenir una determinada realidad social, es decir: un barrio, un sector de un barrio, el área de un establecimiento o un municipio.
- Es el punto de partida para la elaboración de los proyectos que necesita una comunidad.

¹⁰⁷ Ministerio de salud. [2009]. Aportes a la Gestión Pública Participativa en Salud.

¿Quién realiza el Diagnóstico Participativo?

El diagnóstico participativo lo realiza el equipo local de salud y la comunidad motivada en intervenir una determinada realidad social con el fin de lograr cambios con el compromiso de los participantes (para el desarrollo del diagnóstico se sugiere revisar el capítulo III-2: Educación de adultos: metodología)

¿Qué Diagnosticar?

El diagnóstico participativo es fundamental para lograr la participación informada, consciente, voluntaria y organizada de la comunidad, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles.¹⁰⁸

El diagnóstico participativo es una herramienta que permite conocer a lo largo de un proceso corto, sistemático y profundo la situación de enfermedad y salud de una determinada comunidad. Esta debe realizarse periódicamente, de modo de actualizar los avances, ver las dificultades y retrocesos de la situación de enfermedad y salud de la comunidad.

¿Qué aspectos debe considerar un diagnóstico de situación de salud en general?

Un diagnóstico de situación de salud general es una descripción detallada de los problemas de salud de una región o comuna en un momento dado, considerando sus determinantes, con el fin de establecer prioridades y diseñar estrategias de control. Sirve para:

- Contextualizar el diagnóstico participativo.
- Cuantificar la magnitud de los problemas.
- Valorar la importancia de los factores determinantes.
- Analizar las condiciones de salud de una comunidad y los factores causales.
- Contribuir a determinar prioridades y diseño de estrategias para el control.
- Definir posibilidades de solución.

¿Qué indicadores o dimensiones se integran en un diagnóstico de salud?

1. Situación de Salud: Indicadores básicos, natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por grupos de causas, expectativa de vida, índice de swaroop, AVISA, AVPP, tasas de consultas, egresos hospitalarios, ENO, accidentes y enfermedades profesionales, antecedentes de morbilidad (incidencias y prevalencias), IAAPS.
2. Factores Determinantes Sociales de la Salud (DSS):
 - Factores sociodemográficos y geográficos (población, tamaño y estructura, población urbano-rural, etc.).
 - Factores socioculturales: escolaridad, analfabetismo, trabajo, recreación, previsión, etc.
 - Factores económicos: actividad económica, etc.

¹⁰⁸ Artículo "Alma-Ata 25 años después", David A. Tejada de Rivero. Revista Perspectivas de Salud, Revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 8, Número 2, 2003.

- Transporte, servicios, ambiente físico (saneamiento, contaminantes ambientales, etc.), organización de la atención de salud, organizaciones sociales, etc.
- En zonas de mayor concentración de población con características especiales, por ejemplo indígena, los diagnósticos deben considerar la cultura según corresponda y la realización de estudios epidemiológicos con enfoque sociocultural donde se reconozcan los factores de riesgo y factores protectores que emane de la cultura.¹⁰⁹

Estos son los elementos citados en un diagnóstico, sin embargo lo que se visualiza en los distintos diagnósticos revisados, en planes de salud comunal y la realidad, es que se priorizan los temas epidemiológicos e indicadores de salud y productivos dejando de lado, muchas veces lo que es más importante según el sentir de la comunidad a la que se les presta servicios, recogiendo muchas veces información de actores sociales repetidos y ya casi mimetizados en una relación clientelar con las autoridades de los mismos Centros de Salud. Por lo tanto la recomendación es dar más énfasis al desarrollo del punto menos tratado en los diagnósticos característicos de los centros de salud.

“La participación de la comunidad es relevante, si queremos desarrollar un enfoque de determinantes sociales y de mejoramiento de la equidad. La incorporación de diagnósticos participativos,¹¹⁰ que recogen la opinión y priorización de salud desde la perspectiva de la comunidad, contribuye al desarrollo de este enfoque y a avanzar en la pertinencia de las acciones de salud. La experiencia señala que para obtener mejoría en las condiciones de salud de la población es necesario sumar al diagnóstico técnico, el diagnóstico desarrollado por la comunidad”.

“Los procesos de planificación participativos, tienen la garantía de integrar las necesidades sentidas y/o reales de la población y generar un proceso de construcción conjunta de soluciones con mayor sostenibilidad a las intervenciones diseñadas. El Diagnóstico Participativo abre esta puerta y posibilita a los equipos locales de salud el desarrollo de estrategias más pertinentes”¹¹¹

El diagnóstico participativo, permite llegar a “las causas de las causas” de las condiciones de salud de la población, por lo tanto, además de ser una metodología, es un instrumento político que permite que la población asuma conscientemente sus problemas, se empodere para enfrentar su realidad, en su relación con el Estado y para el desarrollo de un trabajo comunitario en su territorio o localidad.¹¹²

De esta forma un ejercicio participativo en las etapa de planificación del Plan Comunal de Salud permitirá integrar y consolidar la mirada epidemiológica social y la mirada de los pobladores que colectivamente reconocen en su realidad los efectos en su salud y la forma de abordarlos, generando un proceso sinérgico de soluciones .

¹⁰⁹ Elementos para un Diagnóstico Epidemiológico, con enfoque intercultural. Guía Básica para Equipos de Salud”. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile, 2006.

¹¹⁰ Ministerio de salud. [2009]. Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile”, Parte I: Enfoques “Diagnóstico Participativo en Salud”, elaborado por Figueredo Almarza, José Luis: 72.

¹¹¹ Ministerio de salud. [2009]. Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile.

¹¹² Ibid.



Diagnóstico participativo con jóvenes. CESFAM Ana María Juricic, comuna de Maipú

El diagnóstico participativo con jóvenes nace de la falta de información de los propios actores respecto de sus necesidades y demandas, ya que como equipo de salud nos ocupa brindar atenciones integrales y de calidad, con énfasis en lo preventivo y promocional acorde a las características y necesidades de cada etapa del ciclo vital de las personas. En nuestra comuna la población juvenil asciende a 111.904 jóvenes, lo que corresponde al 23.89% de la población total comunal (CENSO 2002).

El CESFAM Dra. Ana María Juricic atiende a una población infanto-juvenil del 40,6% del total de su población inscrita, con un crecimiento anual estimado en esta población del 10,15. Antecedentes que relevan aún más la realización del presente diagnóstico.

Frente a este escenario, es como se gesta este diagnóstico que se realizó en colaboración con tres colegios del Barrio Sol Poniente de la comuna de Maipú: Colegio Carlos Oviedo Cavada, Complejo Educacional Anexo Rinconada y Colegio San Juan Diego de Guadalupe. Estas instituciones fueron de vital importancia, porque facilitaron las instalaciones de los establecimientos educacionales para poder realizar el levantamiento de la información y además la propuesta fue validada por los mismos colegios pues también reconocen la necesidad de información respecto a las temáticas biopsicosociales, que influyen en la cotidianidad de los jóvenes y como salud desde una perspectiva amplia influye en su condición de vida.

Por lo tanto, los objetivos se orientaron a:

- *Actualizar la información de la situación epidemiológica y socio- demográfica de la población con el objeto de entregar una mejor atención y oferta en intervenciones biopsicosociales.*
- *Identificar la percepción de los jóvenes respecto al Centro de Salud Familiar y sus necesidades de salud.*

Trabajamos con una muestra del 5% del total de estudiantes matriculados y que estaban cursando entre primero y cuarto medio. Como herramienta metodológica utilizamos la técnica de "focus Groups", para lo cual contamos con el apoyo de trabajadores sociales en práctica de cuarto año de la carrera, lo que facilitó la obtención de información de parte de los participantes, pues la técnica permitió generar un mayor vínculo con los adolescentes y mayor libertad para responder las preguntas que indagaban en sus percepciones de salud y enfermedad.

Fases de Co-construcción de diagnóstico participativo

1. Motivación y socialización: *Contacto con colegios, elaboración de afiches y trípticos.*

En una primera etapa se contactó a los directores mediante carta formal firmada por la dirección del CESFAM, y la parte operativa se coordinó con los docentes orientadores de los colegios, acogiendo la demanda y visualizando la importancia de las temáticas de salud que influyen en el desarrollo de los estudiantes. Se realizaron convocatorias mediante afiches y stand en los recreos de los colegios, incentivando a los jóvenes a participar e informándoles de la importancia de sus opiniones que permitirán al CESFAM conocer sus demandas e incorporarlas en el trabajo de los equipos de salud.

2. *Diseño y planificación del diagnóstico: planteamiento del problema, objetivos, metodología a utilizar.*
3. *Contextualizar el diagnóstico: Antecedentes y características locales.*
4. *Marco teórico: Búsqueda de lineamientos teóricos referidos a la temática.*
5. *Coordinación y aplicación de Focus Groups.*
6. *Transcripción y análisis de la información de los focus groups.*
7. *Análisis de principales problemas y acciones a desarrollar.*
8. *Devolución y presentación de los datos obtenidos a la comunidad.*
9. *Sistematización de la experiencia mediante reflexiones finales del aprendizaje.*

Una vez que se realizaron los focus groups en los tres colegios a jóvenes de 14 a 19 años participaron en grupos de 15 personas aproximadamente, esta tarea tuvo una duración de un mes y medio, tal labor significó un trabajo de campo enriquecedor, pues la dinámica de los grupos fue fluida, se partió por generar espacios de confianza con los jóvenes mediante conversaciones.

La obtención de información fue mediante grabaciones y registro fotográfico de las actividades, posteriormente se transcribieron las entrevistas grupales y se realizó el análisis de discurso, en donde se tomó en consideración no sólo lo expresado por los jóvenes explícitamente, sino también la utilización de la observación como herramienta para el análisis como la entonación, interacción entre pares, contexto e historia de vida de las personas.

Resultados

Los focus groups relevaron la importancia de la participación de los jóvenes en el proceso y como pueden influir en la toma de decisiones locales.

Se pudo evidenciar, que existen las mismas percepciones generación tras generación en relación al sistema de salud público, el cual es calificado como “deficiente”, sin embargo ellos no lo han comprobado de manera directa, ya que no consultan habitualmente y cuando lo hacen van a los servicios de urgencia, como el SAPU, pues por esa vía resuelven sus problemáticas de salud.

Por otro lado, pudimos confirmar que los jóvenes si están preocupados de su estado de salud integral, no así de la forma cómo se están llevando a cabo los programas de salud, pues los ven distantes y lejanos, por lo cual el principal desafío que queda para los equipos de salud, es el ser “creativos e innovadores” al momento de presentar temáticas relevantes para captar la atención de los jóvenes. Estos ejemplos fueron parte de los resultados que se obtuvieron del diagnóstico local, proceso que no estuvo exento de inquietudes y temores por parte del equipo, principalmente antes de la realización de los focus, pues existía la posibilidad que los estudiantes no llegaran al encuentro, que no quisieran expresar sus ideas, etc. Vivencias que se transformaron en crecimiento profesional para el equipo de salud, debido a que a partir de estos hallazgos las acciones del CESFAM fueron incorporadas en las áreas de promoción y prevención en salud de la programación local 2012.



Se sugiere la lectura de Manual de trabajo comunitario; Postas de Salud Rural¹¹³

¹¹³ Ministerio de Salud. 2010. manual de trabajo comunitario. Postas de salud rural: 30-44.

2.3. Oficinas de Información, reclamos y sugerencias (OIRS) y Satisfacción usuaria.

Estas oficinas se encuentran ubicadas en todos los establecimientos de la red asistencial de salud. La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS, se encuentra presente en todos los servicios públicos, reciben y canalizan las solicitudes, reclamos y sugerencias de todos los usuarios y usuarias. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios y las usuarias en los establecimientos de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas del Estado, resguardando los derechos en salud de los ciudadanos y ciudadanas.

2.4. Mapas Epidemiológicos y de recursos comunitarios.

Descripción	Propósito
El mapa epidemiológico, también llamado croquis del área de influencia es una representación gráfica de las principales características del territorio y población bajo la responsabilidad de un centro de salud o sector del mismo. ¹¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar gráficamente el territorio, las viviendas, familias e instituciones relevantes de la comunidad y la forma de acceso hacia ellas. • Constituir un instrumento de vigilancia epidemiológica de riesgo y/o daños en salud identificados por la comunidad y el equipo de salud. • Programar el trabajo de terreno del equipo de salud, aplicando enfoque de riesgo.¹¹⁵

MAPA EPIDEMIOLÓGICO POSTA DE SALUD RURAL LA ESTAQUILLA¹¹⁶

Hace casi dos siglos, comienza el uso de la caracterización geográfica de casos, especialmente de enfermedades infecto contagiosas, para la visualización de factores de riesgo y la toma de medidas sanitarias para su control.

En nuestro país, su uso en el ámbito rural es de larga data, donde representa un instrumento de vital importancia para el conocimiento de la población a cargo y la planificación de las actividades.

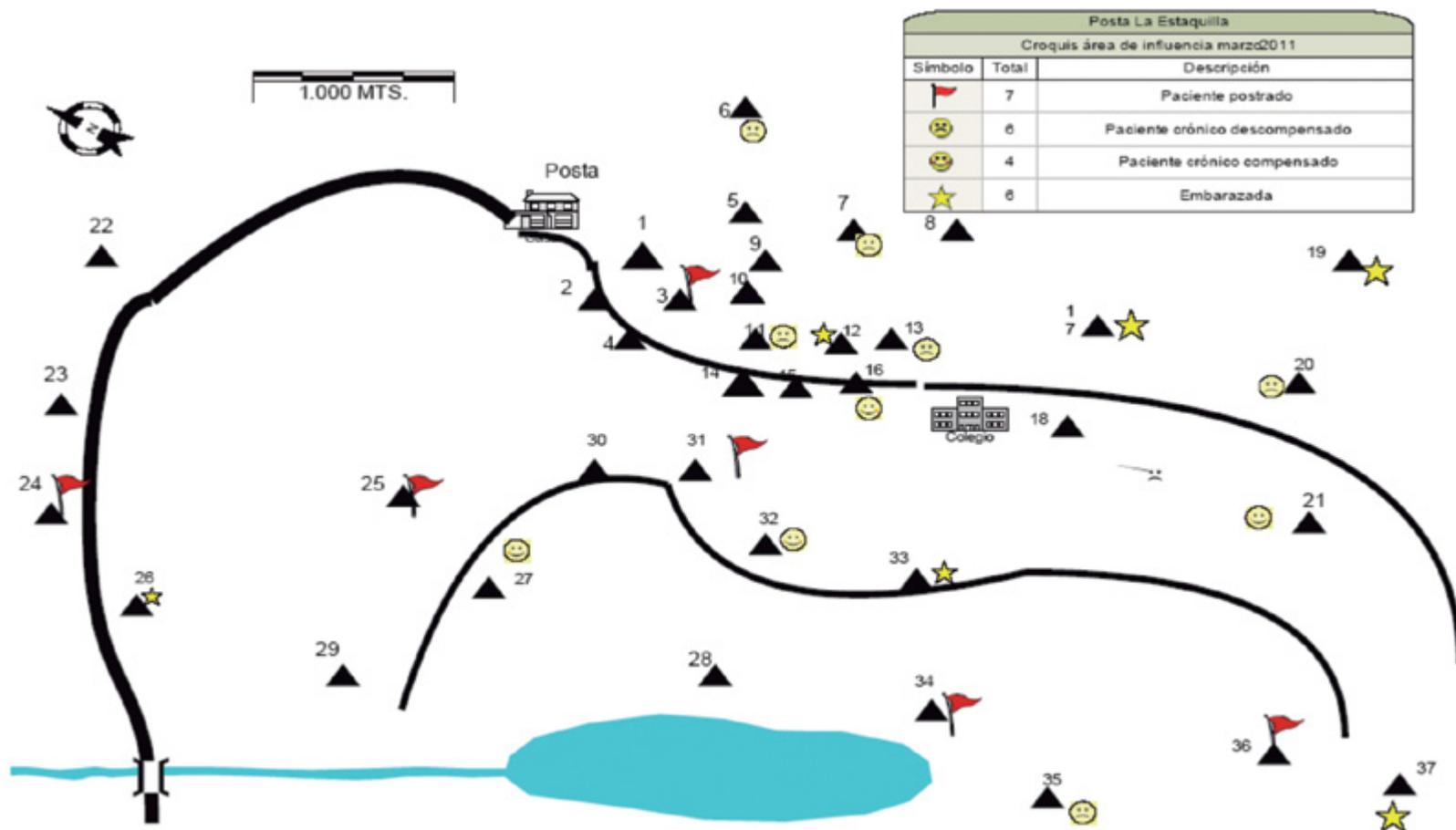
Con el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud, se promueve la construcción de mapas epidemiológicos por sector, siendo el equipo y la comunidad los responsables de definir los problemas a graficar, de acuerdo a la realidad de cada población; con el propósito que sea una herramienta útil para el equipo de salud.

A continuación se presenta un ejemplo de mapa epidemiológico de las características de la población utilizado en la Norma Técnica de Postas de Salud Rural.

¹¹⁴ Ministerio de Salud. [2011]. Normas Técnicas Postas de Salud Rural.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ministerio de Salud,. Subsecretaría de Redes Asistenciales [2011]. Norma Técnica 121, Posta de Salud rural: 37.



CAPÍTULO V

PROCESO DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN A CARGO CON ENFOQUE FAMILIAR

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- Reconocer la importancia del enfoque familiar.
- Reconocer dificultades en la aplicación práctica de este enfoque.
- Identificar los Niveles de Intervención para la programación del trabajo con familias.
- Identificar la Historia Clínica Orientada a Problemas como herramienta ordenadora y de registro de las actividades del Modelo.

1. Elementos Conceptuales y antecedentes del Trabajo con Familias en Atención Primaria

En los capítulos anteriores se analizó la planificación de las actividades propias del Modelo cruzando en una matriz las variables de ciclo vital (*longitudinalidad*) con los niveles de prevención o del proceso salud-enfermedad (*integralidad*) para los problemas de salud priorizados. Este cruce mostró, sucintamente, distintos grupos de la población a cargo (enfoque de riesgo-protección) y cuál es la mejor intervención (*gestión clínica*) para contribuir a mejorar su calidad de vida. Esta mirada permitirá tener una rápida y completa visión de los problemas priorizados y del énfasis que la planificación del Centro de salud otorga a cada uno de ellos.

El *Enfoque Familiar* es uno de los aspectos relevantes de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud. Desde este enfoque, la familia es el contexto social primario para promover la salud y tratar la enfermedad, por lo tanto el éxito de nuestras intervenciones depende en gran medida de cómo la familia adopte acciones orientadas a estilos de vida más saludables. Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado, fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud.¹¹⁷

Familia y Salud

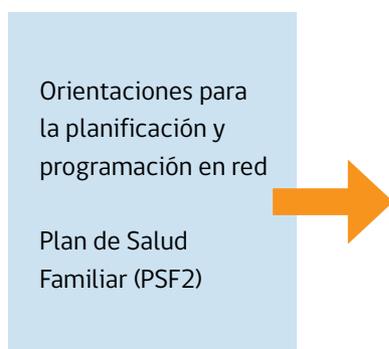
- Fuente primaria de educación para la salud.
- Influye en los individuos (“verdades familiares”, patrones repetitivos de conductas, etc.).
- Modela en la manera de reaccionar al estrés y determina la capacidad de adaptación de sus miembros.
- Decide el uso del sistema de salud y de autocuidado.

Los equipos de APS ocupan un lugar privilegiado para comprender e intervenir a las familias dado que toman contacto con ellas en varios hitos de la vida familiar que pueden constituirse como crisis normativas (ejemplo, nacimiento de hijos) y no normativas (ejemplo, diagnóstico de una enfermedad crónica), en actividades consolidadas en los programas de salud y revisadas anualmente en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red” (**Matriz de cuidados de salud a lo largo de la vida**).¹¹⁸

¹¹⁷ Horwitz, N. [1986]. Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud. En R. Florenzano, N. Horwitz, I. Ringeling, G. Venturini & P. Villaseca, Salud familiar. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.

¹¹⁸ Ministerio de Salud. Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Atención Primaria. [2012] Orientaciones para la planificación y programación en red.

Figura 8. Actividades de Atención Primaria en distintas etapas del ciclo vital de una familia



Estas actividades están orientadas directa e indirectamente a la familia. Indirectamente, desde el individuo a la familia (ejemplo: control de salud, exámenes preventivos) o también desde la comunidad a la familia (ejemplo: educación para la salud). Esto es muy importante, ya que el grueso de los problemas de salud desde el Modelo de Atención Integral de Salud, son abordados con énfasis en la promoción y la prevención. Las actividades se orientan directamente a la familia cuando aumenta el riesgo de daño y se requieren intervenciones más complejas (ej. gestión de caso o estudio de familia, terapia familiar). El trabajo directo con las familias, propuesto en las **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red** contempla al menos 20 actividades, dirigidas a familias en riesgo psicosocial. Muchas de estas actividades requieren que el equipo de cabecera defina cuales son las familias en riesgo biopsicosocial. Es por esto que la meta de los equipos de salud debe tener un conocimiento básico de todas las familias de su población a cargo (*enfoque de riesgo-protección*) para poder decidir a cuales de ellas se les debe ofrecer una intervención familiar de mayor profundidad.



En anexo 6 revisar intervenciones a las familias en orientaciones para la programación y programación en red.

La experiencia de trabajo con familias de los equipos de salud durante los años de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud ha tenido algunas dificultades relacionadas con:

- la dificultad de contar con un instrumento de evaluación de riesgo familiar validado para la población a cargo.
- la dificultad de “dosificar” las intervenciones y lograr una cobertura efectiva.
- el abordaje de familias de alto riesgo biopsicosocial y el desgaste subsecuente de los equipos en intervenciones sin lograr los resultados esperados.

Características de los equipos que han sistematizado experiencias:

- Orientación transdisciplinaria y de gestión del conocimiento con instancias periódicas de reunión (Reunión de Sector).¹¹⁹
- Metas claras en las intervenciones y evaluación de su cumplimiento.¹²⁰
- Participación en la Red intersectorial.

Preguntas frecuentes en el trabajo con familias

- ¿Cómo pueden los equipos hacer un tamizaje de riesgo familiar?.
- ¿A qué familias se les debe ofrecer una intervención del equipo de APS?.
- ¿Cómo se hace una intervención familiar desde un equipo de APS?.
- ¿Cómo se debe acompañar a las familias de riesgo biopsicosocial alto?.
- ¿Cómo se evalúa el trabajo con una familia?.
- ¿Qué conflictos éticos se presentan en el trabajo con familias?.

2. Niveles de Intervención del Equipo de Salud con las Personas y sus Familias

Al respecto, Doherty y Baird estudiaron como los médicos de familia se aproximaban a la familia desde las atenciones individuales y describieron cinco *Niveles de Intervención con las Familias*.¹²¹

Nivel 1: Mínimo énfasis

Nivel 2: Información y consejería informativa

Nivel 3: Sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis

Nivel 4: Evaluación funcional e intervención planificada

Nivel 5: Terapia familiar

¹¹⁹ Niveló, M.; Menares, V & Pinto, C. [2011]. Reunión de Sector: transdisciplina, y gestión del conocimiento. Estrategia trazadora del Modelo de Salud Familiar. Ponencia presentada en XIII Congreso Chileno Salud Familiar.

¹²⁰ Weinreich, María Lorena and Hidalgo, Carmen Gloria. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psyche* [online]. 2004, vol.13, n.1 [cited 2012-05-23], pp. 33-42 . ISSN 0718-2228. doi: 10.4067/S0718-22282004000100003.

¹²¹ Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with patients and their families. A model for teaching and research. *J Fam Pract*. 1994 Dec;39(6):535-44.

Adaptando esta visión al principio de la Continuidad de los cuidados y a la realidad de los equipos de APS, es posible aplicar cuatro de los cinco niveles de intervención a todas las actividades dirigidas a la atención de personas en el Centro de Salud, incluyendo también las atenciones de choque, urgencia o morbilidad aguda, como se propone en la figura 9.

Figura 9. Niveles de Intervención del Equipo de Salud con las Familias a Cargo

** Depende de quienes ejecuten las actividades programadas para los niveles 2 y 3*

*** Según la Matriz de Cuidados a lo largo del Ciclo Vital pueden estimarse las familias que se encontrarán en crisis normativa. Las crisis no normativas pueden estimarse apoyándose en los ingresos control de patologías crónicas y de salud mental, por ejemplo.*

****Donde lo defina la Red de Salud local. Algunos centros cuentan con este nivel de especialización.*

El conocimiento de estos niveles permite:

- Caracterizar con precisión y rapidez en que consiste cada actividad que realiza un Centro de Salud Familiar.
- Programar las intervenciones (cobertura, concentración, instrumento, rendimiento óptimo), dentro de una programación flexible.
- Definir las competencias requeridas para que cada actividad sea eficaz.
- Determinar las herramientas útiles en cada nivel de intervención.

Nivel	Objetivo	Dirigido a	En que actividad	Quienes lo ejecutan	Habilidades y Conocimientos *	Herramientas más útiles
Nivel 1 Cobertura Universal	Acceso al centro para resolver problemas puntuales y pesquisar factores de riesgo/protección. Énfasis familiar básico	Todas las personas: Cobertura universal	Consultas de alto rendimiento y/o SAPU	Todos los miembros del equipo involucrados con la atención de personas	Excelencia clínica, habilidades comunicacionales y competencias humanísticas	Historia Clínica Orientada a Problemas (Sistema de registro SOAP) Genograma básico
Nivel 2 Cobertura Universal	Acompañamiento con Empatía Cognitiva	Todas las familias a través de casos índice	Consultas y controles	Los que el Centro defina	Ciclo Vital Familiar, Consejería y Entrevista Motivacional	Genograma Estructural Ecomapa Encuesta de Familia
Nivel 3 Cobertura Programada	Acompañamiento con Empatía Emocional	Algunas familias a través de caso índice	Consultas y controles en crisis (normativas y no normativas)	Los que el centro defina	Capacidad de responder a necesidades emocionales Intervención en Crisis	Genograma Relacional Círculo Familiar Mapa de Red
Nivel 4 Cobertura Programada	Intervención Familiar Planificada	Algunas familias como núcleo de intervención	Consultas y controles en crisis (que ponen en riesgo la salud de la familia)	Médicos de familia, psicólogos y otros profesionales capacitados	Hipótesis Sistémica / Entrevista Familiar Intervención Planificada	Entrevista familiar

Al estar insertos en la estrategia de APS, el enfoque familiar está presente en todos los niveles de intervención, por lo tanto cada nivel se apoya en los otros (*Continuidad*) y además en los otros niveles de prevención (*Integralidad*). Es por esto que se requieren competencias básicas, transversales a todos los profesionales.

- Competencias humanísticas o éticas.
- Habilidades comunicacionales.
- Excelencia Clínica.

Se recomienda utilizar la Historia Clínica Orientada a Problemas (HCOP) como base de registro de todos los niveles, herramienta que permite operacionalizar los principios fundamentales del modelo:

- Centrado en el usuario: dado que se organiza en torno a los problemas percibidos por la persona y el profesional, aunque no constituyan un diagnóstico, con énfasis en los aspectos subjetivos relevantes para el plan de cuidado.
- Integralidad: consideran problemas biopsicosociales en todas las etapas de proceso salud-enfermedad.
- Continuidad: permite clarificar los planes de cuidado, sus objetivos y responsables del equipo y de la red de salud.



Para profundizar en historia clínica orientada a problemas, revisar anexo 7.

Nivel 1: Énfasis Familiar Básico

Aunque su nombre no es el más apropiado, es un nivel muy importante por que es el más frecuentemente utilizado, en aproximadamente un 50% de las consultas de médicos de familia.¹²² En nuestro medio, este nivel se da en la atención de los SAPU, en las consultas de morbilidad de alto rendimiento.

En este nivel, la entrevista se orienta al problema actual (recordar HCOP) y probablemente la información que obtengamos de la familia esté al servicio de este también.

Ejemplos:

- ¿Hay alguien más enfermo en la familia?
- ¿Hay algún fumador en la familia?
- ¿Existe alguna persona que le pueda ayudar a tomar los medicamentos?.
- Creo que es necesario que visite a su médico de cabecera / que nos volvamos a ver.

A este nivel tienen acceso todas las personas del CESFAM.

¿Cómo se da continuidad a los cuidados desde este nivel?

- Las habilidades comunicacionales permiten detectar señales sutiles, especialmente las no verbales, como una guía para evaluar la necesidad de un nivel de intervención de mayor complejidad. Ejemplo: creencias o patrones de funcionamiento que influyen en los tratamientos, pesquisa de problemas de salud mental o crisis, policonsulta, etc.
 - Consultas frecuentes por problemas menores.
 - Consultas frecuentes por múltiples dolencias.
 - Consulta por un síntoma que existe desde hace mucho tiempo.
 - Incongruencia entre el sufrimiento del paciente y la naturaleza menor del síntoma.
 - Consulta de los padres por problemas menores en sus hijos.
 - Consulta de un adulto acompañado de otro familiar consistentemente.
 - Enuresis y/o Encopresis.
 - Madre soltera.
 - Ausencia de padres durante períodos prolongados.
 - Primera consulta prenatal al final del embarazo.
 - Embarazo no deseado.
 - Violencia intrafamiliar.
 - Bajo rendimiento y/o repitencia escolar.
 - Enfermo crónico en la familia.

¹²² Marvel MK, Doherty WJ, Baird MA Levels of physician involvement with psychosocial concerns of individual patients: a developmental model. *Fam Med*. 1993 May;25(5):337-42.

- Duelo no resuelto.
 - Y todos aquellos que a los integrantes del equipo de salud les llame la atención y considere necesario evaluar con su equipo.
-
- También este nivel se apoya en la programación de actividades orientadas a las familias provenientes de las matrices de problemas priorizados. Ejemplo: Un niño que consulta por un resfrío, es posible que en esa consulta no aparezca nada especial pero está la oportunidad del Control sano o de las actividades de promoción para llegar a esa familia en un nivel 2 o 3.

¿Qué instrumentos de evaluación familiar se deben utilizar en este nivel?

Por el escaso tiempo, probablemente el único instrumento que se utilice sea un esquema básico de la familia nuclear o de las personas que cohabitan, con la información relevante para el problema actual. En algunos casos, puede ser útil registrar algunos elementos del Ecomapa también (ej: jardín Infantil). Algunos programas de ficha electrónica permiten una rápida confección de genograma y ecomapa. También es importante que si el genograma o ecomapa han sido confeccionado previamente este sea de rápido acceso para las atenciones de nivel 1.

Nivel 2: Empatía Cognitiva

Este segundo nivel se ha descrito como de intercambio de información en colaboración, de información continua y consejería. La clave en este nivel es escuchar respetuosamente opiniones, percepciones y expectativas de los miembros de la familia. Se elabora un plan que involucra a la familia en el cuidado de uno de sus miembros.

Este nivel se da en los controles de salud y en las consultas por problemas de salud física que pueden alterar el funcionamiento familiar. Es, por lo tanto, el nivel de mayor cobertura, al cual debieran acceder todas las familias de la población a cargo, a través de uno o más miembros de ella.

Ejemplo de intervenciones en nivel 2:

- ¿Qué inquietudes trae a este control?
- Veo que sus esfuerzos están resultando para que su hijo crezca sano.
- ¿Cuál de estas recomendaciones piensa usted que le resultará más difícil/ fácil seguir?
- ¿A qué atribuye usted estas molestias?
- Existen dos alternativas de tratamiento, ¿Cuál prefiere usted?
- ¿Tiene su esposa alguna opinión de la causa de este dolor persistente?

¿Qué instrumentos de evaluación familiar se sugiere/pueden utilizar en este nivel?

Encuesta de familia: debe ser una encuesta que permita a cualquier miembro del equipo de salud obtener información resumida sobre las necesidades/problemas de salud de una familia, sus principales factores biopsicosociales de riesgo y de protección (ejemplo: hábitos, estado nutricional, escolaridad, presencia de patologías crónicas). Habitualmente, la encuesta familiar es de diseño local, debido a que son fruto del diagnóstico de salud y la priorización de problemas de la población a cargo. Debe incluir el Genograma y Ecomapa como se explica a continuación. Idealmente, la encuesta de familia es de cobertura universal, para tener un diagnóstico de salud familiar que alimente también la matriz de longitudinalidad e integralidad de los cuidados.

Genograma: en este nivel es necesario confeccionar un genograma de tres generaciones y destacando la presencia en sus miembros de factores de riesgo y protección mencionados.

Ejemplo:

Ecomapa: El ecomapa es fundamental a la hora de aproximarse a los factores protectores, a factores ambientales que pueden ser fuente de estrés y como herramienta para facilitar el trabajo intersectorial. En este nivel es muy importante identificar los principales componentes del ecomapa: educación, trabajo, organizaciones comunitarias o del intersector en contacto con la familia, red de salud. Según la realidad local, pueden ser importantes otros elementos como el transporte público, en lugares que tengan dificultad en el acceso a los servicios de la comunidad. Una sugerencia es graficarlo junto con la persona al momento de confeccionar el genograma. Al igual que con el genograma, el ecomapa puede irse completando a medida que se tiene un mayor conocimiento de la familia o cuando es necesario profundizar la intervención a un nivel 3 o 4 (ver anexo 8 para su descripción detallada)

Nivel 3: Emocional, apoyo e intervención en crisis

En este nivel el profesional de la salud trabaja en colaboración con el usuario y su familia apoyándola en resolución de distintas crisis normativas y no normativas que le produzcan niveles altos de estrés, pero relacionándolos con las particularidades de la interacción familiar. Por esta razón, debe ser empático y estar atento para responder a las señales que dan cuenta de las necesidades emocionales de las personas.

Además debe tener habilidades para reforzar positivamente los esfuerzos que la familia hace para enfrentar la situación que está viviendo, para detectar algunos aspectos disfuncionales en la familia y para establecer una alianza que involucre a la familia en el plan de intervención. Para intervenir en este nivel, el profesional de la salud requiere entrenamiento formal y supervisión de su trabajo con familias con el fin de integrar completamente los sistemas familiares a su propia práctica profesional. Por esta razón, muchas de las familias intervenidas en este nivel requieren de la mirada transdisciplinaria del equipo de sector, lo que deberá realizarse con consentimiento informado para iniciar la Gestión de Caso (detallada más adelante).

El equipo del sector puede convenir que la familia puede verse favorecida con una intervención familiar basada en el trabajo de duplas flexibles. El trabajo en duplas implica la formación de parejas de profesionales, en donde se integran y relacionan las miradas biomédicas y psicosociales, considerando como integrantes de la dupla a los profesionales del equipo de salud más atinentes para el desarrollo del trabajo vincular y de acompañamiento de esa familia.

Cada dupla debe tener asignado un horario especial de trabajo debiendo realizar en este tiempo, acciones de trabajo con las familias, así como de coordinación, elaboración y evaluación del desarrollo del plan de acción específico. Este trabajo tiene a su base las necesidades y recursos de las familias, lo que permite el logro de objetivos propuestos, de manera oportuna y con sentido para los sujetos involucrados.¹²³

Ejemplos de intervenciones de Nivel 3:

- El control de un recién nacido del primer hijo de una pareja.
- El primer control de un enfermo crónico.
- El control inicial de un enfermo terminal.
- El control problemas de salud mental.
- En situaciones de duelo o en enfermedades con un fuerte componente psicosomático.

¿Qué instrumentos de evaluación familiar se sugiere/pueden utilizar en este nivel?

- Genograma: en ese nivel puede ser útil construir un genograma completo (estructura y relacional) y analizarlo de acuerdo a sus categorías.
- Mapa de redes.
- Círculo Familiar.
- Otros instrumentos según criterio y experiencia del equipo (PRACTICE , FIRO, otros).

¹²³ Proyecto Áncora. Red de Centros de Salud Familiar UC (s/f). Intervención familiar con metodología de duplas flexibles.

Nivel 4: Enfoque sistémico e intervención planificada

Este nivel requiere que el profesional de la salud esté adiestrado en la evaluación en profundidad de las familias y en intervenciones familiares complejas. Además, debe tener habilidad para ayudar a los integrantes de la familia a generar formas alternativas para manejar sus dificultades sin que eso implique sacrificar la autonomía de sus integrantes y para identificar disfunciones familiares que requieren de una intervención que sobrepasa la resolutivez del nivel de atención en que se desempeña, coordinando su derivación al nivel que corresponda. Al igual que en el nivel 3, se realizará la Gestión de Caso con el consentimiento de la familia.

Ejemplos de intervenciones de Nivel 4:

- Evaluación y el tratamiento inicial de trastornos crónicos como dolor, adicciones y trastornos del ánimo.

¿Qué instrumentos de evaluación familiar se sugiere/pueden utilizar en este nivel?

- Genograma: en ese nivel puede ser útil construir un genograma completo y analizarlo de acuerdo a sus 6 categorías.
- PRACTICE y FIRO.
- Como es SU/TU familia.



Para profundizar en intervenciones en este nivel se sugiere revisar Manual de Atención de Familias para Profesionales de la Salud.¹²⁴

Nivel 5: Terapia Familiar

El nivel cinco corresponde a la terapia familiar formal. Consiste en una serie de intervenciones terapéuticas planificadas con familias disfuncionales para modificar pautas relacionales que producen una alteración crónica del funcionamiento de la familia.

Este tipo de intervenciones requiere de preparación formal y entrenamiento en el área, lo que escapa a la formación y práctica habitual de los profesionales de la salud.



Para profundizar en instrumentos de abordaje familiar útiles en cuidados primario, revisar anexo 8.

¹²⁴ Montero L., Dois A. [2012]. Manual de Atención de Familias para Profesionales de la Salud. Ediciones UC.

3. Evaluación de Riesgo y Protección Familiar

El riesgo puede tener distintas connotaciones. Puede denotar una probabilidad de que se produzca un resultado adverso o como factor que aumenta esa probabilidad.¹²⁵

En varios ámbitos de la salud se han encontrado algunos hechos que tienen factores de riesgo claramente definidos, por ejemplo, la diabetes, la hipercolesterolemia, el tabaco y la hipertensión como factores de riesgo para eventos cardiovasculares. Sin embargo, continuamente aparecen otros factores asociados y la aparición de daño parece ser cada vez más multifactorial.

En el ámbito familiar la percepción de daño o hecho adverso puede tener distintas definiciones según la mirada subjetiva de quienes lo viven y quienes lo evalúan. Por esta razón, es que la investigación y la generación de un producto concreto para la evaluación del riesgo de daño familiar continúa siendo un desafío. En términos generales, desde la mirada de la Salud Familiar, el daño se produce cuando uno o más miembros de la familia no alcanza los logros esperados a su etapa de desarrollo en el ciclo vital individual.

¿Qué es el riesgo familiar?

- Condición o características que posibilitan un proceso patológico en un grupo familiar o uno de sus miembros.
- Condición que afecta a la familia y a su relación con la comunidad.
- Proceso dinámico multifactorial.
- Puede afectar a un integrante y de ahí a todo el sistema familiar y su funcionamiento.
- Este riesgo se minimiza al habilitarse los factores protectores.

¿Por qué es importante su estudio?

- Los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales actuales plantean problemas complejos cuya aproximación requiere de un nuevo modelo de atención con enfoque biopsicosocial que evalúe los factores de riesgo así como también los de protección. Es decir, que tome en cuenta no solo lo que no tienen las familias, sino lo que sí tienen. Esta complejidad de los problemas actuales debe afrontarse con un trabajo inter, multi y transdisciplinario (capítulo 2).
- Existen distintas metodologías, técnicas y herramientas que permiten abordar estos riesgos tales como las habilidades y destrezas para el trabajo con familias planteadas en los Niveles de Intervención familiar de Doherty y Baird.¹²⁶ Así como también el conocimiento sobre acciones de fomento de los factores protectores que promueven resiliencia.
- Su justificación ética radica en la posibilidad de beneficencia a las familias según su nivel de riesgo y el favorecer la autonomía de las personas y sus familias al apoyarlas en la toma de decisiones para el enfrentamiento de sus problemas de salud. Además, contribuye a la equidad al entregar a los individuos intervenciones de salud según sus necesidades ya sean de protección o riesgo.

¹²⁵ OMS, Informe de la Salud en el Mundo 2002, Capítulo 2 Definición y evaluación de los riesgos para la Salud.

¹²⁶ Marvel, Schilling, Doherty, & Baird, 1994. Levels of physician involvement with patients and their families. A model for teaching and research. The Journal of family Practice, 39, 535-544.

¿Cuál es su utilidad?

Entre sus usos, permite al equipo de salud:

- Buscar e identificar indicios de riesgo (signos indirectos).
- Valorizar y apoyar factores protectores y conductas positivas, no centrarse sólo en lo negativo.
- Fortalecer competencias de las familias en el manejo de problemas de salud y toma de decisiones.
- Elaborar un Plan de cuidados consensuado con la familia según el Nivel de Intervención requerido.
- Calcular y programar intervenciones de familia para la población a cargo.

¿Cómo se evalúa y determina?

Para definir la condición de riesgo familiar no ha habido consenso en la determinación de un instrumento universal validado para su uso a nivel nacional. Se han desarrollado diversas experiencias utilizando instrumentos creados y adaptados de acuerdo a las realidades locales y las capacitación de los profesionales.^{127, 128}

Se recomienda para hacer la evaluación de riesgo/protección familiar la selección y adaptación del instrumento de tamizaje. Este trabajo se puede concretar en la reunión de sector, instancia estratégica y trazadora del Modelo de Atención Integral de Salud, donde se lleva a cabo la evaluación familiar a través de la revisión de las Encuesta de familias y la Gestión de caso de familia.

En la figura 10 se ejemplifica la identidad como logro esperado en la etapa de la adolescencia en relación con algunos factores protectores y de riesgo. Al evaluar una familia con adolescentes, es necesario observar la presencia de estos factores.

Figura 10. Logros Esperados para la etapa de la adolescencia según Erickson



Por ejemplo, si la familia valida o restringe la participación del adolescente en grupos de pares.

¹²⁷ Puschel K., Repetto P., Solar MO., Soto G. & González K. [2012]. Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. Revista Médica de Chile; 140(4): 417-425.

¹²⁸ Hidalgo, C; Carrasco, E. [1999] Salud Familiar: un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. 1ª ed. Ediciones Universidad Católica, Chile.

3.1. Gestión de caso Familiar

Consideramos Gestión de caso de Familia a la metodología que permite la coordinación integral de la atención a una familia destinataria¹²⁹ dentro de la red de salud tanto intrasectorial como intersectorial. La gestión de caso implica un profesional de referencia del equipo o responsable del caso y una relación de compromiso e intervención entre el profesional y la familia. En la gestión de caso se incorpora el diagnóstico o evaluación de necesidades y recursos (factores de riesgo y protectores); el planteamiento consensuado entre la familia y el equipo de los problemas y objetivos (metas) a desarrollar, planificación o programación de la atención (plan de cuidados); puesta en marcha de la intervención con participación de los destinatarios (plan consensuado); seguimiento y re-evaluación.¹³⁰

El Plan de Cuidados consensuado está basado en la planificación centrada en la persona, esta supone que en el proceso de planificación se identifiquen siempre los logros personales, es decir, aquello que la persona desea conseguir o alcanzar y que, ante cada objetivo o actividad que planteemos, se evalúe cómo va a ayudar a la persona a alcanzar sus logros personales. El proceso de planificación centrada en la persona es, necesariamente, participativo y en él han de tomar parte, además de la persona y familia destinataria de la intervención, todos aquellos agentes o instancias relevantes para que la persona pueda alcanzar sus logros.¹³¹

Registros, instrumentos y enfoques más utilizados

- Historia clínica orientada por problemas (HCOP).
- Auditoría de la Ficha familiar (Encuesta e Instrumentos).
- Genograma.
- Línea de vida.
- APGAR familiar.
- Círculo familiar.
- Ecomapa.
- Análisis de Riesgo/Protección familiar (Factores de Riesgo y Protectores).

Instrumentos y enfoques específicos

- TU / SU (Familias con hijos adolescentes).
- FIRO (Familias en crisis y en reorganización).
- PRACTICE (Evaluación rápida).
- SALUFAM

¹²⁹

¹³⁰ Casado, D. y otras (2005): Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco: 17.

¹³¹

Figura 11. Flujograma de Gestión de caso de familia

Visita Domiciliaria Integral (VDI) en los Niveles de Intervención

La visita domiciliaria es una actividad que los equipos de salud realizan desde hace varias décadas y su espíritu se ha ido modificando conforme a la transición de un modelo paternalista biomédico hacia el modelo biopsicosocial.

Es importante destacar, desde la perspectiva sistémica, que todas las intervenciones sobre las familias tienen la potencialidad de producir cambios (intencionados o no intencionados) en el sistema familiar y por lo tanto no son inocuas. Por esta razón es tan importante contar con el consentimiento de la familia destinataria para evitar efectos perjudiciales (iatrogenia).



Se sugiere la lectura de Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia.¹³²

¹³² Ministerio de Salud [2008]. Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia

4. Acompañamiento a familias de RBPS Alto o familias derivadas

Las familias de RBPS alto deberían recibir apoyo de enfoque familiar más especializado, algunas de las cuales pueden requerir terapia familiar formal (Nivel 5 de intervención). En la práctica se cuenta escasamente, en la red de salud pública, con equipos especializados en terapia familiar, por lo que se hace necesario que los equipos de atención primaria se hagan cargo de estas familias, realizando seguimiento de los casos.

Las familias de RBSP alto generalmente tienen problemas psicosociales (salud mental, adicciones, violencia intrafamiliar, baja escolaridad, pobreza) y biomédicos (enfermedades crónicas, malnutrición) asociados a baja potencialidad familiar o disfunción familiar,¹³³ por lo que se beneficiarían de intervenciones de nivel 3 y 4 con un equipo especializado de atención primaria y de controles periódicos realizados por la dupla a cargo, lo que permite realizar un seguimiento más estrecho de las intervenciones sugeridas y contar con una participación activa de las familias en cuanto al compromiso y determinación de las necesidades de salud a intervenir, como son:

- Problemas de salud física y mental.
- Problemas psicosociales familiares.
- Control de enfermos crónicos.
- Derivación y coordinación de redes.
- Intervención en crisis.
- Talleres preventivos.
- Educación y promoción de salud.

¹³³ Weinreich M, Hidalgo C. Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psyke* [online]. 2004, vol.13, n.1.

Las acciones sugeridas son:

- Asignar familia a Dupla con profesional del área biomédica (idealmente médico familiar) y del área psicosocial con capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud.
- Evaluar motivación y negociar compromiso de la familia para realizar un plan de intervenciones familiares de nivel 4.
- Realizar consejerías y educación en temas específicos.
- Realizar psicoterapia individual y familiar si la requieren.
- Promoción de redes de apoyo e inserción comunitaria.
- Derivación a programas para prevención e intervención.
- Planificar visitas domiciliarias de acompañamiento del proceso.
- En caso de que la familia no mantenga el compromiso establecido, dejando de asistir a los controles, se sugiere realizar al menos 3 nuevos contactos o reactivaciones del caso; y/o decida no continuar con el plan comprometido, proponemos mantener una actitud de “puertas abiertas” explicitando a la familia nuestra disponibilidad para apoyarles en sus necesidades que vayan surgiendo en el proceso.

ANEXOS:**Anexo 1: Plan de Salud familiar.**

Representa el conjunto de acciones de salud que cada establecimiento de atención primaria ofrece a las familias beneficiarias (población inscrita), dentro del Modelo de Atención Integral de Salud, destinado a resolver las necesidades de salud de sus integrantes y abordar los factores protectores y de riesgo presentes en el entorno inmediato en el cual se desarrolla la vida familiar.

El conjunto de prestaciones que componen el Plan de salud familiar, responden a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud. Dicho plan se ha modificado de acuerdo a los objetivos sanitarios del país, los cambios demográficos y epidemiológicos, de modo que las acciones incorporadas en él, estén acorde a los nuevos protocolos y a la necesidad de atención de la población. A continuación se enumeran aquellas prestaciones contenidas en el Plan de salud familiar vigente.

Actividades contenidas en el plan de salud familiar

SALUD DE LA INFANCIA	
1. Control de salud del niño sano	8. Control de enfermedades crónicas
2. Evaluación del DSM	9. Consulta por déficit del DSM
3. Control de malnutrición	10. Consulta Kinésica
4. Control de lactancia materna	11. Consulta de salud mental
5. Educación a grupos de riesgo	12. Vacunación
6. Consulta nutricional	13. PNAC
7. Consulta de morbilidad	14. Atención a domicilio
SALUD DEL ADOLESCENTE	
15. Control de salud	22. Control ginecológico preventivo
16. Consulta de morbilidad	23. Educación grupal
17. Control de crónico	24. Consulta morbilidad obstétrica
18. Control prenatal	25. Consulta morbilidad ginecológica
19. Control de puerperio	26. Intervención psicosocial
20. Control de regulación de fecundidad	27. Consulta y/o consejería salud mental
21. Consejería en salud sexual y reproductiva	28. PNAC
	29. Atención en domicilio
SALUD DE LA MUJER	
30. Control prenatal	35. Educación grupal
31. Control de puerperio	36. Consulta morbilidad obstétrica
32. Control de regulación de fecundidad	37. Consulta Morbilidad ginecológica
33. Consejería en salud sexual y reproductiva	38. Consulta nutricional
34. Control ginecológico preventivo	39. PNAC
	40. Ecografía obstétrica del primer trimestre
SALUD DEL ADULTO	
41. Consulta de morbilidad	47. Educación grupal
42. Consulta control de enfermedades crónicas	48. Atención a domicilio
43. Consulta nutricional	49. Atención podología a pacientes con pie diabético
44. Control de salud	50. Curación de Pie diabético
45. Intervención psicosocial	51. Intervención Grupal de Actividad Física
46. Consulta y/o consejería de salud mental	

SALUD DEL ADULTO MAYOR	
52. Consulta de morbilidad	59. Consulta kinésica
53. Consulta y control de enfermedades crónicas	60. Vacunación antiinfluenza
54. Consulta nutricional	61. Atención a domicilio
55. Control de salud	62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
56. Intervención psicosocial	63. Atención podología a pacientes con pie diabético
57. Consulta de salud mental	64. Curación de Pie Diabético
58. Educación grupal	

ACTIVIDADES ASOCIADAS A TODO EL CICLO VITAL

SALUD ORAL	ACTIVIDADES GENERALES
65. Examen de salud	76. Educación grupal ambiental
66. Educación grupal	77. Consejería familiar
67. Urgencias	78. Visita domiciliaria integral
68. Exodoncias	79. Consulta social
69. Destartraje y pulido coronario	80. Tratamiento y curaciones
70. Obturaciones temporales y definitivas	81. Extensión Horaria
71. Aplicación sellantes	82. Intervención Familiar Psicosocial
72. Pulpotomías	83. Diagnóstico y control de la TBC
73. Barniz de Fluor	84. Exámenes de Laboratorio Básico
74. Endodoncia	
75. Rayos X dental	

ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

85. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
86. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
87. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
88. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
89. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
90. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
91. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
92. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
93. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
94. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
95. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
96. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

DSM= Desarrollo psicomotor. PNAC= Programa Nacional de Alimentación Complementaria

Anexo 2: Encuesta de Perfil de Reuniones.

La siguiente encuesta debe ser respondida por los distintos equipos que se reúnen en nuestro CESFAM. En caso de no tener la respuesta para alguna de las preguntas o que no se dé en la práctica, responda de acuerdo a la realidad actual.

1. Nombre/Tipo de Reunión:
2. Responsable de la Reunión:
3. Frecuencia: ¿Cuántas veces al mes se reúnen?
4. Lugar: ¿Dónde se reúnen?
5. Participantes: ¿Quiénes participan?

<input type="radio"/> Administrativo/a	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo/a	<input type="radio"/> Psicólogo/a
<input type="radio"/> Alumnos en práctica	<input type="radio"/> Kinesiólogo/a	<input type="radio"/> Técnico Paramédico
<input type="radio"/> Asistente Social	<input type="radio"/> Matrón/a	<input type="radio"/> Médico
<input type="radio"/> Directivos del establecimiento	<input type="radio"/> Miembros de la comunidad	<input type="radio"/> Médico de Familia (o becado)
<input type="radio"/> Educadora de Párvulos	<input type="radio"/> Nutricionista	<input type="radio"/> Funcionarios de Servicio
<input type="radio"/> Enfermero/a	<input type="radio"/> Odontólogo/a	<input type="radio"/> Otro, quien? -----

6. Objetivos: ¿Para qué se reúnen?
7. Responsabilidades: ¿Qué temas/ámbitos/problemas/áreas son tratados en base a sus objetivos?
8. Atribuciones: ¿En qué temas/ámbitos/problemas/áreas les corresponde tomar decisiones?
9. Derivación: ¿Qué temas/ámbitos/problemas/áreas consideran pertinente derivar a otras instancias?

Temas	A que instancia

10. ¿Conoce el organigrama? ¿Es de utilidad para Ud.?
11. Productos de la reunión: ¿Qué productos (acuerdos, proyectos, planes, protocolos) se elaboran en la reunión?
12. Flujo de información: ¿Quiénes se hacen responsables de transmitir la información? ¿A quiénes llega la información?
13. Registro: ¿Qué instrumentos (Actas, estadística) permiten monitorear el quehacer de la reunión?
14. Seguimiento: ¿Cómo se da continuidad al trabajo de la reunión?
15. Retroalimentación: ¿Cómo se retroalimenta/acompaña/monitorea la reunión desde la Dirección?
16. Otros Aspectos a considerar.

Anexo 3: Programación de actividades: sectorizada y por ciclo vital requisitos:

Para realizar esta actividad, el equipo debe conocer a su población a cargo, total, sectorizada y bajo control en sus datos demográficos. Es necesario definir qué actividades se realizarán las cuales deben ser parte de la cartera de servicios de la atención primaria (decreto vigente). Los datos se presentarán en planilla programática.

Algunas recomendaciones al diseñar la planilla:

1. Organización por ciclo vital: gestante, infantil, adolescente, adulto, adulto mayor.
2. Organización sectorizada: realizar la fragmentación de las actividades, según el porcentaje de la población del sector que se encuentre en esa etapa del ciclo vital.
3. Las actividades por estamento: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, asistente social, kinesiólogos, nutricionistas, etc. se programarán según los criterios 1 y 2.
4. Al total de horas contratadas, debe restarse: el promedio de ausentismo, y el horario de colación. El resultado son las horas efectivas.
5. No deben restarse las actividades de talleres, educaciones, reuniones técnicas, las reuniones de salud familiar, reuniones con la comunidad, ni las horas administrativas de las jefaturas, ya que estas deben estar incluidas dentro de la programación.
6. Al programar por 220 días, considera solo los días hábiles por lo que no es necesario restar feriados ni días administrativos.
7. El resultado de esta programación, permitirá diseñar las agendas de los profesionales de acuerdo a los requerimientos reales de su población a cargo, evitando el intercambio de usuarios de un sector a otro por falta de horas del profesional de su sector.



Se sugiere revisar "orientaciones para la programación y planificación en red".

Anexo 4: Pauta de formulación de indicadores.

Título	Nombre del indicador. Debe reflejar directamente lo que se está midiendo, por ejemplo, "Cobertura de examen de medicina preventiva en personas mayores".
Descripción y Racionalidad	Breve sentencia que resume la intención del indicador, qué se espera medir con él, su justificación y fundamentos para su utilización como medida de calidad. Puede justificarse aquí porqué se seleccionó el indicador frente a otros posibles indicadores que sean similares o afines. Especificar también si el indicador es parte de un sistema establecido de indicadores ya existente o dictado por la autoridad
Dominio	Especifica el foco principal de la medición. Entre las categorías de dominio más comúnmente utilizadas se encuentran: 1. Estructura 2. Procesos 3. Resultados: a. Efectividad (ej. Sobrevida) b. Seguridad (ej. Tasa de infecciones, Eventos centinela) c. Utilización / Acceso / Oportunidad (ej. Cobertura vacunación del personal, Tiempo de repuesta de exámenes) d. Percepción usuaria
Numerador	Definir qué pacientes o eventos son los que se van a contabilizar, con qué criterios específicos. Esta definición debe ser lo más acabada y objetiva posible. Por ejemplo, en un indicador de resultados que mide la ocurrencia de un evento adverso, se debe definir exactamente cuándo o bajo qué criterio se considerará ocurrido el evento. Y si lo que se mide es el cumplimiento de un proceso, cuándo se considerará cumplido, particularmente en aquellos procesos que poseen múltiples etapas, fases o componentes.
Denominador	Si el indicador se construye sobre una muestra, el denominador debe ser la muestra y no el universo del que proviene. En la mayoría de los casos, los denominadores corresponden a la misma población específica de sujetos del numerador. Sin embargo, también pueden corresponder a otras poblaciones o datos de referencia (consultas, población inscrita, población bajo control etc.).
Fuente de datos	Especificar los registros u otras fuentes desde donde se obtendrán los datos para confeccionar el indicador. En ocasiones, por razones prácticas, puede ser recomendable implantar un registro específico, ya sea en papel o informático (Ej., una planilla Excel) donde recoger regularmente los datos requeridos por el indicador. Este tipo de registro intermedio debe conservarse para documentar las mediciones durante la acreditación, y debe especificarse además quién es el responsable de su llenado. El registro de la información puede ser prospectivo o retrospectivo.
Muestreo recomendado	Especificar cuántas fichas, registros o casos se revisarán en cada período de análisis. Recuerde que el tamaño muestral debe permitir obtener resultados con una precisión (margen de error aleatorio) adecuada. Señalar además el tipo de muestreo a utilizar: aleatorio simple, estratificado, cortes transversales, u otro.
Periodicidad	Seleccionar en función del número casos a evaluar y a consideraciones prácticas (carga de trabajo), en acuerdo con los encargados de las mediciones. En general se recomienda que las mediciones se realicen con una periodicidad mínima semestral. Esto se refiere solamente a la presentación de los resultados del indicador, y no necesariamente a la frecuencia con que se recolectan los datos, que puede ser diaria, semanal, mensual, etc.
Umbrales / criterios de interpretación de los resultados	Indicar aquí cuál es el umbral del indicador, es decir, el resultado bajo el cual se considera necesario revisar con mayor detalle la calidad del proceso o del resultado, y eventualmente introducir una intervención de mejora. En general umbrales de 100% no son realistas. Debe considerarse un porcentaje habitual de desviación del cumplimiento de las normas y protocolos, que no implica necesariamente menor calidad ni mayor riesgo para los pacientes. También debe tomarse en cuenta que la instauración de ciertos protocolos o procesos nuevos puede requerir un tiempo de adaptación en el personal. Cualquier otro criterio que se considere relevante para la correcta interpretación del resultado del indicador debiera señalarse aquí, por ejemplo, que el indicador debe ser analizado en conjunto con otros indicadores o datos complementarios.

Áreas de Aplicación	Servicios, áreas o unidades del establecimiento en los que debe aplicarse el indicador.
Responsables	Se refiere a los responsables de medir el indicador, recoger los datos, calcular los porcentajes, analizar sus resultados, etc. (no a quienes ejecutan los procesos evaluados)
Anexos	Si es pertinente, adjuntar a la ficha del indicador cualquier registro Ad hoc que sea necesario para recoger los datos, por ejemplo, una pauta de supervisión, lista de chequeo, un formulario, etc.
Referencias Bibliográficas	Si hubiere alguna literatura o norma que citar.

Fuente: Ficha indicador clínico, adaptado de Intendencia de prestadores de salud.

Anexo 5: Cómo planificar una intervención educativa: “Como mejorar la adherencia a tratamiento en personas con HTA”.

Quién	Personas con HTA que asisten a control en el CESFAM “Trinidad”
Por qué	El diagnóstico de necesidades de aprendizaje mostró la necesidad de intervenir sobre medidas para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con HTA Para realizar el diagnóstico se: - aplicó una encuesta sobre adherencia a tratamiento y creencias relacionadas con la hipertensión y su tratamiento con un ítem para que las personas escriban temas que les interesaría abordar
Dónde	En la sala de reuniones del sector azul
Cuándo	Los martes de 16:00 a 17:00 hrs. durante el mes de abril
Para qué (objetivos)	Al término del taller los participantes habrán: 1. Nombrado las causas de la Hipertensión Arterial Crónica (HTA) 2. Distinguido al menos dos formas de automanejo de la HTA 3. Diseñado una estrategia para implementar una de las formas de automanejo 4. Identificado al menos 2 facilitadores para llevarla a cabo 5. Identificado al menos 2 posibles barreras/dificultades para llevarla a cabo 6. Practicado en role-playing la forma de abordarlos
Qué (contenidos)	1. Causas de la HTA 2. Tipos de tratamiento farmacológico y no farmacológico 3. Adherencia a tratamiento: a. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento (facilitadores y barreras) b. Estrategias que favorecen la adherencia al tratamiento
Cómo (métodos y tareas de aprendizaje)	Tareas Inductivas: Ejemplo: se lee un caso clínico con una situación simulada de un usuario con problemas de adherencia al tratamiento de su HTA Tarea de Input: Ejemplo: se enseña a interpretar las etiquetas nutricionales de los alimentos para identificar el contenido de sodio y grasas Tarea de Implementación: Ejemplo: se enseña a diseñar un plan de alimentación adecuado y se planifica su implementación Tarea de integración: Ejemplo: a través de un role-playing se recrea una situación que simule un conflicto frente a la elección de alimentos adecuados durante la semana de celebración de Fiestas Patrias

Anexo 6: Intervenciones a las familias en las orientaciones programáticas.

1. Visita Domiciliaria Integral por matrona a **gestantes y familia en riesgo psicosocial**, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera.
2. Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de **las puérperas y familia con riesgo psicosocial**, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.
3. Actividades de sensibilización para impulsar hogares libres de humos de tabaco.
4. 100% de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados **con déficit en su desarrollo psicomotor** recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales.
5. Visita Domiciliaria Integral a familias de niños/as con diagnóstico de **maltrato infantil y/o abuso sexual**
6. Intervención psicosocial familiar 90% de familias de niños/as menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de **maltrato infantil y/o abuso sexual** reciben al menos una intervención psicosocial familiar.
7. Tratamiento Integral de niños/as con confirmación diagnóstica de un **Trastorno Hiperactivo y de la Atención**, según Guía Clínica.
8. Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo, a pacientes portadores de **enfermedades respiratorias crónicas**.
9. Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes, madres puérperas y madres adolescentes de **niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial** con énfasis en prevención de 2do embarazo.
10. Intervención Preventiva para adolescentes **con consumo riesgoso de alcohol**.
11. Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes **con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas**.
12. Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de **depresión**.
13. Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar a adolescentes de 15 años y más en tratamiento por **depresión** para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda según guía clínica.
14. Citación - Visita domiciliaria a gestantes **VIH (+)** inasistentes a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad.
15. Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por **depresión** y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda.
16. Visita domiciliaria integral a las madres en tratamiento por **depresión postparto** para evaluar las condiciones familiares, sociales y del entorno, la existencia y uso de soporte social y redes de apoyo, la dinámica familiar, sus recursos y capacidades y apoyar la organización de ayuda práctica doméstica.
17. Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan **consumo en riesgo de alcohol u otras drogas**.
18. Intervención Preventiva o Terapéutica en los **AM con sospecha de maltrato** según protocolo local.
19. Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas.

Anexo 7: Historia Clínica Orientada a Problemas.¹³⁴

Para operacionalizar los principios fundamentales del Modelo de Atención Integral de Salud (centrado en la persona, continuo e integral), uno de los elementos críticos para el éxito del trabajo en equipo y en red, es el registro del planteamiento de problemas y de los planes de cuidados de las personas y familias de la población a cargo.

La historia clínica tradicional (anamnesis, examen físico, diagnóstico y tratamiento) tiene la dificultad que se organiza en torno a los diagnósticos médicos, sin embargo, los problemas biopsicosociales abordados en Atención Primaria muchas veces no lo son. El modelo de Historia Clínica Orientada a Problemas (HCOP), creado por Lawrence Weed en 1968, responde a esta necesidad y es recomendable usarlo en todos los Niveles de Intervención tanto individuales como familiares.

¿Qué es un “problema”?

- Problema es todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o interfiera con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente (Weed, 1966).
- Es problema cualquier ítem fisiológico, patológico, psicológico o social que sea de interés para el médico o el paciente (Rakel, 1995).

Desde cualquiera de estas perspectivas, son varias las circunstancias, hechos o padecimientos que pueden ser considerados problema, y como tal deberán ser incluidos en la HCOP. La gran mayoría de estos problemas pueden ser consignados según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10

Ejemplos de Problemas	Tipo de Problema	Ejemplo
DIAGNOSTICO / ENFERMEDAD		asma, diabetes
DEFICIENCIA, INCAPACIDAD MINUSVALIA		parálisis cerebral, hemiparesia braquial derecha
SINTOMA		dolor torácico, náuseas
SIGNO		rubicundez, tensión arterial elevada
EXAMEN COMPLEMENTARIO ANORMAL		glucemia elevada, piocitos en orina
ALERGIA, EFECTO ADVERSO DE UN FARMACO		alergia a la penicilina, tos por enalapril
INTERVENCION QUIRURGICA		apendicitis, colecistectomía
SÍNDROME MEDICAMENTE DEFINIDO		síndrome de Menière, síndrome del túnel carpiano
EFFECTOS DE UN TRAUMATISMO		hematoma, fractura.
FACTOR DE RIESGO		factor de riesgo laboral/ neumoconiosis, factor de riesgo familiar, cáncer de colon, poliposis familiar
TRASTORNO PSICOLOGICO/ PSIQUIATRICO		depresión, crisis de pánico
ALTERACION FAMILIAR, SOCIAL O LABORAL		padres ancianos, niño recién nacido, recesión, guerra, desocupación

¹³⁴ Cantale , C R. [2006]. Historia Clínica Orientada a Problemas. Diplomatura Universitaria en Medicina Familiar Centro Privado de Medicina Familiar – CPMF.

Cuando se consigna en la historia un problema, esto debe hacerse según el máximo grado de certeza que se tiene en ese momento, que en ocasiones es mínima. Es por esto que no son problemas algo a descartar, una sospecha o diagnóstico probable (los “obs”) para tener claridad con la motivación que genera planes de cuidado.

Ejemplo:

- Obs. HTA → Lectura elevada de la presión arterial.
- Obs. DM → Hiperglicemia.
- Obs. Apendicitis → Dolor abdominal + náuseas o abdomen agudo.
- Obs. Abuso sexual → alteración en el comportamiento habitual del niño.

La estructura del registro de evolución de la HCOP consta de cuatro partes, conocidas generalmente como SOAP, por un acrónimo en idioma inglés (en español, se han respetado las iniciales, a fin de unificar criterios):

S	S ubjective	Subjetivo
O	O bjective	Objetivo
A	A ssessment	Evaluación
P	P lan	Plan

S - Subjetivo

Es fundamental considerar los aspectos subjetivos de la interacción para que la atención sea *centrada en la persona*. Una misma situación o dolencia es vivida de forma única, lo que es decisivo en la forma de afrontarla. Aquí se consignan los datos recogidos en el interrogatorio, conjuntamente con las impresiones subjetivas expresadas por el paciente. Por lo tanto son todas impresiones subjetivas, tanto del médico como del enfermo.

O - Objetivo

En este apartado se anotan los datos positivos del examen físico y/o exámenes complementarios, si bien podrían consignarse también datos negativos que se consideren importantes como para que figuren.

A - Assessment (Evaluación y planteamiento de Problemas)

Una vez que se han recogido los datos a través del interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios, se evalúan y se expresan por medio del enunciado de un problema (lo que se busca lograr es un concepto y una “denominación” del problema).

Assessment (término inglés para el cual no existe una traducción exacta) implica - además de la evaluación - la mensura, acordándole un valor, un peso o una medida, a los datos obtenidos sobre cuya base el médico tomará alguna acción para resolver o evaluar el problema que todos estos definen.

P – Plan

Es la planificación de las conductas que se tomarán. El planteamiento original de la HCOP establece 4 partes del plan: diagnóstico, terapéutico, de seguimiento y de educación. Con el fin de promover la autonomía de las personas y enfatizar en el principio “Centrado en la persona”, se recomienda organizar el plan en el siguiente orden:

1. Plan Educativo: Persigue el fin de consensuar los problemas planteados y definir con el usuario el resto del plan. Requiere que el profesional entregue concisamente toda la información relevante de su situación o problema. Este paso incluye el consentimiento informado (que en algunos casos requiere documento de respaldo) del plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento. En esta etapa también está la guía anticipatoria, la consejería, la entrevista motivacional.
2. Plan diagnóstico: Son todas aquellas acciones orientadas a definir, aclarar o profundizar los problemas planteados. Incluye automonitoreo de síntomas y signos, interconsultas a otros profesionales o especialidades, reuniones de gestión de caso por equipo de sector, consultorías, exámenes de laboratorio, imágenes, etc.
3. Plan de tratamiento: Son todas aquellas medidas que se implementarán para el cuidado de la salud. Incluye las medidas no farmacológicas y farmacológicas.
4. Plan de seguimiento: Plazos, metas, responsables.

Anexo 8: Instrumentos de abordaje familiar, útiles en los cuidados primarios¹³⁵

1.- Elaboración del Genograma

El Genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multi generacional que registra información sobre los miembros de la familia y sus relaciones. Su estructura permite acceder a la historia familiar y sus relaciones familiares. Es una fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Si es posible debe consignarse la información respecto de al menos tres generaciones para ampliar la posibilidad de descubrir patrones familiares de conducta o enfermedad e incluir datos de escolaridad, trabajo, enfermedades crónicas o factores de riesgo, causas de fallecimiento y si es posible algunos otros datos de sucesos críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el ciclo vital. Usualmente, la información se limita a los miembros que viven y comparten una vivienda, con el objeto de facilitar el trabajo con la familia.

El genograma se puede realizar en una o varias visitas, esto depende de la demanda asistencial y de la necesidad de información, y se puede ir complementando progresivamente en otras visitas de algún miembro de la familia.

Elaborar un genograma supone tres niveles. Primero debe dibujarse el trazado de la estructura familiar¹³⁶, luego registrar la información importante sobre la familia, la que incluye edades, fechas de los nacimientos, fecha y causa de muerte, ocupaciones y nivel cultural entre otras. Finalmente, se dibujan las relaciones familiares basadas en el informe de los miembros de la familia. La forma de graficar dichas relaciones es la sugerida por Mc Goldrick y Gerson (2000).

¹³⁵ Tomado de Dois, A.,Montero, L. [2007] Evaluación Familiar en APS. En Introducción a la comprensión de la familia desde el enfoque sistémico. Diplomado de Salud Familiar y Comunitaria Pontificia Universidad Católica de Chile.: 21-28.

¹³⁶ Mc Goldrick, M., Gerson, R. [2000]. Genogramas en la Evaluación Familiar. Ed Gedisa. Barcelona.

¿Cómo empezarlo?

- “Me parece que no se mucho de su familia... ¿le parece que la dibujemos como un árbol? Usted me irá contando de su familia y yo voy dibujando. ¿Con quién vive usted?...”
- Es posible que descubramos más de lo que le pasa si hablamos de su familia. Vamos a dibujar un genograma. Es como un árbol de la familia...

Interpretación del genograma. El análisis del genograma se realiza a partir de la comprensión de seis categorías:

Categoría 1 Composición familiar: orienta sobre la estructura familiar y las características de la constelación fraterna.

Categoría 2 Adaptación al ciclo vital: Esta categoría implica la comprensión de la etapa del ciclo vital familiar, las transiciones a las cuales se está adaptando (crisis normativas y no normativas) y el logro de las tareas propias de cada etapa.

Categoría 3: Repetición de pautas a través de las generaciones: El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. En algunos casos, un estilo particular de funcionamiento (ya sea de adaptación o inadaptación) o de la forma de tratar un problema puede pasar de una generación a otra. Esta transmisión no necesariamente se da en la siguiente generación. Lo mismo puede ocurrir con pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc. Es común que las pautas familiares de “funcionamiento” y de “relación” se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a la otra.

Categoría 4: Sucesos de la vida y funcionamiento familiar. Esta categoría comprende el entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar. A menudo, sucesos al parecer desconectados que se dan alrededor de la misma época de la historia familiar están relacionados sistemáticamente y tienen un profundo impacto sobre el funcionamiento de la familia. Es importante relacionar los sucesos familiares que aparecen en el genograma con el contexto social, económico y político en el cual ocurren. Cada suceso en la familia debería además relacionarse con una modificación de la dinámica familiar que les permita adaptarse al cambio.

Categoría 5: Pautas vinculares y triángulos. En la familia la complejidad y la dinámica de las relaciones van variando a lo largo del tiempo, tanto en intensidad como en complejidad. Una forma de vinculación entre los miembros de la familia es la díada y otra igualmente común son los triángulos. Se puede considerar a la familia como un conjunto de triángulos entrelazados.

Categoría 6: Equilibrios y desequilibrios. Esta categoría implica un análisis más abstracto de toda la información recolectada a través del genograma. El equilibrio y desequilibrio se refiere al análisis de la familia como un todo funcional. Las pautas de equilibrio y desequilibrio aparecen como contrastes o características que sobresalen dentro de la familia.

Es importante valorar si el equilibrio alcanzado permite la estabilidad de la familia o la empujan a un equilibrio nuevo. Algunos equilibrios pueden ser compensatorios pero llevar a la disfunción familiar, como por ejemplo, maridos alcohólicos con esposas altamente funcionales que perpetúan el ciclo alcohólico. O un miembro de la pareja muy responsable que equilibra al otro altamente irresponsable.

2.- Línea de Vida Familiar:

Es un método gráfico en el que se enfatizan los eventos más importantes en la vida de una familia y su situación de salud.

Ejemplo de "línea de vida familiar".

1980	Pedro y Juana se conocen en la fábrica
1981	Matrimonio civil. Viven de allegados en terreno de padres de Pedro
1982	Nace Francisco
1982	Casamiento por Iglesia Católica
1987	Nace Claudia. Síndrome bronquial obstructivo a repetición.
1990	Queda viuda Rosa, madre de Juana, y se van a vivir con ella.
1991	Pedro desarrolla úlcera duodenal
1992	Consultas repetidas de Juana
1992	Pedro comienza con problemas con el alcohol
1995	Francisco presenta problemas de conducta en el colegio

Permite correlacionar los eventos familiares con la salud de los miembros y, usándolo en conjunto con el genograma, aporta información de manera rápida y fácil.

¿Cómo empezar?

- Hábleme de los hechos más importantes que recuerde desde que se conocieron con su esposo.
- Cuáles son los hechos que usted recuerda y que más le han marcado en su vida como familia.

3.- APGAR Familiar:

Cuestionario auto administrado de tamizaje con cinco preguntas cerradas. Refleja la percepción de la persona sobre el estado funcional de su familia, da una visión rápida y panorámica de los componentes de la función familiar y sirve para distintos tipos de familia. Existe buena cohesión entre puntajes bajos y presencia de problemas relacionales. Es de fácil aplicación e interpretación y requiere poco tiempo.

Es importante recordar que el Apgar no mide la funcionalidad familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar. Este instrumento fue validado y adaptado a la población chilena.¹³⁷

Las cinco áreas de funcionamiento familiar que evalúa son:

- A.** Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.
- P.** Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.
- G.** ("Growth") Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.
- A.** Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.
- R.** Capacidad de resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios.

Preguntas	Casi siempre	A veces	Casi nunca
1. ¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
2. ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en la casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?			

¹³⁷ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales [2008]. En el camino a Centro de Salud Familiar.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. En que 0 equivale a “casi nunca”, 1 a “a veces” y 2 a “casi siempre”, obteniéndose un índice final entre 0 y 10.

Categorías de funcionalidad familiar:

Familias altamente funcionales (7 a 10 pts)

Familias moderadamente funcionales (4 a 6 pts) y

Familias severamente disfuncionales (0 a 3 pts).

Los resultados obtenidos a través de la percepción de una persona no constituye un diagnóstico de la familia ya que cada persona tiene una percepción particular del funcionamiento de su familia. Solamente establece una alerta para explorar en profundidad.

Su análisis permite cotejar con la persona esta percepción la que puede ser comparada con APGAR efectuados a otros integrantes de la familia.

La terminología de familias funcionales y disfuncionales hoy no tiene la misma aceptación que en sus orígenes, porque califica y estigmatiza la capacidad de la familia de cumplir sus funciones, con todo el margen de error que ello conlleva.

4.- Círculo familiar:

Es un instrumento que permite obtener en forma gráfica y esquemática información de la familia, tal como es percibida por el miembro que la dibuja. Es una técnica que ayuda al paciente y al profesional a comprender mejor sus relaciones, a colocarlo dentro del marco familiar y a encontrar un nuevo sentido a los problemas de salud.

Se basa en los principios sistémicos aplicados a la familia y una de sus grandes ventajas es que su confección ocupa habitualmente dos a tres minutos.

Sus objetivos son:

- Ayudar a la persona a conectar su situación actual con su sistema relacional familiar.
- Añadir una nueva dimensión a la comprensión de los contextos vitales del paciente.
- Ayudar a ver relaciones y soluciones que antes no veía.
- Ayudar a desplazar el foco de atención del individuo y sus síntomas a la perspectiva familiar.

De acuerdo a esto permite identificar situaciones de conflicto, aumentar la conciencia familiar sobre la situación problema o sobre cómo cada uno percibe a la familia, comparar cómo varía en el tiempo y establecer metas de cambio.

Respecto de la dinámica familiar, esta técnica puede ilustrar:

- 1) límites entre subsistemas
- 2) alianzas
- 3) estructura de poder
- 4) comunicación

De la configuración de los símbolos (círculos) se puede analizar:

- **La agrupación:** puede representar alianzas o uniones.
- **El tamaño:** representa en general el significado que tiene para la persona.
- **La distancia:** puede representar conflicto, lejanía geográfica, etc.
- **La posición:** frecuentemente tiene relación con el poder.

Como es un instrumento de percepción, el miembro de la familia que dibujó su círculo debe describir y explicar lo que dibujó. Se puede preguntar respecto al significado que atribuye a los símbolos y sus características: límites, roles, las alianzas, la estructura de poder y la comunicación; así como sobre las personas, la proximidad o distancia, la jerarquía y las personas excluidas.

Esta técnica es especialmente enriquecedora cuando la familia enfrenta alguna crisis y se analizan en conjunto los diferentes círculos familiares.

¿Cómo empezarlo?

Le voy a entregar esta hoja en blanco que sólo tiene dibujado un círculo. Quiero que al interior de este círculo usted dibuje mediante círculos a cada integrante de su familia del tamaño que usted quiera, incluyéndose usted y en la ubicación que usted quiera.

Ejemplo Círculo Familiar

Profesional: Explíqueme qué dibujó en su círculo familiar

Paciente: Bueno, el centro está mi mamá porque ella es la dueña de casa y la que manda en el hogar. Al lado de ella están mis 2 hermanos chicos, mi papá y mi tía que es muy cercana a ella. Yo estoy un poco más lejos porque últimamente estamos discutiendo mucho.

Profesional: ¿y cómo se siente estando más lejos?

Paciente: A veces me queda bien, porque así peleamos menos, pero otras veces me da rabia que no se dé cuenta que estoy triste por estar tan gorda.

Profesional: ¿cree ud. que podría hacer algo para que esa distancia sea más cómoda para ud.?

Paciente: No sé...quizás mi tía, que tiene más paciencia, me podría ayudar.

Profesional: ¿Ha recurrido a ella en otras oportunidades?

Paciente: Si, siempre me escucha, me aconseja, creo que me hace falta una conversación con ella...

5.- Ecomapa o mapa ecológico de la familia

Dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea a la familia: las conexiones importantes, los límites intrasistémicos, los conflictos, los recursos y las carencias, así como la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos, o sea en sus relaciones con el supra sistema, la sociedad, y/o con otros sistemas.

Para graficarlo se parte del genograma en su forma más simple (gráfico con los nombres), en un círculo o rectángulo central grande. A su alrededor se dibujan tantos círculos o rectángulos como interacciones con sistemas externos tenga la familia en su totalidad o cada uno de sus componentes: salud, educación, deporte, recreación, cultura, religión, política, relaciones afectivas y/o sociales, laborales, familia extensa o de origen. Las conexiones se realizan a través de líneas que unen a la familia o a uno o a varios miembros con los círculos externos y dan cuenta de la naturaleza de las relaciones (fuertes, tenues, débiles y estresantes o conflictivas), y su intensidad, es decir el flujo de energía, visualizado por flechas (la simbología de relaciones del ecomapa es diferente a la usada en las relaciones intrafamiliares del genograma).

El ecomapa :

- Señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean en forma gráfica y resumida.
- Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.
- Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis.
- Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia.
- Indica si la familia en conjunto o alguno de sus miembros, están aislados de aquellas fuentes de recreación, educación, salud, social, etc.

6. Mapa de Redes

La red social es un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo real y duradero a un individuo o familia (Speck & Attneave, 1973). La red típica de un individuo incluye:

- Un área de parientes: la persona, la pareja, la familia nuclear y un grupo extendido de parientes.
- Un área de conocidos y amigos: personas conocidas, amigos, vecinos, compañeros de trabajo con los que se dan relaciones amistosas.
- Un área de servicio y apoyo: funcionarios, miembros de la iglesia, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc.

En general las redes cumplen básicamente funciones de apoyo social frente a diferentes necesidades que se materializa en apoyo emocional, instrumental, informacional y de evaluación.

Algunas características de las redes sociales (Heaney & Israel, 2002)son:

- Reciprocidad: el nivel en que los recursos y el apoyo son dados y recibidos en una relación.
- Intensidad: el nivel en que las relaciones sociales aportan cercanía emocional.
- Complejidad: nivel en que las relaciones sociales sirven a muchas funciones.
- Densidad: nivel en que los miembros de la red social se conocen e interactúan con otros.
- Homogeneidad: nivel en que los integrantes de la red social son similares demográficamente.
- Dispersión geográfica: nivel en que los integrantes de una red social viven en proximidad con una persona en particular.

La red social personal puede ser registrada como mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. El mapa puede quedar sistematizado en 4 cuadrantes, a saber:

- Familia.
- Amistades.
- Relaciones laborales y escolares.
- Relaciones comunitarias o de servicios (ejemplo: servicios de salud) o credo.

Sobre estos 4 cuadrantes se inscriben 3 áreas:

- a. Un círculo interior de relaciones íntimas:
 - Familiares directos con contacto cotidiano.
 - Amigos cercanos.
- b. Un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso:
 - Relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad.
 - Amistades sociales.
 - Familiares intermedios.
- c. Un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales:
 - Conocidos de la escuela o del trabajo.
 - Buenos vecinos.
 - Familiares cercanos.

Las dimensiones de la red social que deben considerarse para su análisis son:

- Tamaño número de personas en la red. Redes de tamaño medio son más efectivas que las pequeñas o las muy numerosas. Las redes mínimas son menos eficaces en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración, ya que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga. Las redes muy numerosas a su vez, corren el riesgo de la inacción basadas en el supuesto de que ya alguien se debe estar ocupando del problema.
- Densidad: conexión entre los miembros independientemente del informante (amigos míos que son amigos entre sí). Un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir cotejamiento de impresiones (la note un poco deprimida... ¿a ti que te pareció?). Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros y si la desviación individual persiste favorece la exclusión del individuo de la red. Un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad por la falta del efecto proveniente del cotejamiento.
- Composición o Distribución: se refiere la proporción del total de miembros de la red que está localizado en cada cuadrante y en cada círculo. Las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas, y generan menos opciones que las redes de distribución más amplias. Las redes muy amplias pero homogéneas (sectas o cultos fanáticos por ejemplo) muestran más inercia y por lo tanto menos reactividad.
- Dispersión: se refiere a la distancia geográfica entre los miembros. La accesibilidad afecta tanto a la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y velocidad de respuesta a las situaciones de crisis. Es la facilidad de acceso o contacto para generar comportamientos efectivos.
- Homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural: Es decir, según sexo, edad, cultura y nivel socio-económico con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de stress, activación y utilización.
- Atributos y Vínculos específicos: Tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación; durabilidad, historia en común.
- Tipos de funciones: cumplidas por cada vínculo y por el conjunto.

Figura 12. Mapa de Red: Observación de las modificaciones entre enero y mayo

7. Practice y Firo

Ambos instrumentos son utilizados en la clínica para organizar y sistematizar la asistencia a la familia con un enfoque sistémico. Generalmente no requieren la participación directa del paciente, sino un análisis realizado posteriormente con los datos que se conocen y recogieron del problema y de la familia. El PRACTICE corresponde a un acrónimo en inglés:

P.	P resenting problem	Problema actual
R.	R oles and structure	Roles y estructura
A.	A ffect	Afecto
C.	C ommunication	Comunicación
T.	T ime in life cycle	Etapa del ciclo vital
I.	I llness in family	Enfermedades (anterior y actual)
C.	C oping with stress	Enfrentando el estrés
E.	E cology	Ecología

Se procede anotando en forma secuencial los puntos que se enumeran a continuación:

1. Problema actual: diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, síntomas físicos, problemas que ha generado en la familia y miedos. Es un breve resumen del problema actual.
2. Roles y estructura: análisis de los roles y de cómo el problema ha afectado o puede afectar los roles o la estructura familiar.
3. Afecto: afectos presentes y esperados del problema en esta familia.
4. Comunicación: identificación de patrones de comunicación de esta familia y de cómo es respecto al problema actual.
5. Etapa del ciclo vital familiar: relación entre el problema y la etapa del ciclo que se está viviendo.
6. Enfermedades: experiencia previa de la familia con otras enfermedades o con enfermedades del mismo tipo.
7. Enfrentando el estrés: enfrentamiento de crisis anteriores, recursos utilizados, flexibilidad y cohesión.
8. Ecología: red de apoyo que posee la familia (cultural, social, religiosa, económica, educacional, médica o de salud).

Desde la experiencia de la Universidad de Concepción se generó una variante al PRACTICE, llamada PRACTICAR en que la letra **A** representa el ambiente y la **R**, resolución, aludiendo al Plan de abordaje de la situación detectada.

El FIRO propone estudiar la interacción familiar en las dimensiones de inclusión, control e intimidad, que pueden ser afectadas en crisis vitales o situaciones de crisis. Además permite revelar la secuencia de los cambios que sufre la familia frente a una crisis mayor, en las que generalmente se afecta primero la inclusión, luego el control y finalmente la intimidad, recomendándose que sean trabajadas en ese mismo orden durante el manejo de la crisis. Por lo tanto, frente al problema en cierta familia el profesional se preguntará acerca de estas tres dimensiones y las analiza sobre las bases de los criterios que siguen:

- La inclusión se refiere a la interacción relacionada con la unión familiar y con la organización. Tiene tres subcategorías: la estructura (patrones repetitivos que se hacen rutinarios, roles y límites), la unión (compromiso y sentido de pertenencia) y la identidad compartida (valores y rituales familiares).
- El control habla del ejercicio del poder, que puede ser dominante, reactivo o colaborativo.
- La intimidad implica compartir emociones y sentimientos.

Tanto el PRACTICE como el FIRO son instrumentos utilizados en la clínica frente a situaciones de crisis, por ejemplo depresión postparto, enfermedad terminal, con el objetivo de ayudar al profesional a un manejo global.

GLOSARIO:

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de la red asistencial y del intersector, tales como escuela, juntas de vecinos, lugar de trabajo, domicilio entre otros. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

Calidad de vida: es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social.

Ciudadanía: desarrollo de personas libres e íntegras a través de la consolidación de la autoestima, la dignidad personal, la libertad y la responsabilidad y la formación de futuros ciudadanos con criterio propio, respetuosos, participativos y solidarios, que conozcan sus derechos, asuman sus deberes y desarrollen hábitos cívicos para que puedan ejercer la ciudadanía de forma eficaz y responsable.

Capital social: variable que mide la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano, y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello, a partir de tres fuentes principales: la confianza mutua, las normas efectivas y las redes sociales.

Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios: Conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

Consultoría médica de especialista: Actividad realizada por médico especialista en conjunto con médicos y equipos de salud de Atención Primaria tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos. Esta actividad se realiza con el paciente presente.

Consejería en salud: Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

La Consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y una familia y como tal debe tender a desarrollar en el usuario habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro.

Contrarreferencia (RCR): Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Demanda: El número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

Equipo director o gestor: corresponde a los profesionales que asesoran a la Direcciones en áreas estratégicas del desarrollo del Modelo de Atención Integral. Se sugiere constituirlo conforme la organización funcional del establecimiento. Las experiencias locales incorporan a jefes de sectores, referentes técnicos y jefe SOME.

Equipo de cabecera: Es el subconjunto de miembros del equipo de salud organizado para hacerse cargo del cuidado continuo de una población específica y encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios¹³⁸. Un equipo de cabecera básico estará constituido de acuerdo a la realidad de cada establecimiento en cuanto a dotación, demanda asistencial y organización interna.

Equipo transversal: corresponde a los profesionales y técnicos de salud, cuya misión es el apoyo al cuidado continuo y la promoción de la salud de toda la población adscrita al Centro, sin estar adscritos a los equipos de cabecera, se constituyen en equipos transversales según su especificidad, trabajando en forma coordinada e integrada con los equipos de cabecera, con un flujo constante de información¹³⁹.

Establecimiento de origen: Es aquel establecimiento de salud donde se realiza una atención de salud que determina la referencia del paciente.

Establecimiento de destino: Es aquel establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria, que recibe al paciente referido por el establecimiento de salud de origen.

Estrategia: Una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

Gestión por proceso clínico: Estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento (entrada) hasta el alta o resolución (salida); el proceso clínico se extiende desde un primer contacto con el equipo de salud hasta el alta, es decir, trasciende a los establecimientos.

¹³⁸ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria [2008]. En el camino a centro de salud familiar:54.

¹³⁹ Ibid.

Guías anticipatorias: Conjunto de pautas interactivas que se entregan a un individuo, pareja o familia, con el fin de comprender mejor los eventos que se suceden a lo largo del ciclo vital individual y/o familiar y que pueden tener implicancias en el plano biológico, psicológico o social, cuya adaptación es posible anticipar y por ello prevenir.

Guía de práctica clínica (GPC): Son “Enunciados desarrollados de forma sistemática, para apoyar la toma de decisiones de médicos y pacientes acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas”¹⁴⁰. Esto se refiere, en términos prácticos, a un documento formal, elaborado habitualmente por un grupo de expertos de una organización que goza de reconocimiento –sociedad científica, Ministerio de Salud–, que resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de una patología o problema de salud, y a partir de ello, formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. La GPC resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema de salud y a partir de ello formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Jefe de Sector: Forma parte activa del equipo gestor del Establecimiento, lidera el trabajo en equipo de su sector.

Macrorredes: Son aquellas redes asistenciales que trascienden el territorio de un servicio de salud, (intra regionales) o más allá de una región.

Modelo de gestión: Es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: Es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado periodo.

Prevención Primordial: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad. Asimismo, necesita enfrentar los factores ambientales (Ver promoción).

Prevención Primaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de limitar la incidencia de las enfermedades mediante el control de factores de riesgo.

Prevención Secundaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de acortar el período entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico (diagnóstico precoz) en individuos y poblaciones, e indicar tratamientos oportunos y efectivos con el fin de reducir secuelas y mortalidad precoz.

Prevención Terciaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de reducir el progreso, las complicaciones de una enfermedad establecida, y fomentar el aprovechamiento de las potencialidades residuales.

¹⁴⁰ Ministerio de Salud, “Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de guías de práctica clínica Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud ETESA”, Santiago 2002.

Prevención Cuaternaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de dar soporte y acompañamiento en procesos terminales y de polipatología que surgen del cambio del perfil epidemiológico, demográfico hacia el envejecimiento y de los avances tecnológicos, por lo que se requiere de ampliar el rango de cuidados de modo que permitan cubrir estas necesidades emergentes.

Promoción: "Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla"; y que operacionalmente el Ministerio de Salud ha definido como "estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida"

Pertinencia cultural de la atención: Es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.

Planificación Estratégica: Es una metodología que ayuda a la institución a adaptarse a entornos sociales estables o cambiantes desarrollando una estructura que le permita obtener los objetivos en tiempos determinados.

Planificación programática: Establece las estrategias y tácticas que permitirán alcanzar los objetivos estratégicos. Articula el nivel estratégico con el nivel operativo.

Planificación operativa: Es una etapa de la planificación que tiene como objetivo lograr la identificación y asignación de metas, actividades, recursos y responsables, para que en un plazo determinado (generalmente un año) se puedan conseguir los objetivos institucionales.

Protocolo de atención: Es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnóstico necesarios con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una GPC, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Protocolo de referencia y contrarreferencia: Es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Red asistencial: Conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o

privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.¹⁴¹

La definición citada corresponde a la establecida legalmente. Sin embargo, es necesario precisar que para efectos operativos se entiende Red Asistencial pública como: Sistema de organizaciones públicas y en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud. Los problemas de salud se abordan a través de elementos estructurales (establecimientos), funcionales (mecanismos de interconexión, referencias y contrarreferencias, redes de apoyo familiar y social), y por los equipos de salud. En la red debe haber complementariedad, integración y corresponsabilidad al interior y entre los establecimientos que la componen. Ejecuta la continuidad de la atención, convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada.

Referencia (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Referentes técnicos: Corresponden a los asesores técnicos por ciclo vital y/o problemas de salud, quienes aportan la mirada disciplinar a la gestión sanitaria.

Régimen general de garantías en salud: "Es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469".¹⁴²

Servicios de Apoyo: Corresponden a los servicios específicos de apoyo otorgados a la población adscrita: Dirección, laboratorio, vacunatorio, farmacia, aseo, administración, etc., que complementan la labor global del Centro. Las personas que efectúan estos servicios estarán compenetradas con el Modelo y tendrán flujos de coordinación claros con los equipos de cabecera y transversales

Sistema de referencia y contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

¹⁴¹ Ley 19.337 de Autoridad Sanitaria y Gestión. [2004]. Artículo 16.

¹⁴² Ley 19.666 de Régimen General de Garantías en Salud, artículo 1.