

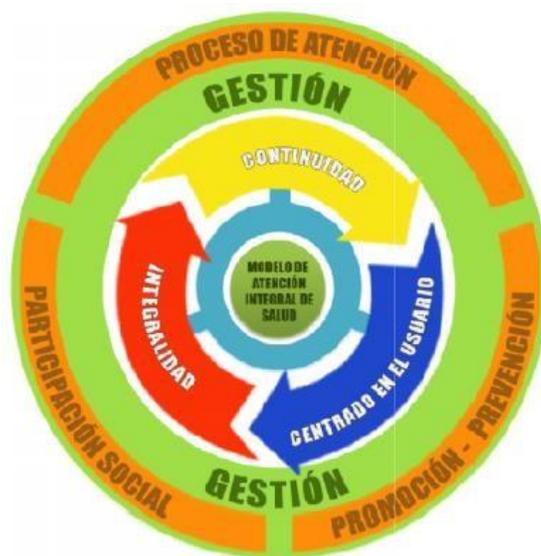
DIPLOMADO **GESTION EN APS**

MODULO 1:
Introducción a la Gestión

La implementación del Modelo de Atención Integral de Salud ha sido un desafío no menor en materia de salud pública en nuestro país. Al buscar la transformación de los consultorios en Centro de Salud Familiar y Comunitario, se presenta la necesidad de un cambio no sólo de denominación, sino también la práctica, ya que ha desafiado a los equipos de salud 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. Sin embargo, esto no es un proceso de cambio inmediato.

Los componentes del modelo, que presentaremos a lo largo de todo el dispositivo de capacitación se presentarán a través este diagrama que nos servirá para visualizar las relaciones y el modo en que se integran sus componentes.

En este primer módulo nos centraremos en su núcleo ofreciendo 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.



DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS

El Modelo de Atención Integral de Salud se ha definido 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”.***

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.

CARACTERÍSTICAS

Es 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 las personas son el centro de la toma de decisión.
- Se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo.
- Sus miembros son activos en el cuidado de su salud.
- El sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios.

- El modelo se orienta a la búsqueda del 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.
- 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

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 que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud.

En el documento "Modelo de Atención Integral en Salud" del año 2005, fueron consensuados y expuestos los siguientes principios:

- Integralidad.
- Continuidad.
- Centrado en el usuario, intersectorialidad.
- Gestión de las personas trabajadoras de salud.
- Calidad.
- Uso tecnología apropiada.
- Participación en salud.
- Centrado en atención abierta.
- Enfoque familiar.
- Énfasis promocional y preventivo.

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 que se destacan en el diagrama. 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.

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

Integralidad

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. 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.

- 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 continuo en el proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas.

Los niveles de prevención se ilustran en una tabla resumen con 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

Se puede definir desde distintas perspectivas:

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.

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.

Profesional

Disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

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.)

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.

Centrado en las personas

- 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.

Integralidad

- 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 en el cuidado

- Realizar asignación de equipos de cabecera a la persona y la 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.

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.

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 aun 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.

ENFOQUES A CONSIDERAR EN LAS ACCIONES DE SALUD

Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención):

- **La centralidad en las personas, familia y comunidades.**
- **La Integralidad de la atención.**
- **La continuidad del cuidado.**

Estos elementos deben ser considerados como irrenunciables en el proceso de construcción e implementación del modelo de atención integral a la salud basado en la APS.

Revisaremos el elemento sobre Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad. Éste implica asumir la responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital. A la vez considerar a la persona como un ente biopsicosocial.

Los requerimientos del modelo de atención para cumplir con el principio de centrarse en la persona, la familia y la comunidad son:

LA PERSONA:	FAMILIAR Y COMUNITARIO:
<input type="checkbox"/> ... como un todo <input checked="" type="checkbox"/> Enfoques interculturales y de género <input type="checkbox"/> Adaptación a las necesidades específicas <input type="checkbox"/> Empatía, respeto, confianza, relación personal duradera <input type="checkbox"/> Proceso de decisión clínica compartido <input type="checkbox"/> Enfoque centrado en los derechos... y deberes	<input type="checkbox"/> Abordaje de los problemas del individuo en el contexto de la familia, grupo étnico-racial, redes sociales y culturales. <input type="checkbox"/> Familia y Comunidad como receptores y prestadores de servicios de salud.

Enfoque Intercultural

La incorporación del enfoque intercultural en las acciones de salud de la Red Asistenciales 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 post 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)

En el entendido que el enfoque intercultural no sólo 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.

La familia, cosmovisión indígena. 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 transmisores 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.

En la tabla presentamos las principales ideas del estudio realizado por Victor Toledo Llancaqueo (1997).

Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile: Una aproximación. Ministerio de Salud.

PRIMER ESTUDIO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE 1997, EVIDENCIA DE DESIGUALDADES AL COMPARAR LA SITUACIÓN DE LOS GRUPOS INDÍGENAS CON EL RESTO DEL PAÍS, TALES COMO:	
1	Altas tasas de mortalidad infantil, superior en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño.
2	Menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymará.
3	Condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en centros urbanos más deteriorados que la de los que viven en el campo.
4	La incidencia de muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche.
5	La TBC es más alta en zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable en población aymará.
6	Población mapuche presenta menor talla, tanto en adultos como en niños.
7	La región de la Araucanía presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo con alta prevalencia de coleditiasis, con un pobre acceso a colecistectomía.
8	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.
9	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.
10	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."

PRÁCTICAS A INCORPORAR PARA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Calidad y acceso

- 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

- 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

- 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.

Transversalidad

- 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.

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.

La familia desde el enfoque

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.

Evitar estereotipos: 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.

Redistribuir tareas del hogar: 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.

Expresar emociones: Favorecer en los hombres la expresión de emociones y afectos y su participación en las responsabilidades al interior de la familia.

Planificación de actividades: 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.

Toma de decisiones: 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.

Estrategia de apoyo: 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.

Acceso y pertenencia de calidad: 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.

Atención y necesidades: 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 dificultad de enfoque de género: 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.

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.

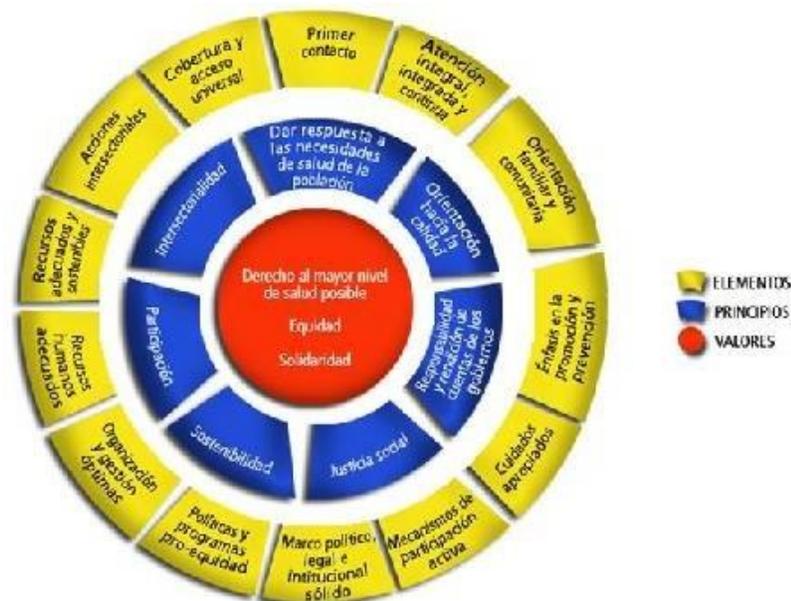
El nuevo paradigma biopsicosocial que permite cuidar de la salud de las personas, las familias y las comunidades de manera más integral implica que el médico y los demás integrantes del equipo de salud desarrollen competencias que permitan una atención profesional de excelencia tanto en los conocimientos y técnicas, 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.

La OPS en su propuesta de Renovación de la APS 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
 - Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en APS

Los siguientes son los elementos de la Renovación de la APS 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.



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 relaciones; será un marco ético que sustente este elemento de la APS renovada.

Orientación Familiar y Comunitaria

Su función es planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad. Lo anterior, 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 equilibrio entre el poder y el cuidado de sí misma(o) por una parte, y el cuidado de los demás por la otra.

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.

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".

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.

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:

- **Teorías Utilitaristas:** (quieren asegurar el máximo de utilidad social)
- **Teorías Libertarias** (destacan los derechos de la libertad social y económica)
- **Teorías Comunitaristas** (acentúan los principios y prácticas de justicia que se desarrollan a través de las tradiciones de una comunidad)
- **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 toda una oportunidad justa en la vida cuando sufren desventajas que no está en su mano evitar.

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:

- A cada persona una parte igual
- A cada persona de acuerdo con la necesidad
- A cada persona de acuerdo con el esfuerzo
- A cada persona de acuerdo con la contribución
- A cada persona de acuerdo con el mérito
- A cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado, considerando un componente de regulación que evite los excesos.

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 operacionalizar en 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. 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 las enormidades de sus fuerzas imponen a la ética una nueva dimensión, nunca antes soñada, de responsabilidad.

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. 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.

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.

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”.

Es 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.

RENOVACIÓN DE LA APS, PRINCIPIOS ÉTICOS

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

ELEMENTOS DE LA RENOVACIÓN DE LA APS	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

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:

- Estatuto de Atención Primaria, Ley 19.378 de abril de 1995.
- La ley de Autoridad Sanitaria 19.937 de febrero de 2004.
- 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 carrerafuncionaria, 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.

Normas sobre el financiamiento

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 (Titulo 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 precisara la proporción en que se aplicaran 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. (Titulo 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 Explicitas 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.

Normas para la atención municipal

Su 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”

Asimismo, en el artículo 13º 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 la letra a) del artículo 2º de la Ley N° 19.378, y de los demás sectores de la comunidad o personas que se estimen necesarias” (artículo 14º).

Ley de Autoridad Sanitaria 19.937

Ley N° 19.937: Modifica el D.L. N° 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”.

Es importante relevar las implicancias de esta ley en la organización del sistema de salud público, ya que define a la atención primaria como el eje central del sistema de salud, señalando que:

“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”.

ASPECTOS MÍNIMOS DEL PLAN DE SALUD COMUNAL	
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.
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.

Otras leyes incorporadas con la Reforma Sectorial

A partir de las Reformas Institucionales, se han tenido que incorporar las siguientes leyes:

- **Ley Nº 19.888: FINANCIAMIENTO:** Establece financiamientos necesarios para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno. Se publica: 13 agosto 2003
- **Ley Nº 19.895: LEY CORTA DE ISAPRES:** Establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondo de Pensiones y Compañías de Seguros. Se publica: 28 agosto 2003.
- **Ley Nº 19.966: LEY GES:** Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Se publica: 3 septiembre 2004.
- **Ley Nº 20.015: LEY LARGA DE ISAPRES:** Modifica Ley 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional. Se publica: 17 mayo 2005.
- **Ley Nº 20.584: LEY DEBERES Y DERECHOS:** Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud. Se publica: 24 abril 2012

Bibliografía

1. Dr. Osvaldo Salgado Zepeda,(2005). Modelo de atención Integral de salud. En Modelo de atención Integral de salud (cuaderno n°1, 3 a 26) Chile: subsecretaria en redes asistencial.
2. Dra. Ruth Depaux V, Dra. Lidia Campodónico G, E. U. Isabel Ringeling P, Dra. Isabel Segovia D, (2008). En el Camino a Centro de Salud Familiar. Chile: Subsecretario de Redes Asistenciales.
3. Dr. Ricardo Fábrega Lacoa. 2008. Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad. En Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad (SERIE CUADERNOS DE REDES N°20, 20 a 80) Chile: Subsecretario de Redes Asistenciales.
4. Orientaciones para el proceso de rediseño de la red asistencial en los Servicios de Salud. MINSAL 2012.
5. Propuesta de comités de bioética en la APS. MINSAL 2010.
6. Cuadernos de redes N°37. Marco jurídico de APS. MINSAL 2011.
7. Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo y James Macinko. (2007 y 2010). La renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS 2007. Documento de posición de la OPS/OMS, N°1, 6-48.

