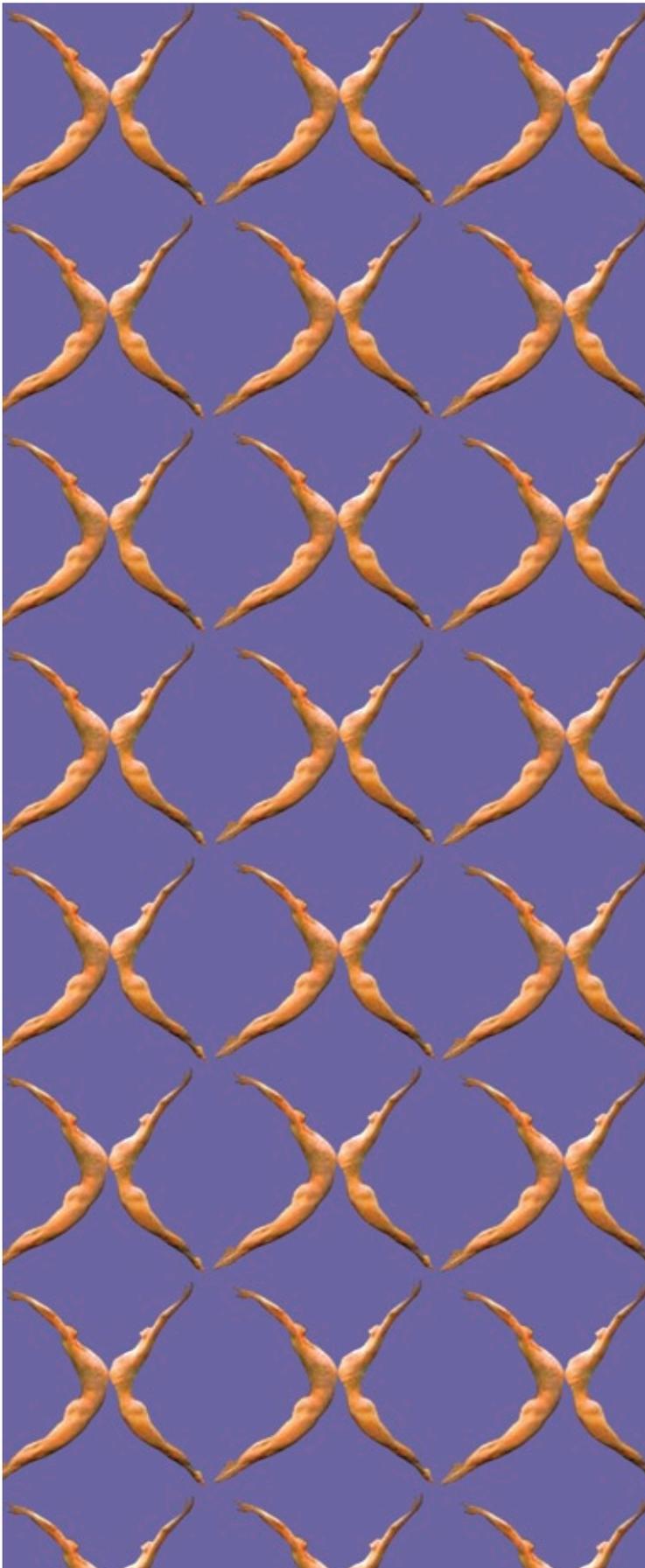


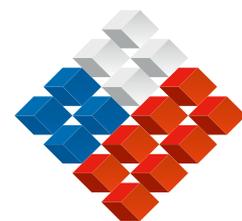
SERIE CUADERNOS DE REDES N° 18

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD

Dirigido a Equipos de Salud de la Red de Atención de Salud



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA / Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta edición del **“Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Salud”**. En forma especial al equipo del Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, Servicios de Salud, profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública, equipos de Atención primaria y académicos. Su colaboración ha permitido sistematizar las experiencias nacionales y ajustar este material a las necesidades de los equipos de atención primaria.

Reconocemos el trabajo del equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud en la elaboración del primer documento del modelo de atención integral en salud (2005) y del documento guía “En el Camino a Centro de Salud Familiar”(2008), que han servido de base para avanzar en el desarrollo de los conceptos y recomendaciones de implementación del modelo de atención que se entregan en este manual, el que, si bien tiene un énfasis en el proceso de transformación de centros de salud (CES) a centros de salud familiar (CESFAM), sin duda servirá de guía también para los equipos de salud de toda la red asistencial.

Sra. Elisa Aguayo
Dra. Verónica Rojas
Autoras /Editoras

PRESENTACIÓN

Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario como pilar de la Reforma del Sector Salud

En el marco de la Reforma del Sector, el sistema de salud debe contribuir a mejorar la salud de la población y minimizar las disparidades observadas, empleando los conocimientos más avanzados y asegurando equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutive. Existe evidencia de que los Sistemas de Salud organizados en torno a Atención Primaria y un Modelo de atención integral, basado en los principios de la salud familiar, son el medio a través del cual se logran ambas metas.

Por otra parte, el logro de los objetivos sanitarios requiere que toda la red de salud actúe en forma sinérgica y coordinada, en torno a las necesidades de las personas, sus familias y comunidad, articulando todos los recursos que estén a su alcance para lograr el mejor estado de bienestar posible. Esto implica la transformación del sistema desde la provisión de servicios de atención de salud hacia la "cultura del cuidado de la salud".

En tal sentido, el modelo de atención de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas y constituye una oportunidad para lograr los desafíos de la reforma. Define un modelo de relación entre las personas _con su entorno_ y los equipos de salud, en que se entiende la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el que por una parte se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado y por otra, frente a un problema de salud permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. Se pone énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud. Así también se procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad.

En la última década, ha habido un impulso sostenido para la implementación del Modelo de Atención, tanto en APS como en toda la Red de Atención de Salud. Las experiencias son múltiples y diversas y, sin duda, se ha logrado un gran avance.

Contamos actualmente con un marco conceptual consensuado por académicos, directivos y equipos de salud, los centros de salud de APS se están transformando en Centros de Salud Familiar (CESFAM), los hospitales de las zonas rurales se están transformando en hospitales de la familia y la comunidad y los hospitales más grandes y de mayor especificidad del cuidado, están incorporando estrategias para abrir sus puertas a la participación de la familia en el acompañamiento y cuidado de los pacientes, se observa creciente interés por el enfoque de determinantes sociales y el trabajo comunitario, aumentan las estrategias de formación del recurso humano para el modelo de atención, los equipos de salud manifiestan interés por incorporar el modelo de atención como una alternativa para mejorar el cuidado en la salud y la satisfacción de usuarios internos y externos, se ha estimulado la implementación de programas nuevos, con visión integral del cuidado, tales como el Chile Crece Contigo, etc. Todo ello permitirá que la población tenga un equipo de cabecera que lo guíe en el cuidado de su salud y que las personas y sus familias reciban un cuidado continuo e integral en forma permanente.

Esta experiencia también nos ha mostrado que persiste el desafío de consolidar en la práctica diaria de la atención de salud, una relación con el usuario, las familias y la comunidad, que ponga al usuario en el centro del quehacer del sector, con respeto, empatía y compromiso, basado en el ejercicio de los derechos y deberes de las personas.

Para abordar este nuevo desafío, a nivel de todo el sistema de salud, es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria de Salud, llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, instalar buenas prácticas e intervenciones orientadas hacia resultados, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, desarrollar nuevas competencias en los equipos de salud, abrir nuevos espacios a la participación ciudadana y establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas locales.

Todo lo anterior constituye un cambio cultural que requiere de una mayor sistematización del proceso de implementación del modelo de atención, centrado en las mejores prácticas tanto a nivel de la gestión, como de la atención clínica y la relación con la comunidad, que recoja las lecciones aprendidas de la experiencia de los equipos de salud, que ya han iniciado este camino de cambio, con gran creatividad, audacia y dedicación a lo largo de una década.

La publicación de este manual, obedece a la necesidad de que cada equipo de salud, independiente del establecimiento y punto de desarrollo del modelo en el que hoy se encuentre, pueda contar con una guía de recomendaciones que refleje una visión, del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario llevado a la práctica diaria y, que por tanto, los oriente sobre los pasos a seguir en el proceso de cambio e innovación que implica este modelo de atención.

El manual sintetiza la experiencia de los profesionales que han trabajado sobre el tema desde los distintos niveles del sistema y del mundo académico, muy en especial, de los equipos de salud familiar que desde el nivel local han contribuido con tesón y generosidad a la construcción del modelo. Para todos ellos nuestro reconocimiento.



Dr. Ricardo Fábrega Lacoa
Subsecretario de Redes Asistenciales

INTRODUCCION

En una década de desarrollo e implementación del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario en el sistema de salud chileno, se han podido constatar avances muy importantes y al mismo tiempo áreas que se deben reforzar, a fin de acelerar y dar mayor consistencia al proceso de implementación del Modelo de Atención en la Red de Salud, especialmente en la APS como pilar fundamental del Sistema de Salud.

La diversidad observada en la implementación del modelo de atención, donde se encuentran tanto aciertos como desaciertos, así como los grandes esfuerzos que implica sostener el proceso de cambio, han dejado ver la necesidad de sistematizar el proceso de implementación del modelo de atención en función de acciones concretas que, reflejando los principios del Modelo, deben instalarse en los establecimientos de salud a fin de llevar conceptos abstractos a un modo de hacer salud.

Este documento recoge las lecciones aprendidas en el marco de la diversidad y las mejores prácticas observadas en el país, sistematizando los aspectos más esenciales del proceso de implementación del modelo de atención y la gestión del cambio en los establecimientos de la red asistencial, entregando un cúmulo de definiciones y recomendaciones que buscan instalar, en los equipos de salud y en la gestión de las organizaciones de salud, las prácticas asociadas a la operacionalización de los principios del Modelo de Atención que permitirán sostener el cambio en el tiempo.

En este esfuerzo, los equipos de salud podrán encontrar una guía para dimensionar los aspectos concretos e implicancias de la implementación de los principios y componentes del modelo de atención, independiente del tipo de establecimiento en el que se encuentren y de la fase de desarrollo en que estén. Si bien, una parte del manual está orientada al proceso de transformación de CES a CESFAM, que es más propio de los establecimientos de APS, los equipos de toda la red asistencial podrán encontrar recomendaciones aplicables a sus propios establecimientos. Los equipos con mayor experiencia encontrarán en este manual algunos elementos teóricos útiles para la investigación, docencia y aspectos éticos, que podrán aprovechar para generar nuevo conocimiento.

Cabe señalar que por su carácter de manual y su énfasis en los aspectos más transversales de la implementación del modelo de atención, este libro no aborda la gestión de ningún programa de salud en particular, sino más bien, entrega lineamientos y una guía para generar un marco de atención integral y centrada en la persona, familia y comunidad, que sirva de base para abordar los aspectos particulares de los problemas de salud y los determinantes sociales de la salud.

En esta primera edición, probablemente no llegaremos a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de quienes integran los equipos de salud, tanto de la red de salud como de la APS. Sería inadecuado pretenderlo, considerando y validando toda la experiencia ganada en estos diez años de desarrollo del modelo de atención en APS en nuestro país. Es por ello que los capítulos podrán actualizarse conforme avance el conocimiento, la experiencia y la difusión de las buenas prácticas.

Para facilitar su lectura y revisión, este manual ha sido estructurado en base a capítulos orientados a entregar diferentes conceptos teóricos y prácticos de soporte a la implementación del modelo.

Capítulo I: Ofrece una visión general del contexto que explican los cambios que se necesitan para responder adecuadamente a las necesidades de salud de las personas, actualiza la definición del Modelo de atención, lo enmarca en la Reforma y la estrategia de APS y revisa los beneficios de la estrategia de APS.

Capítulo II: Introduce elementos teóricos que relevan la importancia de conocer la población a cargo y herramientas para llevarlo a la práctica. Introduce aspectos éticos de la atención de salud.

Capítulo III: Desarrolla los temas relacionados con el equipo de salud como elemento crítico para crear valor en las organizaciones. Se revisan aspectos centrales de la gestión del recurso humano en la conducción del cambio, formas de organización y las competencias a desarrollar para responder a las exigencias del modelo de atención.

Capítulo IV: Se revisan en detalle los elementos del modelo de atención y su traducción a la práctica diaria, en términos de recomendaciones para el diseño de procesos que señalan buenas prácticas.

Capítulo V: Sistematiza el proceso de implementación del Modelo de Atención en etapas basadas en la incorporación progresiva de las prácticas antes señaladas, ello en los aspectos más relevantes del quehacer de los equipos de salud y directivos de los establecimientos.

Capítulo VI: Está dedicado a entregar herramientas de utilidad práctica para desarrollar el Modelo de Atención, tales como instrumentos para trabajar con familias, herramientas de soporte para trabajar con personas con patología crónica, medidas de seguridad en los centros de salud y gestión clínica, trabajo comunitario, etc.

Este Manual está dirigido a los equipos de Salud de la Red Asistencial

- ◆ Quienes hacen y marcan la diferencia día a día en el contacto con las personas, sus familias y comunidad. Estableciendo una relación cercana y estable, de cooperación, acompañamiento y coordinación del cuidado, generando vínculos de confianza a través de la comunicación efectiva, herramienta de última tecnología en la sociedad actual.
- ◆ Para quienes asumen la responsabilidad de poner en la práctica el modelo teórico, proponiendo, probando, validando, innovando, arriesgando, generando entusiasmo en los logros y controlando las situaciones difíciles o de fracasos.
- ◆ Para todos y cada uno de las personas que integran el equipo de trabajo, sin excepciones. Todos son importantes y cada uno debe verse reflejado desde su área de competencia y contribución.

- ◆ Para aquellos que ven en la Salud Familiar la alternativa de dar más y mejor salud a todos y cada uno de los chilenos y chilenas, disminuyendo las grandes brechas de equidad existentes.
- ◆ Para aquellos dispuestos a romper la inercia, asumiendo el desafío del cambio, la mejora y el compromiso con las personas de "Hacer lo correcto, correctamente a la primera y cada vez".
- ◆ Para todos aquellos que necesitan una ruta, un camino, una guía, una propuesta, una orientación. A través de revisión de elementos teóricos y experiencias de desarrollo.
- ◆ Para todos aquellos que, viéndose reflejados en las recomendaciones, se animen a difundir su experiencia, a transformarla en investigación al servicio de todo el país, generando nuevo conocimiento y la convicción de que es posible mejorar la salud de la población a través del cambio el modelo de atención.



Dr. Hugo Sánchez Reyes
División de Atención Primaria



OBJETIVOS DEL MANUAL

Se pretende que las personas a través de la revisión y lectura de este manual, logren:

- ◆ Reconocer la importancia y beneficios de la Atención Primaria en Salud como eje articulador del sistema de salud en el marco de la Reforma.
- ◆ Identificar elementos claves en la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en la red asistencial.
- ◆ Revisar aspectos organizativos y de gestión de equipos en la conducción de la implementación del modelo de atención, así como los elementos relevantes para sostenerlo en el tiempo en los centros y en la Red Asistencial.
- ◆ Socializar en los equipos experiencias en la implementación del modelo integral con enfoque familiar y comunitario, sobre la base de buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- ◆ Identificar herramientas que facilitan la implementación del modelo de atención en el sistema de salud, en todos los ámbitos relevantes para el cuidado de la salud de la población.

INDICE

Capítulo I

MARCO GENERAL DEL PROCESO DE CAMBIO 13

Contexto general de APS y su correlación con el Modelo de Atención	13
Importancia de APS en el contexto de la actual Reforma	13
Actualización de definición del Modelo de Atención	14
Beneficios de APS para las personas, familia y comunidad	15

Capítulo II

POBLACION OBJETIVO Y OTROS GRUPOS DE INTERES 21

Importancia de conocer la población a cargo	21
Elementos teóricos y prácticos para conocer la población a cargo	22
Concepto y evolución de la familia en Chile	
Sistemas de atención basados en Enfoque Familiar	24
Elementos teóricos de pertinencia cultural	
Incorporación del enfoque intercultural en el Modelo de Atención	31
Elementos teóricos de pertinencia de género	
Incorporación del enfoque de género en el Modelo de atención	35
Metodología de diagnóstico de la comunidad	
Herramientas de valoración para trabajar con familia y comunidad	38
Principios éticos en la atención a personas	

Capítulo III

DESARROLLANDO EQUIPOS PARA ENFRENTAR EL DESAFIO 47

Preparación de equipos para procesos de cambio	48
Competencias específicas para la implementación del modelo de atención	54
Incorporación de la visión de procesos en la implementación del modelo	59

Capítulo IV

MODELO DE ATENCION EN EL CONTEXTO 2000-2010 63

Elementos del Contexto 2006-2010	63
Objetivos Estratégicos MINSAL 2006-2010	64
Principales elementos del modelo	65
1.- Centrado en las personas	
2.- Énfasis en lo Promocional y Preventivo	
3.- Enfoque familiar	
4.- Integral	
5. Centrado en la atención ambulatoria	
6.- Participación en salud	
7.- Intersectorialidad	
8.- Calidad	
9.- Uso de Tecnologías Apropriadas	
10.- Gestión de las personas trabajadores y trabajadoras de salud	

Capítulo V

IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCION Y LECCIONES APRENDIDAS 79

Proceso de cambio en la implementación del Modelo desde la experiencia de los equipos	79
Etapas de los equipos en la implementación del Modelo	82
Incorporación de buenas prácticas en la etapa inicial	82
Incorporación de buenas prácticas en la etapa de motivación y compromiso	87
Incorporación de buenas prácticas en la etapa de desarrollo	94
Incorporación de buenas prácticas en la etapa de fortalecimiento	95

Capítulo VI

RECOMENDACIONES Y HERRAMIENTAS DE APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN 119

Elementos teóricos y prácticos de población a cargo y sectorización	119
Instrumentos para trabajar con familia	
1. Genograma	
2. Línea de vida familiar	
3. Apgar familiar	
4. Círculo familiar	
5. Mapa ecológico de la familia	
6. PRACTICE y FIRO	
Modelo para mejorar el cuidado de enfermos crónicos (E.Wagner)	142
Herramientas de soporte para trabajar con familias y pacientes crónicos	146
1.- Entrevista motivacional	
2.- Cambio de conducta	
3.- Consejería.	
Seguridad en los centros de salud	156
1.- Prevención de error de medicación	
2.- Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica	
Gestión Clínica	

ANEXOS 173

1.- Objetivos del Milenio	173
2.- Reforma de Salud	177
3.- Cambios de la familia en Chile	179
4.- Seguimiento estrategia de continuidad en el modelo de cuidado crónico	183
5.- Seguridad de pacientes	185

BIBLIOGRAFÍA 191



Capítulo I

MARCO GENERAL DEL PROCESO DE CAMBIO

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Identificar la importancia del Modelo de Atención en el contexto de la actual Reforma
- ✓ Revisar y actualizar la definición del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario
- ✓ Revisar el contexto general de APS y su correlación con el Modelo de Atención.
- ✓ Revisar los beneficios de APS para las personas, familia y comunidad.

1.- Importancia del Modelo de atención en el contexto de la actual Reforma

El cambio del perfil epidemiológico, la necesidad de mejorar los resultados en salud y la calidad de la atención, en un marco de contención de los costos crecientes de los sistemas de salud, han impulsado los procesos de reforma del sector salud en el mundo.

En Chile el escenario de transición epidemiológica muestra aumento sostenido de la población de adultos mayores, la encuesta de salud 2003 muestra alta prevalencia de enfermedades crónicas y de salud mental, así como de sus factores de riesgo, la encuesta de salud escolar 2004 muestra cifras preocupantes de consumo de alcohol, tabaco y drogas, además de problemas de salud mental en los adolescentes, el estudio de carga de enfermedad del 2005 muestra los problemas de salud mental y el consumo de alcohol como los más importantes a nivel país y, finalmente, la evaluación de los objetivos sanitarios al 2005 mostró que, si bien todos muestran tendencia a mejorar, aquellos de origen multicausal y en que los estilos de vida y factores conductuales son muy importantes (DMII y suicidios) se mantienen constantes o aumentan. Por otra parte, si bien las enfermedades infectocontagiosas han sido controladas en décadas pasadas, actualmente observamos tendencia al aumento de enfermedades de transmisión sexual y otros problemas emergentes. Finalmente, aún existen zonas del país que presentan importantes falencias en determinantes sociales de la salud, especialmente en zonas rurales y/o de pobreza, en las cuáles se observa mayor morbi-mortalidad.

Todo ello señala la importancia de introducir cambios sustanciales en la forma de hacer salud, con acciones innovadoras que den más protagonismo a los usuarios y sus familias en el cuidado de la salud, que fortalezca la relación de los equipos de salud con las personas, que coordine la continuidad del cuidado desde el domicilio al hospital, que revitalice la educación para la salud, la prevención y la promoción de la salud, a través de una participación social y trabajo intersectorial efectivo. Todos estos aspectos son cubiertos por el Modelo de atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

En este Modelo de atención, basado en el enfoque integral del ser humano, se entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, los

que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos (espiritual, afectivo, de comunicación, ambiente, cambios de conducta, etc.) y que requieren de una serie de habilidades y destrezas específicas del equipo de salud, en áreas psicosocial, individual, familiar y comunitaria, para acompañar a las personas, familias y comunidad en el cuidado de su salud y mantener o recuperar dicho estado de bienestar a lo largo de toda la red de salud.

En la Reforma iniciada en el año 2002 se declara que el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario implementado en toda la red, más las medidas de gestión como la potenciación de la APS, el Sistema AUGE, los hospitales autogestionados y la articulación de la red asistencial, son las claves de la implementación de dicha reforma y de la promesa de mejor salud a los usuarios. En relación a la estrategia de APS y el Modelo de atención, la prioridad se refleja en la meta de equipos de cabecera para el 100% de la población y el desarrollo de una red primaria más cercana y eficiente, con una alta capacidad resolutive y que coordine el tránsito de las personas entre los diferentes niveles de atención y asegure la continuidad del cuidado¹



Para profundizar elementos de la reforma le sugerimos la lectura del anexo 2

2.- Actualización de la definición del Modelo de Atención

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario ha sido 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”*².

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 a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del modelo de atención, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biosicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se ha redefinido como:

“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 (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de 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

¹ Programa de Gobierno 2006-2010, http://www.gobiernodechile.cl/programa_bachelet/programa.pdf
² Documento DIGERA- MINSAL “Modelo de atención integral en salud”, 2005

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”

Implementar el Modelo De Atención Integral Con Enfoque Familiar Y Comunitario desde esta perspectiva, si bien no cambia el consenso de los principios y componentes que lo sustentan, implica el desafío de traducirlos a la práctica diaria de los equipos de salud, en la forma de procesos de alta calidad y acciones concretas en el contacto con los usuarios.



El desarrollo del modelo y su implementación será el tema central del capítulo IV.

3.- Contexto general de APS y su correlación con el Modelo de Atención

Desde hace 30 años la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo. La APS se consideró como una estrategia de desarrollo para alcanzar mejores niveles de salud y también como puerta de entrada a los servicios de salud. El marco filosófico busca ofrecer a la población una atención de alta calidad, equitativa, humanizada, integral y multidisciplinaria, considerando la participación social como un derecho de las personas.

La Declaración de Alma-Ata³, en 1978, entrega los elementos necesarios para comprender las dimensiones de la estrategia de APS:

- Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
- La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
- La APS entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores
- La APS exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos

³ Declaración de Alma Ata (1978, septiembre, 12). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y la UNICEF, párrafo 10.

disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar

Posteriormente tanto en el informe de la OPS del año 2005⁴, como en el informe mundial de la OMS del 2008⁵, se aclara que la APS va más allá del nivel primario de atención y de una atención de salud básica para personas pobres; a través de la revisión de las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo, se demuestra que: 1) la APS puede ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos y 2) la APS es la que mejor "facilita el abordaje integrado de múltiples enfermedades, un proceso continuo de atención, la participación de las comunidades, la prestación de los servicios cerca del hogar y la prevención y promoción de la salud además del tratamiento y la curación oportuna"⁶.

En este marco, la APS está adoptando un enfoque renovado⁷ para enfrentar los nuevos desafíos epidemiológicos, constituyéndose en una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud, siendo una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Anexo 1.

Esta renovación afecta todo el sistema sanitario, en que se entiende la APS como una estrategia que permite organizar globalmente el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales y desde la promoción hasta la rehabilitación, en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. Esta renovación implica una reorganización del sistema de salud en aspectos cuanti y cualitativos y en la relación de sus actores. Los cambios más relevantes dicen relación con lograr:

- Una APS fuerte⁸, entendida como aquella que contiene a lo menos estas seis características: asistencia de primer y más permanente contacto con amplio acceso y cobertura, atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, comprensión del usuario, cuidado centrado en la familia, orientación comunitaria y coordinación de la atención en toda la red asistencial
- La integración funcional de la red asistencial
- Incorporar estrategias de trabajo intersectorial y participación social orientadas al manejo de los determinantes sociales de la salud.

En esta renovación de la APS y del sistema de salud, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se convierte en componente esencial, ya que entrega una sistematización que permite llevar a la práctica los cambios requeridos en el sistema sanitario.

⁴ OPS.(2005) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf.

⁵ Informe de la Salud en el Mundo, "La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca", Octubre 2008. www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf

⁶ Reunión sobre la Salud Mundial y las Naciones Unidas, 2008.

⁷ OPS.(2005) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf.

⁸ Starfield, B (1992). " Primary Care Concept, Evaluation and Policy". Oxford University Press

En este marco todo indica que el esfuerzo es mayor para la APS, ya que debe abordar los siguientes objetivos⁹⁻¹⁰:

- ◆ Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios con la atención.
- ◆ Aumentar la capacidad resolutive frente a la demanda, disminuir la frecuencia de derivaciones y lograr mejores resultados en los indicadores de salud relacionados.
- ◆ Detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conducta y adherencia a tratamiento.
- ◆ Promover estilos de vida saludable, que permita evitar la aparición de factores de riesgo.
- ◆ Detectar y atender los problemas psicosociales emergentes: violencia intrafamiliar, adicciones, disfunciones familiares, etc., así como prevenir y tratar problemas de salud mental más frecuentes.
- ◆ Mantener y ampliar los programas tradicionales.
- ◆ Abordar las necesidades de atención de salud en cada etapa del ciclo vital personal y familiar.
- ◆ Asumir un rol protagónico en la articulación de la Red Asistencial y la mejora de la capacidad resolutive del Sistema de Salud.
- ◆ Realizar gestión eficiente.

4.- Beneficios de los sistemas basado en APS para las personas, familia y comunidad

Experiencias exitosas de APS demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios, basados en la evidencia y orientados a lograr atención universal, integral e integrada¹¹. Los sistemas de salud organizados en base a una fuerte orientación de APS y sistemas de atención orientados a las familias, alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de APS.

En cuanto al recurso humano que forma parte del equipo de salud, un informe británico¹² y datos de EEUU¹³ han mostrado el impacto de los médicos de APS en disminución de tasas de mortalidad hospitalaria (posiblemente debido a mejor atención preventiva y disminución de las hospitalizaciones) y reducción del número de hospitalizaciones en adultos debidas al menos a 6 patologías sensibles al cuidado

⁹ Orientaciones para la Programación en Red. Documento anual, Minsal

¹⁰ A, Téllez. (2007) Atención Primaria: Factor clave en la reforma al sistema de salud

¹¹ Starfield B, Shi L. Policy-relevant determinants of health: and international perspective. Health Policy 2001; in press)

¹² Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ 1999; 318:1515-1520.

¹³ Parchman ML, Culler S. Primary Care Physicians and Avoidable Hospitalizations. J Fam Pract 1994; 39:123-128

ambulatorio. En las zonas con más médicos de atención primaria tienen una mejor salud, incluso después de las diferencias demográficas tales como edad y niveles de ingresos. Una encuesta nacional en EEUU mostró que en los adultos atendidos con un médico de atención primaria, en vez de un especialista, las tasas de mortalidad son menores, independientemente de su condición inicial de salud o características demográficas¹⁴.

Otro estudio sobre el impacto de la atención primaria en la salud mostró que los adultos estadounidenses con un médico de familia como terapeuta personal, tienen costes sanitarios 3 veces más bajos que aquellos cuyo médico personal es un especialista y tienen 5 veces menos probabilidades de morir. Estos resultados se obtuvieron después de controlar los efectos de la edad, el sexo, los ingresos, el seguro, el consumo de tabaco, el estado de salud inicial en 11 importantes patologías¹⁵. También existe suficiente evidencia que una buena relación con su médico de atención primaria elegido, de preferencia lo largo de varios años, se asocia con una mejor atención, una atención más adecuada, la mejora de la salud y bajos costos de salud¹⁶.

En la experiencia chilena, no todos los logros de la APS son atribuibles a la presencia de médicos, muchos de ellos se pueden explicar por las características particulares de su atención primaria: amplia red de establecimientos, equipos multiprofesionales y aplicación sistemática y universal de protocolos de intervenciones específicas en problemas prevalentes, como fue el caso de la madre y el niño, el control de la desnutrición, vacunas, atención profesional del parto y, más recientemente, el programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que ha permitido reducir en forma significativa la mortalidad específica por estas enfermedades en el menor de un año¹⁶.

La evidencia también ha mostrado el efecto de la familia en la situación de salud de sus miembros y los beneficios que tiene el abordaje de los problemas de salud con enfoque familiar, especialmente en personas con patologías crónicas (HTA, DMII, Asma, problemas de salud mental) y hábitos no saludables (tabaco, sedentarismo, malnutrición), donde la educación, el acompañamiento, el manejo del estrés y el fortalecimiento de las relaciones y lazos de los miembros de la familia contribuyen a superar dichos problemas de salud y lograr el estado de bienestar.

4.1.- Percepción de los usuarios

Respecto a la percepción usuaria, que ha sido recogida a través de debates públicos, encuestas de satisfacción y percepción usuaria, en general los avances son percibidos por las personas, pero aún persisten brechas importantes que deben resolverse. En estudios de evaluación de la APS¹⁷ las personas valoran la atención que reciben, en encuesta Casen del año 2000¹⁸, la aprobación de la APS se consideró como "bueno" y "muy bueno" en más de 80% de los encuestados. En cuanto a las brechas se señalan aspectos relacionados con falta de resolutiveidad, tiempos de espera y la calidad de las atenciones.

¹⁴ Barbara Starfield The Primary Solution Put doctors where they count Originally published in the November/December 2005 issue of Boston Review

¹⁵ Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract 1998; 47:105-109

¹⁶ Girardi, G., Astudillo, P., Zúñiga, F. (2001) " El Programa IRA en Chile: hitos e historia. Revista Chilena de Pediatría. 72, (4): 292-300. ISSN 0370-4106

¹⁷ MINSAL (1997) Evaluación de la Atención Primaria

¹⁸ Encuesta Casen 2000

Respecto de la participación, primero se implementaron las oficinas de información, sugerencias y reclamaciones (OIRS) y posteriormente se han incorporado los Consejos Consultivos, transformándose en aliados estratégicos para los equipos de salud¹⁹.

Se percibe un aumento de recursos, cobertura, adhesividad y resolutiveidad. Se asocia positivamente con los controles de salud adecuados a las necesidades de la población, satisfacción usuaria, calidad en el trato, aumento de la capacidad resolutive, la promoción y la salud intercultural, todos elementos del modelo de salud familiar.

La APS representa una fuente de inspiración y esperanza no sólo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general, por su potencial para enfrentar los desafíos de la salud de hoy y del próximo siglo. Es un enfoque útil para promover un desarrollo humano y de la salud más equitativo.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud (s/f) Análisis de la Política de la Atención Primaria en Chile



Capítulo II

POBLACIÓN OBJETIVO Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Relevar la importancia de conocer la población a cargo
- ✓ Identificar elementos que dan cuenta de conocer la población a cargo
 - Revisar concepto, evolución de la familia en Chile
 - Revisar concepto de enfoque intercultural, enfoque de género y enfoque comunitario
- ✓ Disponer de una sistematización y metodologías para llevar estos conceptos al diseño de sistemas de atención de salud.
- ✓ Incorporar principios éticos y su aplicación en la atención a personas.

1.- Importancia de conocer la población a cargo

El modelo integral con enfoque familiar y comunitario se basa en que los equipos de salud asumen el cuidado de la salud de una población a cargo, en un trabajo colaborativo y de corresponsabilidad con ellos. Ello implica contacto cercano y permanente del equipo de cabecera y/o tratante, con dicha población y en todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en una red articulada de servicios. Esta visión impone exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad sociocultural, de género y los determinantes sociales de la salud en las distintas comunidades y territorios.

El enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), permite entender la salud de la población como resultante de las interacciones entre la realidad biológica, mental, social, ambiental y cultural de las personas²⁰. Esto asume un enfoque holístico de la salud, que significa la comprensión de los eventos desde las múltiples interacciones que los caracterizan, orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si los aspectos que conforman el todo se estudian por separado.

Los DSS son el conjunto de condiciones sociales y ambientales que afectan la salud de las personas o su capacidad para enfrentar los problemas de salud. La pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral, constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos, lo que influye directamente en el estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes²¹. El sistema de salud es un condicionante per se, ya que afecta directamente la capacidad de las personas de resolver los problemas de salud mediante el acceso a la atención de

²⁰ Plan Nacional de Determinantes Sociales de la Salud. Borrador.

²¹ OMS CONSEJO EJECUTIVO (2004) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

salud, la cobertura de ésta, la calidad y la equidad en la entrega de servicios sanitarios.

Conocer a la población objetivo permite el diseño de servicios de acuerdo a sus necesidades y expectativas, considerando todos los elementos que influyen en su nivel de salud, además de los aspectos de género y cultura. Enfocar la gestión del equipo en la satisfacción del usuario significa, comprender y actuar según las aspiraciones de las personas y familias en lo que se refiere a los servicios y productos del equipo de salud. Tiene que ver con la calidad del servicio, con el acceso, el lugar, la amabilidad, la agilidad de la respuesta, la pertinencia cultural y la atención humana al usuario²².

En distintos niveles de agregación, será necesario que los equipos de salud conozcan a las personas, las familias y la comunidad del territorio en el que están insertos y de donde provienen sus usuarios. Cada uno puede considerarse un grupo objetivo de la acción de los equipos de salud, lo que determinará el uso de los recursos disponibles del sector y del intersector, así como la participación de la comunidad, en función de la solución de los problemas de salud identificados. Todo esto a fin de aumentar las posibilidades de las personas, familias y comunidades de estar sanas.

A nivel de las comunidades, la importancia de conocer la población a cargo está relacionada con identificar los DSS y dimensionar la capacidad de modificarlos, así como identificar las necesidades de salud de la población de un territorio. Para el sector salud, este enfoque le permite dimensionar las acciones propias del sector y la coordinación necesaria con otros sectores, para dar respuesta al conjunto de necesidades de salud de una población. El conocimiento de la comunidad es fundamental para diseñar servicios que serán valorados por las personas.

A nivel de la familia, es relevante que los equipos de salud conozcan a las familias con las que tienen contacto, por cuanto la familia es el ámbito social primario del individuo, la matriz de socialización, que determina sus conductas, factores protectores o de riesgo para la salud, su vivencia y rol de la enfermedad, su perfil de uso del sistema de salud y el potencial de resultados terapéuticos favorables.

A nivel de las personas, los equipos de salud necesitarán conocerlas y comprenderlas desde la perspectiva biosicosocial y espiritual, a fin de brindar un cuidado comprensivo, de alta calidad y establecer relaciones de ayuda, de acuerdo a sus necesidades y expectativas en salud.

2.- Elementos teóricos y prácticos para trabajar con población a cargo

2.1.- Concepto y evolución de la familia en Chile



Considerando la importancia de la familia y que su estructura y dinámica están determinadas por aspectos genéticos, históricos, culturales y creencias que trascienden las generaciones, un adecuado entendimiento de las familias a cargo requiere conocer el concepto y evolución de la familia en el contexto nacional.

Se entiende la familia como un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período

²² Motta, P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo.

indefinido de tiempo, que comparten la alimentación y el presupuesto y habitan la misma vivienda o parte de ella (INE, 2002). Constituye la unidad básica de la sociedad²³, donde se satisfacen las necesidades más elementales, se prodiga amor, cariño, protección, asegurando estabilidad emocional, social y económica. En el núcleo de la familia se prepara a los hijos para la vida adulta, se aprende a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana en una sociedad; es la que sintetiza la producción de la salud a escala microsocioal.

Desde un punto de vista práctico, la definición más aceptada por los equipos es "Conjunto de personas unidas por lazos de parentesco o relación afectiva, que viven bajo un mismo techo y que comparten recursos y/o responsabilidades"²⁴. Desde la perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quién las describe, es decir, cada cuál define su familia, la que incluso podría incluir miembros que no vivan bajo el mismo techo.

Si bien las familias pueden clasificarse en distintos tipos de acuerdo a su estructura (nuclear, extendida, monoparental, unipersonal, etc.) y/o relaciones (disgregadas, cohesionadas, flexibles, rígidas, caóticas, etc.), lo más importante es reconocer el efecto que tiene en sus miembros, de acuerdo a las funciones que cumple: biológica, relacionadas con la reproducción, la crianza y el cuidado; educativa-socializadora, relacionada con la cultura, creencias, normas, conductas deseables; económica, relacionada con las necesidades básicas de subsistencia; solidaria, relacionado con el desarrollo de afectos que permiten valorar la ayuda al prójimo; protectora, relacionada con los aspectos psicológicos de seguridad, soporte emocional, reconocimiento, creación de vínculos y sentido de pertenencia.

La familia chilena está pasando por un momento de transición, ha enfrentado cambios desde lo valórico al vínculo del sistema conyugal, rol de género, estructura y límites y parentalidad²⁵. Ello ha determinado la transición por tres etapas: Familia Tradicional, moderna y contemporánea. Cabe destacar que estas etapas no son absolutas, es frecuente observar la coexistencia de todas las etapas en las familias.

Familia Tradicional: Diferenciación y claridad de las funciones y roles, cualquier intento de desviación de la norma es tomado como rebeldía o falta de respeto. Matrimonio por conveniencia o compromiso o por estabilidad, el cariño podía aparecer con el tiempo, lo más importante es conservar la familia unida a toda costa. Rigidez del rol de "la mujer en la casa" y "el hombre proveedor". Criaban "nanas", se enseñaba en la propia casa con estricta disciplina. Se decidía desde fuera a que edad era correcto casarse y tener hijos.

Familia Moderna: Entrada de la mujer al mundo laboral para compartir responsabilidad económica del hogar. Pasión y enamoramiento razón suficiente para emprender un proyecto común "contigo pan y cebolla". Sólo importa la opinión de la familia nuclear, nadie más se puede involucrar. Previo acuerdo de las funciones del hombre y de la mujer en la familia. Composición más pequeña en cantidad y también respecto de quiénes opinan de cómo hacer las cosas, resolver problemas y sobre quien es mi familia. Crianza es delegada a la escuela y a la propia responsabilidad de los hijos "dejarlos ser".

²³ Biblioteca Nacional del Congreso en Chile. Concepto de familiar extraído de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>. consultado 16 de diciembre 2007

²⁴ Glosario de conceptos de salud extraído de <http://www.sernam.cl/basemujer/Cap6/02.htm>. Consultado 16 de diciembre 2007

²⁵ Vicaría de la Educación, Proyecto Alagui

Familia Contemporánea: Individualismo, estar en pareja "mientras no invadas mi espacio", se legitima la separación como válida. Cada cual piensa en su propia conveniencia. Inversión o alternancia de los roles de "la mujer en la casa" y "el hombre proveedor", según las circunstancias. Familia simultánea, hace referencia a las diferentes composiciones de familia "los tuyos, los míos y los nuestros", la vida paralela en varias familias y la repartición de los afectos y sentimientos familiares hacia varios sistemas. Monoparentalidad (madre soltera).

En Chile, según el Censo de 2002 existía una población de **15.116.435 personas** que incluían un total de **4.141.427 hogares**, que representa un incremento de 25.7% respecto de 1992. Destaca que 83.5% de las personas vive en familia. El **tamaño** de éstas se ha ido reduciendo, de 4.4 personas por familia en 1982 a 3.6 en 2002. La mayor proporción de hogares en nuestro país está formado por 3 a 4 personas (44.9% en 2002). Predominan las familias nucleares (47,8%), han disminuido las familias extensas, han aumentado las familias unipersonales, generalmente constituidas por hombre jóvenes y han aumentado las familias monoparentales nucleares (9,7%) destacando que en 85% de ellas la jefa de hogar es mujer.

Actualmente, también el modelo de familia indígena está cambiando, desde una familia extensa a una familia nuclear, lo que indudablemente produce pérdida de vínculos y prácticas culturales.

 *Las características y cambios que ha experimentado la familia chilena usted los puede complementar con la lectura del Anexo 3.*

2.2 Sistemas de atención basados en Enfoque Familiar

De la teoría a la práctica



Un sistema de atención basado en enfoque familiar es aquel que considera al individuo y su familia como un sistema y por ende aplica un proceso clínico específico, desde a lo menos estas tres perspectivas:

- 1.- Incluye a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo, considerando la influencia de la familia sobre la salud de sus miembros y cómo la enfermedad afecta al sistema familiar.
- 2.- Involucra a la familia como parte de los recursos que los individuos tienen para mantenerse sanos o recuperar la salud.
- 3.- Introduce a la familia como unidad de cuidados, como entidad propia distinta al individuo, donde el cuidado planificado del grupo tiene beneficios mayores que la suma de intervenciones aisladas en cada uno de los miembros.

Cualquiera de los aspectos mencionados, implica considerar a la familia como sistema en el que están insertos los individuos y por tanto los define, ya que:

- La familia es la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, tales como hábitos y estilos de vida.

- Las tensiones que sufre la familia en las etapas de transición del ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas.
- Los síntomas somáticos pueden cumplir una función adaptativa en el seno de la familia y ser mantenidos por los patrones de conducta familiares.
- Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.
- Son relevantes también los aspectos genéticos involucrados en una mayor o menor probabilidad de presentar problemas de salud, el contagio de enfermedades infecciosas por la cercanía física, la transmisión de hábitos de vida, etc., los que constituyen factores de riesgo o protectores para la salud.

2.2.1 Objetivos de trabajar con enfoque familiar

Dado lo anterior, es relevante trabajar con enfoque familiar para:

1. Comprender mejor y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud. Aumenta la empatía, consolida el compromiso, mueve a la acción, hace más realista cada intervención.
2. Influir de manera más efectiva en las conductas y factores que producen los riesgos o daños y los que nos protegen. Reconocer las etapas del cambio de conducta por el que pasan las personas y los refuerzos positivos, ello aumenta las probabilidades de adhesión activa a las conductas esperadas y mejoría de los resultados.
3. Intervenir más integralmente frente a un problema de salud detectado. La comprensión del contexto permite planificar un cuidado comprehensivo y aplicar múltiples intervenciones dirigidas a todas las dimensiones de los problemas de salud, así como a la prevención y promoción de la salud.
4. Incorporar en los equipos la mirada de ciclo vital, entendiendo que lo que ocurre en una etapa va a influir en las etapas siguientes positiva o negativamente. De esta manera lo que se realiza en determinada etapa tiene un sentido anticipatorio, no sólo en lo psicológico sino también en lo biológico.
5. Anticipar las crisis ligadas al desarrollo, es decir a aquellas dependientes de la etapa en la cual se encuentra un individuo o su familia.
6. Identificar aspectos claves del desarrollo de las personas, por cuanto las familias deben cumplir funciones que permiten a los individuos alcanzar su máximo desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual.

2.2.2 Requerimientos del trabajo con familias

El trabajo con familias requiere de elementos y metodologías que les permitan a los equipos de salud conocer a las personas, familias y comunidad a cargo y planificar su cuidado, con un enfoque sistémico y comprehensivo en toda la gama de estrategias promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras, en la atención primaria y toda la red asistencial. Tales elementos y metodologías son:

2.2.2.1 Aplicar las teorías que sustentan el trabajo con familias

- ◆ **Teoría general de sistemas (T.G.S.),** aplicada a los sistemas familiares

Un "sistema" es un conjunto de objetos, junto con las relaciones entre los objetos y entre sus propiedades. Un sistema es una totalidad, ya que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total; es una organización interdependiente en la que la conducta y expresión de cada uno de los componentes influye y es influida por todos los otros en una causalidad circular. " El "TODO" constituye más que la simple suma de sus partes" . La TGS distingue una jerarquía en la cuál se encuentra el "sistema", los "subsistemas" (componentes del sistema) y el "suprasistema" (medio del sistema)(Familia extensa, amigos, vecinos). Todos interactúan entre si.

La conducta final de los sistemas, los resultados, es independiente de las condiciones iniciales, depende de la organización que el sistema se de. Esto significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Así mismo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas". Esto es central en el abordaje terapéutico de los individuos, las familias y la comunidad, en el enfrentamiento de cualquier situación de salud.

◆ **Enfoque interaccional de la comunicación**

Es parte de la teoría de sistemas aplicado a las teorías de comunicación, se ocupa del análisis de las consecuencias pragmáticas de la comunicación interpersonal. Esta teoría plantea básicamente que la comunicación es un sistema abierto de interacciones que se dan en un entorno o contexto determinado, comparte con la teoría de sistemas los principios de la totalidad y la causalidad circular, en que se puede plantear la comunicación como un juego complejo de implicaciones mutuas (experiencias o relaciones anteriores), de acciones y retroacciones envueltas en un ciclo comunicacional. "El concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente" (Bateson y Ruesh, 1984). Además agrega que debe existir cierta cantidad de signos compartidos o códigos comunes (lenguaje, significado de los gestos, etc.) entre ambas partes (emisor y receptor) para que se realice una comunicación efectiva y exista entendimiento. Este enfoque implica que: es imposible no comunicar, la comunicación tiene una relación directa con el comportamiento, por lo tanto al no existir el no-comportamiento, tampoco existe la no-comunicación, los comportamientos envían mensajes y crean comunicación; cualquier interacción humana o acto comunicativo puede ser desglosado en niveles de contenido verbal, de semántica, de lo no verbal y de contexto; entre las personas se crean patrones de intercambio (patrones de comunicación) que les permitirán organizar sus propios comportamientos y el de los demás; y, todo intercambio comunicativo da lugar a dos grupos de relación: simétrica, en que se hace énfasis en la igualdad con respecto a obligaciones, derechos y responsabilidades, y una complementaria, basada en un máximo de diferencia entre los comportamientos de sus miembros desde dos posiciones diferentes que se interrelacionan.

◆ **Teoría del ciclo vital**

En relación al ciclo vital, cada familia pasa por diferentes fases durante su vida y cada nueva fase presenta una potencial oportunidad o amenaza para su equilibrio. Se describe un **Ciclo de vida familiar e individual**.

En el tránsito por el ciclo vital, la familia oscila entre períodos de estabilidad y de cambio, denominados crisis familiares, que originan momentos de estrés, debido a que la familia requiere de la adaptación de su estructura y dinámica. Cuando estas

crisis son parte del ciclo vital de una persona o familia y marcan el paso a una nueva etapa, se les denomina **crisis normativas** y por lo tanto, es posible anticipar su ocurrencia y preparar a las personas y familias para mantener su equilibrio funcional, por ej. nacimiento de un hijo, hijo adolescente, salida de los hijos del hogar, etc. Cuando los eventos no son predecibles y/o esperados para una etapa del ciclo vital se les denomina **crisis no normativas** y las personas no se encuentran preparadas para afrontarlas, requiriendo apoyo específico para superarlas, por ej. muerte de la pareja o pariente cercano, divorcio o separación definitiva, enfermedad o accidente serio, pérdida del trabajo, problemas de salud de un familiar cercano, etc.

◆ **Teoría de las crisis**

Esta teoría data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad. Caplan (1964) definió la crisis como estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un período de desorganización y de alteración, de alrededor de 4 a 6 semanas, durante el cual se intentan diferentes soluciones y la crisis se resuelve en forma positiva o negativa. Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales. Se han descrito los factores que inciden en la resolución de la crisis: comprensión cognitivo emocional de la situación (percepción del problema), fortaleza del Yo, mecanismos de enfrentamiento conscientes e inconscientes y red de apoyo familiar y social. Este enfoque permite diseñar intervenciones específicas orientadas a introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

◆ **Teoría de los factores de riesgos y factores protectores**

La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho que el conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos brinda una medida de la necesidad de atención de la salud, en la que debe tener algo para todos y más para los de mayor necesidad. Permite anticipar una atención adecuada y oportuna a la población, a fin de evitar o modificar la eventualidad de problemas de salud futuros.

Se entiende como Factor de Riesgo (FR) las características o cualidades de un sujeto, familia o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud. Se entiende como Factor Protector (FP) las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral y se relacionan con la calidad de vida.

Desde la perspectiva de procesos, los FR y FP están en constante movimiento e interacción y su efecto, en las personas, depende de las circunstancias y de la etapa del ciclo vital individual y familiar en que se encuentren. Por ej. en adolescentes un FR puede convertirse en un FP al generar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro o el daño en la salud, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones, con posibilidad de

responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta constructivas para la solución de problemas que son parte del devenir humano.

2.2.2.2. Comprender las dimensiones de la "Familia"

Para conocer a las familias deben considerarse a lo menos las dimensiones de estructura, dinámica y funcionamiento familiar (relaciones y redes familiares).

a. Estructura Familiar: La estructura familiar responde a la pregunta ¿Cómo es esta familia? Es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia, dicen relación con el número de personas que la componen, el tipo de familia, los subsistemas existentes, los roles que cada uno desempeña, los límites internos y externos de la familia, los alineamientos y el manejo del poder (Minuchin, 1977). Los componentes de la estructura familiar son (Minuchin, 1984): *las normas, los roles, los límites, las coaliciones y alianzas, el poder y autoridad y, finalmente los subsistemas.*

b. Dinámica familiar: La dinámica familiar responde a la pregunta: ¿Cómo funciona esta familia? dice relación con los procesos relacionales que ocurren al interior de la familia y en relación con su contexto. El proceso central es la comunicación, junto con el proceso evolutivo individual y familiar, las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación y de resolución de problemas (Nichols, 1986). Las características de analiza son: *cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.* Además considera las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación, el proceso evolutivo familiar e individual y las formas de resolución de problemas²⁶

c. Funcionamiento familiar: Es la estimación del significado e importancia de las características del sistema familiar, es una mirada holística en que se relacionan aspectos de la estructura, las relaciones intrafamiliares, la historia familiar y patrones transgeneracionales, el desarrollo de cada miembro dentro del grupo y las interacciones con el contexto social y redes de contacto.

2.2.2.3 Evaluar en forma estandarizada a las personas y familias

Se dispone de instrumentos específicos que ayudan a reconocer el contexto de las personas y permiten hacer un cuidado comprensivo de las personas y sus familias.

a. Genograma (familiograma, árbol familiar): Representación gráfica de una constelación familiar multi generacional que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones²⁷. Es útil como apoyo diagnóstico y terapéutico. Su estructura en forma de árbol nos entrega una rápida "mirada" de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

²⁶ Dois, A., Montero, L. (2007) Introducción a la comprensión de la familia desde el enfoque sistémico. Diploma de Salud Familiar y Comunitaria PUC

²⁷ Dois, A., Montero, L. (2007) Introducción a la comprensión de la familia desde el enfoque sistémico. Diploma de Salud Familiar y Comunitaria PUC

Al hacerlo de manera participativa con un miembro sintomático, permite cambiar desde el foco individual del problema hacia el foco familiar. Ayuda al profesional y a la familia a ver un "cuadro mayor", tanto desde el punto de vista histórico como del actual. La información sobre una familia puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

Se recomienda plasmar 3 o más generaciones 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".

Al ser complementado con líneas de interacción familiar enriquece la comprensión de aspectos interesantes de la dinámica familiar; estas líneas podrían ir en esquema aparte para facilitar su análisis.

b. Apgar Familiar: Cuestionario auto administrado de screening de cinco preguntas cerradas. Hace una aproximación a los procesos familiares, como adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afectividad, capacidad de resolución.

c. Eco Mapa: muestra la relación de cada miembro con redes primarias y secundarias. Permite situar a la familia en el sistema social, pudiendo observar si existe una interacción con otros subsistemas o si hay tendencia al aislamiento social.

d. Circulo Familiar: es aprovechado para desviar al foco de atención desde lo individual a lo familiar y tiene la utilidad adicional de generar un espacio de conversación sobre las relaciones al interior de la familia desde la perspectiva de quien lo dibuja. De esta manera, a través de preguntas abiertas el profesional puede desencadenar la reflexión sobre cómo mejorar o re-mirar relaciones que el paciente considera lejanas o potenciar aquellas cercanas.

e. Mapa Familiar: utiliza un bosquejo del hogar para reconocer los confines territoriales del individuo dentro de la familia, el espacio donde la persona se encuentra consigo misma y los confines emocionales que marcan las diferencias entre los miembros del grupo y que a su vez regulan sus relaciones, por ej. uso de la vivienda, quien usa las habitaciones, donde conversa la familia, donde se discute, donde se oculta en los momentos de conflictos, etc.

f. Mapa De Redes: 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). De acuerdo a Erickson (citado por Aravena et al). 1998) 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.

g. Factores Protectores y de Riesgo: Los factores de riesgo (FR) son condiciones o aspectos biológicos, psicológicos o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Los factores protectores (FP)

aluden a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985). Tanto los FR como los FP pueden estar presentes en las personas mismas, en el ámbito de la familia, en las comunidades y sus organizaciones o en los programas de los diversos sectores de beneficio social.

2.2.2.4 Conocer el método de abordaje clínico²⁸

Para una aproximación efectiva al cuidado comprensivo de las personas, familias y comunidad, los equipos de salud deben combinar el abordaje clínico derivado del enfoque biosicosocial y del enfoque familiar.

1. El método clínico del enfoque biosicosocial pone énfasis en la relación triádica entre el equipo de salud, la persona y su contexto, los considera como un "todo", donde sus componentes interactúan y se influyen mutuamente, ello implica considerar y reforzar el aspecto relacional como componente terapéutico. El método clínico se centra en la persona, quien define el problema o situación, explora la experiencia personal producida por la situación (el padecimiento), comprende a la persona con sus emociones y con una historia personal única, incorporando sus opiniones, temores y expectativas e introduce la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
2. El método clínico del enfoque familiar, agrega al anterior una búsqueda intencionada de la relación entre "la situación" o problema del individuo y su familia como contexto primario. Esta relación se busca desde la perspectiva de la influencia de la familia en la aparición, resolución o manutención del problema, así como el rol o efecto del problema en otros miembros o en la familia como sistema.

2.2.2.5 Planificar el cuidado de los miembros de la familia y el grupo

La importancia del diagnóstico de la población a cargo es identificar las familias en que predominan los factores de riesgo (FR) y existen pocos factores protectores (FP). Estos factores no tienen un valor explicativo en si mismos, es la interacción de los distintos factores lo que determinara como la persona va a reaccionar frente a una situación determinada.

Hecha la identificación del riesgo debe desarrollarse un plan de trabajo, en que se aborden las condiciones detectadas en el caso índice y en el grupo y otros miembros, orientado a la movilización de los propios recursos familiares y comunitarios. El objetivo de estas intervenciones es resolver la crisis y permitirles desarrollar capacidades para enfrentar de manera adecuada futuros problemas

Los elementos centrales de este plan de trabajo son: consentimiento informado, acuerdos o contratos de tratamiento, establecimiento de metas a corto plazo, monitoreo cercano, desarrollo de incentivos, etc. En este marco los equipos de salud deben tener toda la gama de habilidades, conocimientos y destrezas para trabajar con familias en forma escalonada y progresiva según riesgo.



Para profundizar el trabajo con las familias a cargo, ver capítulo VI

²⁸ Hidalgo, C., Carrasco, E. (1999) Salud Familiar. Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria

2.2.2.6 Enfoque multidisciplinario:

Es necesario incorporar la práctica del análisis de la población a cargo en equipos multiprofesionales (transdisciplina) y así desarrollar la creatividad para generar respuestas innovadoras en el cuidado de las personas, familias y comunidad. Todos los miembros del equipo deben tener definido un rol en el marco del modelo de atención y la relación con los usuarios, son especialmente importantes las personas que están en el primer contacto con la población a cargo y por tanto, hacen de enlace con el equipo de cabecera.

2.2.2.7 Introducir registros de información familiar:

La recopilación sistemática de información relevante de la familia ayudará al equipo a una adecuada toma de decisiones con la familia y también con los miembros de ésta en forma individual. La información relevante dice relación con la estructura familiar y las relaciones que se establecen entre los miembros, así como los antecedentes genéticos, de hábitos, los significados y la vivencia de enfermar de los individuos.

Usualmente los equipos han introducido mejoras en el registro de la ficha clínica individual y han diseñado cartolas o fichas familiares y carpetas familiares, en que se agrupan los distintos instrumentos de evaluación de las personas y familias. Al respecto cabe señalar que:

- Si bien toda la información disponible de las personas es susceptible de ser usada para dimensionar la situación familiar, debe identificarse la información relevante para establecer planes de cuidado proactivos, especialmente lo relativo a los controles preventivos y patologías crónicas, en que los problemas de salud de los adultos tienen efecto en los niños y otros miembros de la familia, por ej. tabaquismo, trastornos de salud mental, enfermedades crónicas como HTA, DM II, Asma bronquial, etc.
- Los registros deben estar agrupados por familias y disponibles para ser revisados directamente y en tiempo real, frente a la evaluación de un individuo o en forma proactiva de las familias.

2.3 Sistemas de atención basados en Enfoque intercultural



Se entiende por enfoque intercultural el respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de medicina indígena) en el diseño e implementación de las políticas de públicas. En Chile este enfoque ha estado centrado en los pueblos indígenas. En tal sentido es relevante precisar que el concepto de "salud indígena" trasciende la definición internacionalmente aceptada por la OMS e incorpora como elementos constitutivos, "la espiritualidad, lo colectivo y la estrecha relación con el ecosistema de una manera holística" (Ibidem), lo que resulta totalmente coherente con el Modelo de Atención integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

La Cosmovisión de los Pueblos Indígenas implica una forma de entender el mundo, en que las personas otorgan preponderancia a las dimensiones espiritual y social del ser, antes que lo físico y biológico, considerándose parte de un todo con su entorno natural, la familia y la comunidad, el que se mantiene en equilibrio permanente. Desde esta perspectiva, la pérdida del bienestar (problema de salud) es una pérdida del equilibrio, ello como consecuencia de una transgresión de las pautas culturales en cualquiera de las dimensiones del ser.

El término modelos de salud se refiere a las concepciones e ideas que poseen los pueblos para comprender y explicarse los procesos de salud-enfermedad-sanación y los significados, es decir, el tenor interpretativo que dan las comunidades indígenas cultural y socialmente a ciertas patologías médicas.

El término sistemas 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 e invisibles, incluyendo agentes, prácticas y procedimientos propios, basados en un modelo cultural determinado.

A partir de estas consideraciones, la incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y por ende, visibilidad de un modelo y sistema médico indígena presente en sus respectivos territorios. 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.

2.3.1 Visión de la familia desde la cosmovisión

Aún cuando el modelo de familia indígena ha 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, así como la búsqueda de la primera respuesta en la medicina casera, esto es, en su propio entorno cultural para posteriormente acudir a los agentes de medicina que habitan el territorio.

En tal sentido, es recomendable que los equipos de salud re-conozcan el tipo de 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.

2.3.2 La política y su implementación

A los impulsos generados desde el sector salud²⁹, se suman, hoy día, aquellos derivados de la nueva Política Gubernamental "Re-Conocer: Pacto por la Multiculturalidad" y de la Ratificación del Convenio 169, situación que proporciona un escenario favorable para la incorporación del enfoque de derechos al trabajo en salud intercultural. Este enfoque se entiende como "un sistema coherente de principios y pautas aplicables a las políticas públicas, que establece marcos para la definición de sus contenidos y las orientaciones de éstas, incidiendo en su elaboración e implementación"³⁰.

Dado este nuevo contexto, el gran desafío para las Políticas de Salud es "reconocer, promover, proteger y garantizar" una atención de salud acorde con las concepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-sanación propia de los pueblos indígenas en la medida que se trata de un derecho colectivo específico.

Para llevar a la práctica este enfoque, resulta relevante alinear y plasmar, en el diseño de los servicios de salud, estándares de derechos de los pueblos indígenas en el ámbito de la salud, según se indica en el siguiente cuadro:

Cinco dimensiones del estándar mínimo de derecho de los pueblos indígenas	Derechos específicos en el ámbito de la salud
Derecho a la no discriminación	Derecho al acceso y la atención de la salud
Derecho al desarrollo y bienestar social	Derecho al nivel mas elevado de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad
Derecho a la integridad cultural	Derecho a utilizar el idioma indígena, derecho a aplicar el concepto de bienestar y salud integral, derecho al uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional
Derecho a la propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos	Derecho a la conservación de las plantas, animales y espacios territoriales de interés vital en el proceso de salud-enfermedad-sanación
Derecho a la participación política	Derecho a participar en el diseño, la responsabilidad y el control social (recursos) de las políticas y programas de salud.

Fuente: Panorama Social de América Latina. 2007. Agenda Social. Políticas públicas y programas de salud

2.3.3 El diseño de los servicios

De la teoría a la práctica



La incorporación del enfoque intercultural en salud en el Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, 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 salud³¹. Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de

²⁹ Ver Política de Salud y Pueblos Indígenas, Norma Administrativa N° 16 sobre interculturalidad en los Servicios de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Ley de Autoridad Sanitaria

³⁰ Panorama Social de América Latina. 2007. Agenda Social. Políticas públicas y programas de salud dirigidos a la población indígena de América Latina.

³¹ MINSAL.(2006) Política de salud y pueblos indígenas.

construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de Mesas Comunales de Salud Intercultural para abordar reflexivamente las discusiones y propuestas de trabajo.

Respecto de acciones que reflejan la incorporación del enfoque intercultural al modelo de atención, se recomiendan:

CALIDAD Y ACCESO

- ◆ Disponibilidad de Facilitador /ra Intercultural, mediante contratación y/o 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.

CAPACITACION

- ◆ Programas de Formación y Capacitación Continua en interculturalidad en salud, dirigido especialmente a funcionarios que trabajan en la atención directa de la población indígena

PARTICIPACIÓN

- ◆ Participación de equipos de salud en actividades culturales sagradas de las comunidades (Wetripantu, Nguillatún, Palin, etc.).
- ◆ 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

- ◆ 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.

SISTEMAS DE GESTIÓN DE USUARIOS

- ◆ Encuestas de satisfacción de usuaria con pertinencia cultural.
- ◆ Planes de Intervención en Comités de Gestión de Reclamos.



2.4 Sistemas de atención basados en Enfoque de Género

El enfoque de 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. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo de la percepción que tienen las distintas sociedades y culturas acerca de la diversidad física, las preferencias y capacidades de mujeres y hombres.

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 el campo de 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, a su vez ello también genera inequidad en la situación de salud o bienestar de las mujeres y sociedad en general. Existe evidencia que la situación de salud es peor en mujeres de escasos recursos o en zonas rurales donde están empobrecidas.

La equidad en salud y la equidad de género en salud, se puede abordar en la medida que se integran análisis socioculturales de equidad de género y de derechos ciudadanos, que sustenten los programas de protección, prevención, promoción y atención, que incorporan las realidades de sectores desprotegidos y proponen modelos de trabajo inclusivos para el personal de salud. La igualdad entre mujeres y hombres es un problema de derechos humanos y una condición previa para la consecución de la democracia y el desarrollo sostenible.

Los principios centrales de la equidad de género son: antipobreza, antiexplotación, igualdad en el ingreso, igualdad de tiempo libre, igualdad de respeto, antimarginación y el principio de antiandrocentrismo ³²

A nivel internacional, a través de Conferencias Mundiales, se ha reconocido la importancia de fomentar el poder de la mujer para alcanzar el desarrollo. A este propósito se declaró, en el Cairo 1994, que "el objetivo es promover la igualdad en el género y alentar -y permitir- que los hombres asuman sus responsabilidades respecto a su comportamiento sexual y reproductivo, así como en sus funciones sociales y familiares". La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995, estableció una agenda orientada a fortalecer la posición de la mujer, eliminando todos los obstáculos

³² De la distribución al reconocimiento Nancy Fraser, reflexiones críticas desde la posición post-socialista. Bogotá 1997

para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y asegurar la participación activa de la mujer en todas las esferas de la vida, donde destacan los problemas de acceso desigual e inapropiado a los servicios de sanitarios y afines, violencia contra las mujeres. Asimismo, se ha planteado la urgencia de la generación y difusión de estadísticas con perspectiva de género para la planificación y evaluación de programas y políticas públicas.

Para el Ministerio de Salud, los compromisos de la agenda de Género³³ son:

1. Incorporar un enfoque de género en los Objetivos Sanitarios.
2. Optimizar el acceso de las mujeres a la salud.
3. Asegurar la calidad de la atención de salud a las mujeres. Prevenir y proteger la salud de las mujeres trabajadoras acerca de sus derechos laborales.
4. Asegurar la atención de salud sexual y reproductiva a la mujer con énfasis en las adolescentes de forma oportuna y de calidad.
5. Frente a la Violencia de género: respuesta oportuna e integral, sistema de registros y habilitar espacios de atención.
6. Asegurar la participación de las mujeres y sus organizaciones en la gestión de salud a través de consejos ciudadanos

2.4.1 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. En las sociedades donde las mujeres se casan muy jóvenes y a una edad inferior que la del hombre, la subordinación de ésta al marido es más intensa y sin lugar a dudas, condiciona fuertemente sus posibilidades de educación y de trabajo retribuido.

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 contemporáneamente de dar el sustento económico a la familia y realizar todas las actividades domésticas.

³³ MINSAL (2007) Propuesta para una Política de Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en el Sector Salud

2.4.3 Diseño de los servicios

De la teoría a la práctica



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

- ◆ Evitar fortalecer estereotipos de feminidad y de masculinidad vigente, ya que para unos promueve la autosuficiencia y percibe la petición de ayuda como signo de debilidad.
- ◆ Rescatar los roles de responsabilidad de todos los seres que están en el ámbito familiar y su entorno, favoreciendo al redistribución de ésta descargando 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 en su rol 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 en 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 mejorar la equidad a corto plazo.
- ◆ Los servicios, para ser valorados por las y los usuarias/os deben, buscar activamente atender las necesidades particulares de hombres y mujeres en sus distintos roles sin dejar de contribuir al cambio de esos roles en busca de una mayor equidad.
- ◆ Superar las dificultades identificadas para la transversalización de este enfoque³⁴, tales como: registros no diferenciados por género, indicadores de resultado e impacto no diferenciados por género, normas y orientaciones de los programas y acciones sin mirada de equidad de género y prácticas laborales sin enfoque de género y con discriminación.

³⁴ MINSAL (2007) Propuesta para una Política de Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en el Sector Salud

2.5 Sistemas de atención basados en Enfoque Comunitario



La participación comunitaria, es uno de los ejes de la Atención Primaria, se define como aquel proceso activo de expresión genuina y libre, eminentemente colectiva, que constituye un elemento crucial para la definición e implementación de iniciativas de desarrollo, donde las personas asumen un mayor control sobre los procesos de toma de decisiones y son parte desde la planificación misma³⁵

La perspectiva comunitaria ha ampliado notablemente el campo de acción en salud, en la medida que es capaz de relacionar aspectos del proceso salud-enfermedad con el mundo sociocultural, incorporando la consideración de todas las condiciones y factores que, desde el mundo social de la persona y su familia, intervienen directa o indirectamente en la mantención o pérdida de la salud.

Por otra parte, desde la perspectiva de la salud como bien social, se entiende que la red de salud va más allá de la red de establecimientos de atención de salud y de las acciones que en ellos se realizan, aún cuando ésta se realice con enfoque holístico. La visión de la red de salud reconoce los recursos propios de las comunidades y sus agentes de salud, surgidos desde la base social, diversos en su origen y posición, depositarios de formas populares y tradicionales de conocimiento, hábiles en ciertas prácticas beneficiosas para sus pares y validadas por ellos, lo cual promueve la incorporación de diversas cosmovisiones, con participación real y comprometida de todos los actores.

Lo anterior implica el desafío del sector salud de incorporarse al quehacer en salud de las comunidades y viceversa, en una relación fluida y de colaboración mutua. En esta relación se distinguen al menos tres dimensiones³⁶:

1. **Ética:** se refiere a los fines y objetivos que fundamentan la incorporación de la comunidad en las acciones de salud. Es decir, el "para qué" de la participación activa de la comunidad. Más allá de su contribución al logro de los objetivos sanitarios, se espera que la comunidad participe en la construcción de una ciudadanía activa, con la identificación y expresión de sus expectativas y necesidades, que cuente con herramientas para realizar diagnósticos participativos³⁷, proponer soluciones frente a problemas, participar en la elaboración de planes y proyectos locales de salud, evaluar la ejecución de distintas acciones e iniciativas en salud. Todo ello en una relación simétrica y recíproca entre la comunidad y los equipos de salud del sector.
2. **Técnico metodológica:** se refiere al conjunto de herramientas e instrumentos técnico-metodológicos que apoyan el desarrollo del trabajo comunitario y la construcción de una relación estable con los equipos de salud del sector. Estas metodologías serán tanto para realizar la convocatoria inicial a la comunidad, por ejemplo llevar a cabo procesos de negociación de intereses, identificación y análisis de necesidades y expectativas, planificación local participativa, como la ejecución de iniciativas conjuntas de colaboración.

³⁵ Wallerstein N, 2003; Oakley P, 1989; Nelson N, 1995.

³⁶ Manual de apoyo a la implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar, Minsal 2008

³⁷ Ver Orientaciones para la Programación en red año 2009. Anexo N° 1 "Manual Diagnósticos Participativos"

3. La dimensión relacional: se refiere a la necesaria interacción entre actores sociales, técnicos y políticos que asumen un rol protagónico en la implementación del trabajo comunitario. La relación entre los diferentes actores puede apoyar la generación de alianzas estratégicas, o bien, constituirse a veces en obstáculos para el desarrollo de estrategias, o bien, evidenciar relaciones asimétricas basadas en formas de clientelismo o instrumentales. En este sentido, el trabajo comunitario complementa las visiones técnicas, políticas y sociales de los distintos actores del espacio local.

2.5.1 Diseño de los servicios

De la teoría a la práctica



2.5.1.1 Herramientas básicas para el trabajo comunitario

Para abordar el trabajo comunitario, los equipos de salud deberán desarrollar habilidades y metodologías para diseñar, implementar y evaluar el trabajo comunitario desarrollado³⁸. Al respecto destacan:

1. Negociación: es un proceso a través del cual 2 ó más partes intercambian información sobre temas que, representando un interés común, son enfocados con visiones y expectativas diferentes u opuestas por cada una de las partes. Se negocia con el fin de buscar acuerdos y beneficios mutuos en una relación recíproca y duradera. La negociación es un instrumento que contribuye a llegar a acuerdos y concertar acciones y compromisos". Lo más trascendente de la negociación es las partes involucradas se dan cuenta que sólo la colaboración mutua permite lograr el interés común.
2. Creación de alianzas estratégicas: se refiere a la relación simétrica y recíproca que establecen el sector salud y los sectores sociales para efectos de complementar visiones, recursos, capacidades y conocimientos acerca de las causas y consecuencias de los problemas de salud. La generación de alianzas se basa especialmente en la democratización y socialización del conocimiento técnico y en el reconocimiento y valoración de los aportes de cada uno de los sectores involucrados.
3. Acción intersectorial: se entiende como el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, a través de acciones destinadas total o parcialmente a transformar la situación de salud y calidad de vida de la población de un determinado territorio. El trabajo intersectorial y la participación social son los elementos claves para al abordaje de los determinantes sociales en salud.
4. Planificación participativa: este tipo de planificación tiene la garantía de integrar las necesidades sentidas de la población, con las necesidades técnicas y prioridades nacionales, generando un proceso de construcción conjunta de soluciones que darán mayor sostenibilidad a las intervenciones diseñadas. Entre los elementos de esta planificación destacan las metodologías para realizar diagnósticos, presupuestos y evaluaciones participativas³⁷
5. Creación de espacios de participación y ejercicio de derechos³⁷: tienen por objetivo mantener comunicación permanente entre los actores, facilitar el

³⁸ Manual de apoyo a la implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar. Minsal 2008

control social de la gestión pública, contribuir al buen funcionamiento de la Red Pública de Salud, dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios, conformar articular redes de protección social y articular políticas locales en bien de la salud

2.5.1.2 Recomendación Metodológica para conocer el diagnóstico de la comunidad.

El diagnóstico de la comunidad, es el proceso de conocer, analizar y valorar de acuerdo a la misión del centro, clasificar y hacer una monitorización de los factores externos, al sector salud, que afectan directa o indirectamente el proceso salud-enfermedad. Debe incluir, con un sentido crítico, la identificación de los valores sociales deseables y de los recursos externos disponibles³⁹, en términos generales responde a las siguientes ámbitos y preguntas:

Identificación de aspectos demográficos de quienes reciben el servicio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la distribución por sexo y edad de la población a atender? • ¿Existen muchos ancianos? ¿Y niños? • ¿Cuál es la tasa de natalidad? • ¿Existen muchas adolescentes embarazadas? • ¿Cuál es la tasa de mortalidad general e infantil? • ¿Cuál es el porcentaje de población indígena?
Migración interna	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En la población atendida existen muchas personas que vienen de otras regiones del país?
Distribución de la población	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La población está muy dispersa o se concentra cerca del servicio de salud? • ¿Existen personas de la zona rural entre la población atendida? • ¿El centro de salud o el hospital está cerca o ubicado en un lugar accesible para la población? • ¿Existen buenas vías de comunicación? • ¿Existen medios de transporte disponibles y accesibles? • ¿Existen en el área grupos marginados?
Saneamiento ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La población tiene agua potable? • ¿Cómo se eliminan las aguas utilizadas? • ¿Hay saneamiento básico en la zona? • ¿Existen ríos o lagos contaminados? • ¿Cómo y dónde se recolecta y se desecha la basura? • ¿Existen fábricas o industrias que contaminan el ambiente?

³⁹ Motta,P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo.

MINSAL (2006) Subsecretaría de Salud Pública "Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque cultural. Guía básica para equipos de salud",

Organizaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen en la zona organizaciones sociales, religiosas, indígenas, educativas, recreativas y cooperativas? • ¿Cómo se relacionan estas organizaciones con el servicio de salud? • ¿Hay otros servicios de salud en la zona? ¿Son públicos o privados? • ¿Qué nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria) es ofrecido a la población? • ¿Existen mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios de salud? • ¿Existe personal ajeno a la salud prestando el servicio? • ¿Existe presencia de agentes médicos indígenas? • ¿Existe alguna relación entre el sistema médico indígena y el sistema médico oficial?
Situación social	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las principales fuentes de empleo? • ¿Cuáles son los tipos de producción que hay en la zona? • ¿Las mujeres trabajan fuera de casa? • ¿Hay mucho desempleo?
Situación cultural	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la tasa de analfabetismo en la población? • ¿Conoce cuáles son los hábitos alimenticios de la población? • ¿La población acostumbra a automedicarse? • ¿Existen en el territorio culturas indígenas institucionalizadas? • ¿La población indígena consulta a sus agentes tradicionales? • ¿La población indígena mantiene sus prácticas culturales? (ceremonias, lengua, alimentación, medicina, etc.)
Factores administrativos: dependencia administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La dependencia financiera en relación a los organismos centrales es muy rígida? • ¿Existen ingresos procedentes de recursos propios? • ¿La compra de insumos es centralizada?
Factores económicos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los servicios prestados son gratuitos? • ¿Existen servicios pagos en el área? • ¿El costo ha sido un factor que limita la búsqueda de los servicios?

2.5.1.3 Recomendación Metodológica para el Diagnóstico participativo⁴⁰

Es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes. Además de la etapa propiamente diagnóstica, incluye la priorización de problemas, la selección de intervenciones y la evaluación del impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.

⁴⁰ Anexo 1 “Manual de Diagnóstico Participativo”, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Edición anual Minsal.

En todo el proceso es preciso recordar asignar metas, responsabilidades y plazos, de manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.

La frecuencia de actualización de diagnósticos dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, los que deben priorizarse en función de la información que resulta relevante para mantener un trabajo productivo, especialmente la información que se genera al interior de los Centros de Salud.

Existen variadas sistematizaciones y fuentes de información para realizar un diagnóstico participativo, en lo esencial interesa conocer los elementos que caracterizan a la población y su situación de salud. Al respecto, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile orienta a desarrollar 5 puntos, en los cuales es preciso utilizar fuentes técnicas (registros de salud) y fuentes comunitarias:

1 Descripción del nivel o situación de salud	
Mortalidad	Morbilidad
Mortalidad General Mortalidad Infantil Mortalidad Materna Mortalidad por Causas Esperanza de vida Índice de Swaroop AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad) AVPP (años de vida potencialmente perdidos).	Exámenes de Salud Encuestas de Morbilidad (Encuesta Nacional de Salud, análisis locales) Consultas Médicas Egresos Hospitalarios (información indispensable para la atención primaria y la programación en red) Enfermedades de Notificación Obligatoria Pensiones de Invalidez Licencias Médicas
2 Descripción de factores condicionantes	
<u>Población:</u> Volumen Estructura según grupos etarios y género (susceptibilidad) Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)	<u>Medio Cultural:</u> Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad Social, Libertades Humanas Características Culturales, Etnia, Desarrollo comunitario, etc.
<u>Medio Natural:</u> Clima - Naturaleza - Situación Geográfica	<u>Sector Salud:</u> Política de Salud Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación, etc. Recursos Materiales, Financieros, Humanos
3 Explicación	
Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad. Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud.	
4 Apreciación	
Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo Normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).	
5 Pronóstico	
Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.	

3.- Principios éticos y su aplicación en la atención a personas.



El desarrollo de la bioética en los últimos años ha sido a través de conflictos sobre temas relacionados con el comienzo y final de la vida, o con los problemas morales planteados por los avances de la ciencia y de la técnica. Sin embargo, el ejercicio de la salud familiar y el marco de la atención primaria suscitan toda una serie de cuestiones éticas que han recibido escasa atención porque, a veces, no son percibidas como tales⁴¹.

En atención primaria podemos plantear las siguientes interrogantes:

- ◆ ¿Es realmente autónoma una persona cuando decide continuar con un estilo inadecuado de vida?
- ◆ ¿Cumple el equipo de salud con el fin profesional de su rol, cuando deja de evaluar la probabilidad de riesgo en que se encuentra una persona?
- ◆ ¿Actúan con justicia los pacientes, sus familiares y el equipo de salud que no adoptan posiciones de compromiso responsable ante los riesgos potenciales identificados?
- ◆ ¿Es éticamente admisible la acción que sólo consigue el control de la patología sintomática?

Para responder éstas y otras interrogantes, se debe tener presente que la toma de decisiones responsables exige un profundo conocimiento de la realidad, así como de los principios bioéticos fundamentales presentes en la acción de salud. Esto es una condición básica para el desarrollo de la atención primaria en general y el modelo de atención en particular.

Para ello es necesario explorar los principios éticos fundamentales, sus implicaciones éticas en la práctica asistencial y modelos de análisis⁴² para la toma de decisión ética. Estos principios son: de autonomía, de beneficencia y justicia.

1. **Principio de autonomía:** se refiere al respeto de los derechos fundamentales del ser humano, "como un fin, jamás como un medio". Ello en cualquier momento de su desarrollo y cualquiera que sea el grado de las cualidades propias de la especie. Puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana cuando cumplen 3 condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. Es el derecho que todo miembro de la especie humana tiene a ser respetado como agente libre y al deber, que tenemos todos, de respetar la autonomía de los demás en la determinación del curso de la acción, de acuerdo con el proyecto elegido por el propio agente. Se basan en este principio la alianza terapéutica entre el equipo y las personas, el consentimiento en las pruebas diagnósticas y en los tratamientos. Forma parte integral de la beneficencia y está a su servicio.

⁴¹ DID NUNEZ, Jorge Pastor. **Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud.** *Rev Cubana Med Gen Integr*, July-Aug. 2000, vol.16, no.4, p.384-389. ISSN 0864-2125

⁴². García D. Fundamentos de bioética. Madrid; EUDEMA, 1989;18-9.

2. **Principio de beneficencia**, se refiere a hacer y promover el bien para con las personas o la sociedad, es orientador de la acción por cuanto indica que "no se debe hacer el mal y que debe evitarse, impedir o eliminar el mal". Este principio ha sido y seguirá siendo eje de la ética médica.
3. **Principio de justicia**, es reconocido como básico en cualquier sociedad, se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos. Funciona como la medida de la distribución equitativa de derechos y deberes, ventajas y desventajas. Todos los miembros de la sociedad tienen el deber de procurar el bien común, que puede entenderse como el conjunto de condiciones de vida social, que permiten que los individuos y los grupos que la realizan, consigan más fácilmente y con mayor plenitud su perfección propia.

El análisis profundo de estos principios y la comprensión del ser humano como un ser que está dotado de unos atributos exclusivos, diferenciadores del resto de los seres vivos, que le permiten dirigirse por sí hacia su propia meta, la perfección, señala y ayuda a comprender que la ética es objetiva y no arbitraria.

3.1 Diseño de los servicios

De la teoría a la práctica



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

Al respecto cabe revisar cómo funcionan los principios éticos en la atención de salud: la persona que consulta actúa guiado por el principio moral de autonomía; el médico, por el de beneficencia, y la sociedad, por el de justicia. Los 3 factores son esenciales, no es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia, ni respetar ésta sin que se resienta la justicia.

Lo anterior impone la necesidad de que el equipo de salud esté capacitado en los conceptos y principios básicos de la ética, de modo que sus miembros tengan siempre presentes los 3 principios, ponderando su peso en cada situación concreta, llegando así a lograr un comportamiento activo de compromiso moral⁴³.

Algunos aspectos éticos importantes deben ser considerados en:

1. En el modelo de salud familiar la promoción y educación de diversos métodos de enseñanza-aprendizaje, estrategias y actividades para facilitar el autocuidado, llevan implícitas una dimensión ética para las personas y los profesionales. Para las personas en relación con la toma de decisiones y para los profesionales, se refiere a la preparación, conocimiento y compromiso, en la adopción de una postura que respete y facilite las decisiones de las personas en los dilemas éticos.

⁴³ DID NUNEZ, Jorge Pastor. **Principios bioéticos en la atención Primaria de Salud** . *Rev Cubana Med Gen Integr*, July-Aug. 2000, vol.16, no.4, p.384-389. ISSN 0864-2125

2. El equipo debe generar espacios de respeto por el otro, permitiendo que las personas crezcan y actúen en un ambiente libre y autónomo, legitimando y considerando su dignidad, como un elemento estimulador y favorecedor de la capacidad de comprender la información y conducir a la toma de decisiones.
3. Esto supone planificar procesos educativos que tomen en cuenta los deseos, requerimientos y singularidades de la cultura. Por otra parte, la medicina preventiva está llena de juicios de valor al persuadir de una vida sin tabaco, alcohol, drogas, puede pasar a llevar la autonomía absoluta del paciente al presentarle un estilo de vida más sano que otro o por el contrario, es prioritario que una persona esté en las mejores condiciones para cumplir con sus obligaciones ciudadanas.
4. La visión comunitaria considera que el individuo está inserto en un grupo social. La conducta del individuo repercute en el grupo social. Prácticamente todos los actos individuales se insertan, por ejemplo, en la vida familiar, y la familia en la vecindad, y así sucesivamente. Se busca el bien colectivo, el bien común. El límite a su libertad está cuando existe daño a terceros (principio de beneficencia). El personal de salud como conocedor de la ciencia médica, debe aportar datos objetivos en la educación sanitaria de la población⁴⁴.
5. Educar en hábitos sanos, en una vida sana, no es paternalismo, es informar correctamente. Ese consejo, respeta su libertad, no le impone esa conducta, le da datos para que haga un buen uso de su libertad.
6. En relación a la toma de decisiones en el trabajo con familias pueden darse por lo menos 2 situaciones:
 - a. Mayor conciencia del equipo respecto a los principios fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia social, los que hacen surgir la necesidad de confidencialidad, consentimiento informado, facilitar el acceso, oportunidad, calidad y respeto a las decisiones de individuos y familias, etc.
 - b. Mayor probabilidad de trasgresión a aquellos principios cuando no se es consciente de las repercusiones del cambio. Por ejemplo manejo inadecuado de información íntima de la familia, enjuiciamiento de conductas, sobre intervenir a las familias, descalificación de las capacidades, intervenir en problemas que no son considerados como tales, sin tomar en cuenta la opinión de la familia, etc.
7. La existencia de un Comité de bioética al interior del Centro de Salud facilita la toma de decisiones en temas complejos⁴⁵:
 - ◆ Si una familia no es consciente de un problema, ¿es ético evidenciarlo?
 - ◆ ¿Cómo priorizar los problemas detectados?
 - ◆ ¿Es ético "abandonar" a una familia por "estar muy dañada"?

⁴⁴ Arratia A. Bioética y toma de decisiones. Cuad. Bioética 1999;39(3):152-21.

⁴⁵ Martín Espildora MN. Bioética y atención primaria. Cuad. Bioética 1999;35(3):569-72

- ◆ ¿Hasta dónde hay confidencialidad si se pone en riesgo la vida de una o más personas?
- ◆ ¿Cómo decidir el uso de los recursos frente a necesidades múltiples?
- ◆ ¿Cómo actuar frente a aquellos casos en que hay conflictos éticos?



Capítulo III

DESARROLLANDO EQUIPOS PARA ENFRENTAR EL DESAFÍO

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Revisar la importancia de formación de equipos para procesos de cambio
- ✓ Revisar las competencias específicas en la implementación del modelo
- ✓ Reconocer la utilidad de la visión de procesos en la implementación del modelo



El cambio en salud se hará con el personal que ya está trabajando en los servicios. El personal existente es el gran capital a transformar. El cambio en los procesos de reforma sectorial empieza cuando los recursos humanos lo asumen. Así también expresa la OPS: "El compromiso para el apoyo al desarrollo de los Sistemas de Servicios de Salud, se fundamenta en promover el desarrollo de los recursos humanos en todos los campos, y es de importancia decisiva para el funcionamiento eficiente del servicio".

En el marco de la reforma los centros de salud deben buscar una transformación profunda de toda su organización, que implique mejorar su rol social a través de su desarrollo técnico-científico y de una mayor eficacia en su gestión, tornándose un marco de una mayor competitividad orientada a la satisfacción del usuario y al compromiso con la excelencia.

Los procesos de cambios requieren que los equipos de salud desarrollen formas de pensar y de actuar estratégicas, introduciendo conceptos contemporáneos para comprender y mejorar la prestación de servicios. Desde esta perspectiva, no se trata solamente de la magnitud y la multiplicidad de los problemas a ser resueltos en el campo de los recursos humanos en salud, sino de reconocerlos y tratarlos como parte de las soluciones y del logro de los fines y objetivos de la reforma.

Desde esta perspectiva, en los centros de salud se promueven grandes transformaciones en la cultura organizacional, en el desarrollo de nuevos estilos de gestión, aumento de la autonomía institucional y de la descentralización, en especial, en los procesos de trabajo que realiza el personal de la salud. Se otorga mayor libertad de acción y mejores procesos de evaluación del desempeño.

Los centros de salud sólo han de transformarse a partir de un permanente proceso de desarrollo de los Recursos Humanos, dirigido a mejorar la equidad y la calidad de las acciones de salud, que dé respuesta a las necesidades del servicio, a las demandas de la población y a la satisfacción del personal del centro.

Todo servicio de salud como cualquier empresa u organización social, es un ambiente cultural de aprendizaje. La calidad y la productividad aumentan en la medida que las personas mejoran la comprensión sobre el desempeño de sus tareas y sobre los factores internos y externos que lo condicionan.

La dinámica que se propone es un proceso creciente de desarrollo de recursos humanos, bajo la forma de pesquisa operacional participativa, articulada a un proceso de educación permanente dirigido a la mejoría del servicio de salud y del desempeño de cada trabajador.

Se requiere nuevas formas de gestión de personas, basadas en procesos de desarrollo, evaluación de desempeño, sistemas de incentivos para orientar las acciones de transformación.

La complejidad de los servicios de salud justifica utilizar una visión estratégica especial para abordar el tema de la gestión de la calidad y de la producción de los servicios con una propuesta que involucre a todos los niveles jerárquicos de la organización.

El análisis de desempeño es un proceso dinámico que reconoce y analiza la contribución esencial de los trabajadores por medio de su desempeño, permitiendo además proponer cambios progresivos. Constituye un proceso permanente de desarrollo de personas hacia la mejoría creciente del servicio y de sus prácticas.

La orientación general del servicio de salud, la formulación de un plan y el análisis global del desempeño del servicio considera las necesidades de salud y la satisfacción de los usuarios.

Los cambios de la reforma cada vez más se orientan en la perspectiva de que se comprometan a las personas calificadas técnicamente que trabajan en los servicios de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población, y que son cruciales para el éxito de los cambios que implican las reformas sectoriales.



Aspectos críticos de la gestión de personal para los procesos de cambio.

1.- Una **propuesta de análisis de desempeño** para aplicar en los equipos de salud, las formas de pensar y de actuar, para comprender y mejorar la prestación de servicios. Que además:

- ◆ Sea formulada a partir de una visión de la gestión estratégica de los servicios.
- ◆ Apoye el desarrollo del equipo de trabajo y el reconocimiento de la interdependencia del trabajo en salud.
- ◆ Busque rescatar el saber y la experiencia de cada uno de los trabajadores y comprometerlos en mejoría de su desempeño y con el desarrollo de la calidad de los servicios.
- ◆ Busque articular en un único proceso las propuestas de cambio institucional y las de desarrollo del desempeño de los trabajadores de salud.

El análisis del desempeño de cada trabajador permite:

- ◆ Reconocer las competencias requeridas facilitando la evaluación del desempeño del personal de salud.
- ◆ Ayudar a que los equipos conquisten un mejor desempeño y una mayor satisfacción en el trabajo.
- ◆ Capacitar al personal en analizar el proceso de trabajo a partir de una perspectiva estratégica.

2.- Se recomienda promover, por parte de los trabajadores de la salud, la **construcción de valores compartidos** y de reglas para sus actividades y comportamientos y establecer nuevas formas de relación entre los miembros del equipo de salud entre sí y con el usuario.

3.- Utilizar la **evaluación** como una acción de dar poder, fortalecer por medio de la utilización de los conceptos, técnicas y resultados para promover el mejoramiento del desempeño propio y la autodeterminación. Es un proceso esencialmente democrático que exige la participación de todos los interesados en su realización, resultados e implicaciones y que acentúa la naturaleza dinámica de esta tarea.

Los profesionales y técnicos deben aprender a descubrir constantemente sus avances en la dirección de sus propios propósitos, buscando rehacer sus planes y estrategias en consonancia con sus propias percepciones y evaluaciones

Se propone que los diferentes equipos de los servicios de salud desarrollen una evaluación de su desempeño, orientada a mejorar la satisfacción propia y la de los usuarios y, simultáneamente, la calidad del servicio, permitiendo la participación creativa de los trabajadores en la construcción de su trabajo y aumentando su compromiso con el servicio y con el mejoramiento de la salud de la población.

4.- **Estructura y funcionamiento a considerar:** Las estructuras deben dar soporte a la gestión de personas en el proceso de cambio de modelo. Lo que recomienda la literatura es:

Tratar de disminuir:

- ◆ El aislamiento en los servicios de salud, en los programas, en los sectores, favoreciendo la integración de los trabajadores en los procesos.
- ◆ Disminuir la excesiva división del trabajo, el aislamiento entre los integrantes y las barreras a la comunicación.
- ◆ Disminuir la excesiva costumbre, "siempre se hizo así, no hay razón para hacerlo de otro modo"
- ◆ La fragmentación del trabajo en lo técnico y lo social

Favorecer:

- ◆ El funcionamiento con concepto sistémico.
- ◆ Promover la interacción, impulsando la participación, la relación armónica, conformando verdaderos equipos.
- ◆ Recuperar el saber del trabajador, estimular su participación, comprometerlo con la aceptación de la responsabilidad por el servicio y estimular su capacidad de análisis de los problemas y el uso de su creatividad para las soluciones.

- ◆ Apoyo y compromiso de la dirección, para que las personas puedan aprender a trabajar en equipos de trabajo.
- ◆ No se trata de desconocer las estructuras formales, sino de reforzarlas y complementarlas con la participación activa del trabajador.
- ◆ Favorecer a que los equipos definan la misión de su trabajo en concordancia con la de la misión organizacional y orientar sus actividades en función de la satisfacción del usuario.

5.- Proceso de gestión participativa: El propósito de la gestión participativa es contribuir al entendimiento de las tareas diarias de forma diferente, permitiendo analizarlas, cuestionarlas en función del propósito fundamental de la organización y evaluarlas de acuerdo con las necesidades y deseos de los usuarios, buscando un compromiso personal y colectivo para mejorarlas. Considerando a las personas como sujetos activos, que buscan en su trabajo satisfacción, autorrealización, con libertad de acción para asumir responsabilidades

Algunas de las estrategias son:

- ◆ Proporcionar a todos los integrantes del equipo de salud el acceso a la información.
- ◆ Intercambiar conocimientos, analizando problemas y buscando respuestas concretas, a partir de metas y acciones planificadas.
- ◆ Ampliar el diálogo, el debate, el intercambio de informaciones entre los integrantes del equipo de salud y los gestores.
- ◆ Buscar comprender las necesidades y aspiraciones de los usuarios a través de las distintas formas que tienen de expresar su satisfacción con respecto a la calidad del servicio.
- ◆ Establecer procesos que faciliten a los integrantes del equipo, asumir responsabilidades y que respalden su trabajo por medio de la realización de tareas de su elección.

La metodología propuesta ⁴⁶consiste en identificar grupos de trabajo que interactúen en un determinado servicio para que, mediante un proceso educativo de grupo, evolucionen hacia la constitución de un equipo de profesionales de salud que se sensibilicen hacia el usuario, ubicándolo en el centro de la atención. Este proceso contribuirá al reconocimiento de la interdependencia entre los diferentes equipos favoreciendo el compromiso individual y colectivo.

El proceso de trabajo debe ser el eje del análisis y objeto de transformación, entendiendo que la orientación hacia las personas se constituye en un proyecto de toda la organización. Avanzando en el pensamiento sistémico, resaltar la construcción de lo colectivo, reconocer las diferencias individuales.

⁴⁶ Motta, P (2001) Desempeño en equipos de salud

6.- Aumentar en los equipos la comprensión de las actividades que desempeñan. El reconocimiento de la utilidad y validez de sus talentos y habilidades. Mejorando el autoconocimiento. Mirar siempre a la organización como un todo.

Para identificar como es autopercepción su equipo, puede utilizar la siguiente pauta.

Criterio	Concepto
¿Existe un sentido de responsabilidad colectiva por el desempeño?	
¿Existe estímulo para buscar sus propias soluciones?	
¿El equipo tiene autonomía para definir los métodos de trabajo?	
¿Existe participación en el proceso de decisión como algo natural y necesario?	
¿Existen recompensas grupales de acuerdo a la producción del grupo?	
¿Existe un refuerzo mutuo y constante como forma de unión y motivación?	
¿Existen incentivos para buscar entrenamiento y mejorar el conjunto de las habilidades del grupo?	
¿Existe una comunicación franca y auténtica con libre discusión de las ideas?	
¿Se realiza gestión de los conflictos sin intentos de represión o desconocimiento del problema?	
¿Existe compromiso con la misión y los objetivos del equipo?	

7.- Desarrollar prácticas organizacionales que pueden modificarse y adaptarse fácilmente a los rápidos cambios.

Una estructura como un simple instrumento de acción organizacional, dinámica y dependiente de los cambios, que permita:

- ◆ Definición clara y operativa de los objetivos;
- ◆ Descentralización con interdependencia de valores y comunicación intensiva
- ◆ Sistemas de información más directos y accesibles
- ◆ Menos jerarquía, con responsabilidad compartida y un equilibrio de poder dinámico
- ◆ Reducción de la formalización o padronización estructural
- ◆ Mayor autonomía de las personas para desarrollar métodos propios de trabajo y ajustes en sus tareas.

Crear un centro de salud en un conjunto de pequeños equipos, administrados con un máximo de interdependencia. Conectados por un intenso sistema de comunicación, cada una de las partes tiene la visión de todo y sabe bien lo que está pasando en las demás partes.

8.- Líderes ágiles y flexibles orientados hacia:

- ◆ Ver la inestabilidad como prometedor y la estabilidad como una amenaza.
- ◆ Actuar como pionero y con tranquilidad en la innovación.
- ◆ Recompensar a las personas por correr riesgos.
- ◆ Acoger los cambios espontáneos y los programados.
- ◆ Valorar la autonomía personal y no el control.
- ◆ Ver lo inusitado como fuente de aprendizaje.
- ◆ Aceptar la variedad como una forma de buscar la innovación.
- ◆ Amplitud de acción en la búsqueda de estabilidad en las relaciones humanas
- ◆ Agregar valor al trabajo de su equipo

Autopercepción.

- ◆ ¿Los objetivos son claros, imprecisos, ambiguos?
- ◆ ¿Las tareas son: amplias, rígidas, facilitan el uso eficiente de las habilidades individuales, siguen un manual de normas, siguen alguna tradición del servicio?
- ◆ ¿Los funcionarios tienen independencia de la autoridad superior para actuar?
- ◆ ¿La toma de decisiones es centralizada o descentralizada?

9.- Manejo de Conflicto

Las personas tienen diferencias en iniciativas, intereses y formas de actuar, que en el ambiente de trabajo, pueden causar falta de acuerdo en el equipo y dificultad de progreso, produciendo tensión, ansiedad, frustración y hostilidad. Aminore las oportunidades para el conflicto, especialmente en períodos de cambios estratégicos

Acciones

- ◆ Buena comunicación, apertura, transparencia, información, diálogo y confianza.
- ◆ Adecuado tamaño del equipo, equidad en la distribución de tareas y beneficios.
- ◆ Estilos de liderazgo más participativos. Promover la libertad, autorespeto.
- ◆ Administrar constantemente los conflictos, observando el impacto en el desempeño del grupo. Comunicaciones a tiempo, evitar el aislamiento de las personas.
- ◆ Estimular y favorecer la cooperación y participación
- ◆ Generar influencia por parte de los miembros de un equipo de decisiones o funciones, habitualmente consideradas exclusivas de los líderes.
- ◆ Instituir un mayor equilibrio de poder a nivel de tareas, de pequeños grupos y de unidades del servicio.
- ◆ Ceder a los equipos el derecho equitativo de manifestarse y de influenciar en las decisiones y en las acciones.
- ◆ Impulsar el sentido de pertenencia, de compartir y unir a las personas según un propósito común.
- ◆ Contribuir en las decisiones de proceso y desarrollo
- ◆ Crear autonomía en el lugar de trabajo
- ◆ Ayudar en la cooperación y distribución de informaciones y en la solución de problemas del equipo.
- ◆ Aumentar el compromiso individual, motivando y estimulando el desempeño de la tarea.
- ◆ Disminuir la competencia individual
- ◆ Favorecer que las personas alcancen de forma más eficiente y eficaz, los objetivos.
- ◆ Favorecer la contribución de cada persona aumentando la realización personal y profesional,
- ◆ Crear espacios para actividades de grupo
- ◆ Favorecer en los equipos la definición de objetivos
- ◆ Favorecer la autocrítica y autoevaluación.
- ◆ Legitimar nuevos canales de comunicación, aceptándose como interlocutores válidos a funcionarios que anteriormente se encontraban sujetos exclusivamente a la subordinación.
- ◆ Otorgar reconocimiento a los esfuerzos y logros
- ◆ Estimular la libertad, creatividad y voluntad de contribuir a logros globales y no solo individuales.
- ◆ Desarrollar el sentido de pertenencia, valorización a las personas

Las diferencias de perspectivas y de opiniones cuando no son aclaradas, facilitan el aumento de las incomprensiones y el surgimiento de conflictos.

10.- **Participación** como elemento protector de conflicto, porque:

- ◆ Permite entender por qué otros piensan y actúan de la forma que lo hacen y la propia forma de pensar y actuar.
- ◆ Mayor frecuencia en las comunicaciones y acceso a las informaciones.
- ◆ Confianza en las relaciones entre los miembros del equipo
- ◆ La práctica de ceder y conceder, favoreciendo el espacio colectivo en vez del espacio particular e individual.

La participación permite ofrecer nuevas ideas, ayudar a solucionar conflictos y mejorar la cooperación, la satisfacción y la productividad en el trabajo, democratizar el desempeño de los equipos, con temas donde el poder está en los miembros del equipo.

Los gestores deben estar atentos a que cada uno de sus integrantes se identifique con el proceso de trabajo. Para ello se recomienda que:

- ◆ La propuesta de trabajo sea comprendida y aceptada por todos.
- ◆ Responsabilizar a los miembros del grupo en forma individual y colectiva.
- ◆ Nivel de entusiasmo, energía y compromiso personal.
- ◆ Reuniones periódicas.
- ◆ Registros y hay seguimiento de los acuerdos.
- ◆ Intercambio de información y comunicación entre los miembros del equipo entre una reunión y otra.
- ◆ Compartir informaciones y conocimientos
- ◆ No hay duplicidad entre las tareas que cada miembro del grupo
- ◆ No existe sobrecarga de trabajo para algunos.
- ◆ Existe un ambiente de confianza para exponer y discutir ideas o propuestas entre los miembros del grupo.
- ◆ El grupo tiene una visión global del proceso de trabajo.
- ◆ Las personas opinan con conocimiento sobre otras etapas del proceso de trabajo que no están directamente vinculadas a sus tareas.
- ◆ Cuando se analiza un determinado problema, se toman en cuenta todas las etapas del proceso de trabajo.
- ◆ Por iniciativa del propio grupo, fueron identificados y resueltos algunos problemas en la prestación del servicio.
- ◆ El grupo cuenta con un plano de acción para mejorar su propio desempeño
- ◆ Existe una distribución interna del trabajo del grupo.
- ◆ Hay seguimiento y evaluación del plano de acción para mejorar su propio desempeño



Desarrollo de Competencias Específicas en los equipos de APS

La implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, requiere de profesionales y técnicos con competencias específicas y complementarias, que permitan cubrir la cartera de servicios orientada a satisfacer las necesidades de salud integral de la población a cargo. Se pretende alinear las exigencias del modelo con el perfil del recurso humano.

Se define competencias " conjunto de los conocimientos, cualidades, capacidades y aptitudes del trabajador que permiten lograr los resultados esperados para el cargo".

La tarea es un medio cambiante, que permite el logro de los resultados y la competencia permite la adaptación a situaciones de cambio que proyectan el logro de los resultados.

El perfil constituye parte de una política de desarrollo del RRHH que contempla:

- ◆ Selección de acuerdo a perfil.
- ◆ Evaluación formativa de acuerdo a logro de metas.
- ◆ Promoción e incentivos.
- ◆ Satisfacción de usuario interno

Las competencias que se desarrollan requieren de refuerzo permanente

- ◆ Práctica profesional más eficiente
- ◆ Regulación apropiada en el uso de la tecnología,
- ◆ Mantener el nivel de calidad definido en relación a estándares de atención técnica y de servicio.
- ◆ Monitorizar los indicadores de calidad técnica y de servicio.

Revisaremos tres revisiones de propuesta de modelo por competencia.

1.- Es la determinación de áreas de competencia de un proyecto piloto de centro de salud familiar en un ambiente académico. Se identifican 11 áreas de competencias descritas⁴⁷ a continuación:

Conocimiento Técnico. Las personas que demuestran estas competencias están constantemente alertas a las oportunidades de aumentar el conocimiento técnico, las habilidades o experiencia.

- ◆ Aprovecha y utiliza en forma práctica la nueva tecnología en el desarrollo de su trabajo
- ◆ Reconoce cuando un problema técnico lo sobrepasa, solicitando ayuda en forma oportuna.
- ◆ Sus opiniones y conclusiones tienen fundamento técnico válido.
- ◆ Ejerce un liderazgo con su equipo en compartir conocimiento y experiencias en el uso de tecnología.
- ◆ Mantiene activo el interés por aumentar sus conocimientos a través de lectura, asistencia a conferencias, discusiones con expertos, etc.

⁴⁷ Aguayo, E., Rojas, V., Tellez, A. (2000) Diseño Modelo Salud Familiar Centro de Salud Familiar San Joaquín PUC

Organización. Las personas que demuestran esta competencia establecen prioridades de ejecución de sus responsabilidades resolviendo eficazmente entre lo urgente y lo importante.

- ◆ Establece prioridades de las responsabilidades con una visión integral.
- ◆ Establece un orden de ejecución de las actividades a desarrollar.
- ◆ Optimiza el uso de recursos disponibles de acuerdo a las tareas.
- ◆ Mantiene en el control del estado de avances de sus propias tareas y del equipo a su cargo.

Comunicaciones Efectivas. Las personas que demuestran esta competencia consideran siempre al equipo con el cual interactúa. Proporciona información verbal y escrita concisa y oportuna. Mantiene información fluída con los directivos y con los equipos de trabajo.

- ◆ Considera la mejor manera de presentar el mensaje claro para hacer entender el punto.
- ◆ Identifica los aspectos críticos a ser comunicados en situaciones complejas.
- ◆ Utiliza analogías para facilitar la comprensión de conceptos.
- ◆ Usa ejemplos simples para describir problemas de causa efecto.
- ◆ Utiliza diferentes metodologías de comunicación para facilitar el entendimiento de diferentes audiencias.
- ◆ Se comunica eficientemente con directivos, pares y clientes.
- ◆ Comparte información en forma espontánea con sus pares.
- ◆ Desarrolla estrategias persuasivas para desarrollar proyectos validados.

Trabajo en equipo. Las personas que demuestran esta competencia consideran el esfuerzo del grupo como mas importante que sus propios esfuerzos individuales. Es sensible a las necesidades y opiniones de los otros miembros del grupo. Participa abierta y honestamente compartiendo opiniones, conocimientos y experiencia con los demás.

- ◆ Plantea temas de importancia a los integrantes del equipo.
- ◆ Resuelven diferencias de opinión buscando una tercera alternativa.
- ◆ Valoriza el aporte de los demás y los logros del grupo.
- ◆ Trabaja por un resultado que puedan beneficiarse todas las partes.
- ◆ Participa en discusiones, escuchando activamente a todos, buscando el consenso para solucionar problemas.
- ◆ Expresa preocupación por la imagen, reputación o impresión causada por el grupo.
- ◆ Elogian los aportes de otras personas en el logro de las metas del equipo.
- ◆ Buscan oportunidades para ayudar a los integrantes del equipo.

Fijación de altos estándares personales. Las personas que demuestran esta competencia establecen metas personales que representan un desafío y se esfuerzan continuamente por alcanzarlas. Buscan oportunidades para mejorar personalmente su desempeño y buscan retroalimentación para evaluar y mejorar.

- ◆ Inquietud personal por hacer mejor las cosas y producen trabajo de excelente calidad.
- ◆ Mantiene estándares altos pero realistas. Autoexigentes.
- ◆ Monitorizan su mejoramiento personal a través de la retroalimentación.
- ◆ Se aburre con trabajos que no representan desafíos.
- ◆ Buscan oportunidades de tomar proyectos desde el comienzo hasta el final.

Preocupación por exactitud. Las personas que demuestran esta competencia verifican la exactitud de los datos recibidos o generados antes de entregarlos. Raramente cometen errores obvios.

- ◆ Revisa las cosas para asegurar exactitud.
- ◆ Presta atención a la condición y detalle de proyectos y asignaciones.
- ◆ Solicita ayuda en la revisión de documentos.
- ◆ Verifica los datos antes de presentarlos.
- ◆ Presta atención a la apariencia y legibilidad de los trabajos escritos.

Iniciativa. Las personas que demuestran esta competencia son proactivas mas que reactivas. Persiguen oportunidades y toman acción antes que se les pida.

- ◆ Toma la acción antes de que se les solicite o exija.
- ◆ Busca información para resolver los problemas y persiste en la realización del trabajo.
- ◆ Se esfuerza más allá de sus responsabilidades para mejorar su desempeño y el del equipo.
- ◆ Considera su trabajo más amplio que la simple descripción del cargo.

Preocupación por la eficiencia. Las personas que demuestran esta competencia considera continuamente el impacto que su trabajo tiene sobre la eficiencia operacional y considera el costo de sus acciones tanto en el corto y largo plazo.

- ◆ Busca hacer cosas que tengan impacto positivo sobre la gestión global.
- ◆ Examina los procesos y procedimientos en relación al impacto sobre los costos.
- ◆ Analiza los costos y beneficios de las actividades o proyectos potenciales.
- ◆ Se preocupa por no rehacer las tareas.
- ◆ Cumple los plazos acordados.

Flexibilidad Las personas que demuestran esta competencia enuncian varias perspectivas sobre un problema enunciando para cada una de ellas las ventajas. Cambian de opiniones y estrategias y priorización cuando es necesario.

- ◆ Es capaz de entender otros puntos de vista acerca de un mismo problema.
- ◆ Considera otras estrategias para la resolución de problemas.
- ◆ Elige alternativas mencionada por otras personas cuando éstas tienen mejor probabilidad de éxito.
- ◆ Considera los cambios necesarios en el norma crecimiento organizacional.

Creatividad Las personas que demuestran esta competencia buscan nuevas y mejores maneras de hacer las cosas .Cuestionan la forma tradicional de hacer las cosas y encuentran nuevas combinaciones de elementos antiguos para formar una solución innovadora.

Enfoque al cliente. Las personas que demuestran esta competencia reconocen que es el cliente el que define la calidad de los servicios tanto para el cliente interno y externo Entiende las necesidades y expectativas de los clientes y buscan continuamente forma de satisfacerlas.

Establece mecanismos para decepcionar sugerencias y reclamaciones de los clientes, estableciendo acciones para mejorar.

2.- La segunda revisión es la definición de 10 competencias organizacionales que hace la Facultad de Medicina⁴⁸ para el personal de la Red de Salud UC:

Orientación al cliente: es capaz de detectar las necesidades y requerimientos del cliente y estar disponible para responder de manera satisfactoria y efectiva.

Enfoque de enseñanza: Es capaz de transferir conocimiento y habilidades a través de la capacitación, la docencia y/o el modelaje.

Administración: Es capaz de organizar el trabajo eficientemente y desarrollar e implementar planes para el logro de objetivos y metas.

Toma de decisiones: Es capaz de decidir oportuna y eficientemente dentro de su área de acción.

Visión de procesos: Es capaz de comprender el impacto que tienen los procesos de su área y los de la organización, en función de los objetivos estratégicos de la Facultad.

Orientación hacia resultados: Es capaz de focalizarse proactivamente, para contribuir con resultados concretos al logro de los objetivos académicos y asistenciales de la Facultad.

Flexibilidad: Es capaz de desenvolverse en forma efectiva en situaciones de incertidumbre, y de responder adecuadamente al cambio.

Competencia relacional: Es capaz de manejar efectivamente la información, las relaciones interpersonales y las situaciones de conflicto.

Liderazgo: Es capaz de influir en un grupo, generando visión, dirección y organización, motivándolos a trabajar en pos del logro de los objetivos compartidos.

Competencia técnica: Es capaz de relacionar en la práctica los conocimientos y habilidades que posee, de incrementarlos, reforzarlos y aplicarlos.

Para cada una de las competencias se definen conductas en cuatro niveles de desarrollo o profundidad progresiva (ver esquema).

Ejemplo:

COMPETENCIA TECNICA				
Conductas	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
1				
2				
3				

⁴⁸ Gerencias de Personal de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2003) Manual competencias organizacionales.

3.- Para la tercera revisión, se propone al lector revisar el documento de Enfoque de Competencias para la Atención Primaria de Salud Chilena. Modelo de Trabajo para su Desarrollo en el Ámbito Público⁴⁹. Este contiene las competencias generales en término de conocimiento, habilidades y actitudes. Esto permite realizar la descripción de los diferentes cargos de los equipos de trabajo. Orienta el proceso de selección, inducción, capacitación y evaluación del personal. Estos procesos deben estar alineados de manera que las competencias sean las que cubran las necesidades de la población. Es un modelo orientador ya que clarifica lo que se espera del personal de salud en término de desarrollo, estableciendo brechas y estrategias para disminuirlas.

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos de los problemas de salud más frecuentes en atención primaria	Se comunica apropiadamente considerando la diversidad de pacientes y miembros del equipo de salud	Actúa sin determinismos, respetando las ideas o creencias de los usuarios, no induciendo las suyas propias
Exploración psicopatológica de los problemas más frecuentes de salud mental en atención primaria	Capacidad de construir relaciones interpersonales efectivas (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, relación de ayuda	Manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas, busca la resolución de los problemas
Conocimientos específicos (escala Minimental, Actividades de vida diaria, etc.)	Tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad
Conoce herramientas para la evaluación familiar: genograma, ciclo vital familiar, etc.	Realiza una entrevista clínica adecuada a las necesidades de el/la paciente en el contexto ambulatorio, de acuerdo a los principios de la atención primaria y la salud familiar	Disposición al diálogo y a la solución de los conflictos
Conoce herramientas de intervención familiar: consejería, intervención en crisis, etc.	Utiliza adecuadamente en la práctica diaria las técnicas de evaluación y trabajo con perspectiva familiar	Persiste en el logro de sus objetivos a pesar de las dificultades, tolera la frustración
Conoce los fundamentos de modelos de promoción de la salud, cambio conductual y educación participativa y las bases para su aplicación práctica.	Se expresa con claridad y precisión en el registro de información en la ficha clínica, informes de derivación, interconsultas, certificados, etc.	Establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, respetando los códigos de la ética profesional

⁴⁹ Enfoque de Competencias para la Atención Primaria de Salud Chilena.(2007) Modelo de Trabajo para su Desarrollo en el Ámbito Público1 Montero, J., Rojas, P., Muñoz, M et col

Utilidad de la Visión de Procesos⁵⁰

Los equipos deben avanzar hacia la visión de procesos en este modelo integral con enfoque familiar y comunitario.

Un proceso no es más que la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad o tarea. Proceso es ⁵¹ "el conjunto de actividades secuenciales que realizan una transformación de una serie de inputs (material, mano de obra, capital, información, etc.) en los outputs deseados (bienes y/o servicios) añadiendo valor".

Los pasos propuestos para reconocer y mejorar los procesos de cada servicio son los que se reflejan en el siguiente diagrama⁵²:



A continuación se desarrollan elementos teóricos que permitirán al lector revisar cuales son los principales procesos del centro de salud y como remirarlos en base al modelo de atención.

⁵⁰ Manual de Diseño de Proceso Servicio de Gestión y Control de la Calidad extraído de <http://calidad.umh.es/es/procesos.htm>. Consultado el 30 de octubre 2007

⁵¹ Heras, M. (1996) Gestión de la producción, ESADE, Barcelona.

⁵² Manual de Diseño de Proceso Servicio de Gestión y Control de la Calidad extraído de <http://calidad.umh.es/es/procesos.htm>. Consultado el 30 de octubre 2007

I.- Identificar procesos estratégicos, procesos clave y procesos de soporte.

Un proceso son los pasos que se realizan de forma secuencial para conseguir elaborar productos o servicios partir de determinados inputs. Los pasos a seguir son:

- a) Identificación de procesos estratégicos, fundamentales y de soporte.
- b) Construcción del mapa de procesos.
- c) Asignación de procesos clave a sus responsables.
- d) Desarrollo de instrucciones de trabajo de los procesos.

Tipos de procesos:

1.- Procesos estratégicos: Proporcionan directrices a todos los demás procesos y son realizados por la dirección o por otras entidades. Se suelen referir a las leyes, normativas aplicables al servicio y que no son controladas por el mismo. Ejemplo Plan Estratégico de calidad, Plan Nacional de Evaluación de la Calidad de las Universidades, Manual de la Calidad, Modelo EFQM, Directrices de la Política de Calidad de las Normas ISO.

2.- Procesos fundamentales: atañen a diferentes áreas del Servicio y tienen impacto en el cliente creando valor para éste. Son las actividades esenciales del Servicio, su razón de ser. Los procesos fundamentales del Servicio de Gestión y Control de la Calidad son: Captura, procesamiento y análisis de información sobre las necesidades y el grado de satisfacción de la comunidad universitaria; Facilita información sobre la calidad de la docencia, la investigación y los servicios de la Universidad; Presta asesoramiento técnico Monitorización de los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad; Realiza auditorías de calidad; Elabora propuestas de mejora; Colabora en el diseño o re-diseño de nuevos servicios o productos; Apoya técnicamente los sistemas de autoevaluación basados en el modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total; Evaluación de la docencia y los servicios; Registra, conserva, analiza y da respuesta a las reclamaciones y sugerencias de la comunidad universitaria

3.- Procesos de soporte: dan apoyo a los procesos fundamentales que realiza un Servicio. Son los procesos que realizan otros Servicios de la Universidad. Los procesos de soporte del Servicio de Gestión y Control de la Calidad son: Contratación y promoción del personal; Compras, Formación, Sistemas de información, Control de gestión, Mantenimiento.

II.- Mapa de procesos. Una vez identificados todos estos procesos pueden organizarse en un

III.-Asignar los propietarios o responsables de los mismos. Los propietarios son los encargados de la supervisión y control de los procesos, es decir, los que se hacen responsables de su correcto funcionamiento.

Los procesos deben desarrollarse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlo. Es decir, se hace necesaria una explicación, fase por fase, de las actividades que componen el proceso.

IV.- Establecer el plan de análisis de datos.

La medición es fundamental previa a la mejora de procesos, lo es porque no se puede mejorar aquello que no se conoce. Es decir, se hace necesario establecer una serie de elementos relacionados con el proceso que se desea medir.

Los pasos a seguir son:

- a) Desarrollo de criterios e indicadores.
- b) Diseño de un calendario de recogida de datos.
- c) Recolección y codificación de datos.

Los procesos no se pueden medir de forma general, sino que hay que medir diferentes aspectos de los mismos. Para ello se definen criterios e indicadores para cada proceso.

- Criterio: aspecto no medible del proceso que interesa evaluar.
- Indicador: variable medible relacionada directamente con el criterio.

Una vez definidos todos los indicadores para cada proceso, se realiza un plan de recogida de datos, donde se explicitan las fechas en que deben ser recogidos los datos de cada indicador así como la persona encargada de esa recogida.

V.- Análisis y mejora del proceso.

Una vez recogida la información de los indicadores se procede a la monitorización de los mismos, lo cual resulta muy útil para su análisis. La monitorización se realiza mediante cuadros de mando, que son herramientas que muestran toda la información relevante de un indicador en un espacio reducido.

A partir del análisis de los cuadros de mando se analiza cada uno de los procesos fundamentales y se plantean acciones de mejora para perfeccionar los procesos.

La visión de procesos es un elemento importante en la gestión innovadora, especialmente en servicios orientados al cliente, aspecto crítico para un Centro de Salud Familiar. Los procesos son la base de la gestión estratégica. Ofrecen flexibilidad para adaptarse a los frecuentes cambios del entorno, ofrecen un impulsor para alcanzar los resultados en forma efectiva y sostenida a lo largo del tiempo⁵³

⁵³ Zarategui, J.R. (1999) La gestión por procesos: Su papel e importancia en la empresa. Economía Industrial N° 330; 83-88



Capítulo IV

Modelo de Atención en el Contexto 2006-2010

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Revisar los Elementos del Contexto 2006-2010
- ✓ Identificar los principales componentes del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en el contexto de procesos

Los elementos del Contexto 2006-2010 contenidos en el programa de gobierno⁵⁴ explicitan:

Reforzar APS	Respetar al paciente	Salud del Adulto Mayor
<p>Readecuar el modelo de atención hacia un enfoque integral del cuidado de las familias.</p> <p>Reforzar APS como puerta de entrada al sistema y aumentar su capacidad de resolver los problemas de salud por los cuales consultan las personas.</p> <p>Completar la instalación de equipos de salud de cabecera para todas las familias en centros de salud y hospitales comunitarios.</p> <p>Completar infraestructura de consultorio y postas rurales, constitución de equipos completos, instalación de tecnología clínica, información, para facilitar la buena gestión municipal.</p>	<p>Eliminar las lista de espera para tratamiento e intervenciones cubiertas por el AUGE.</p> <p>Terminar con las cancelaciones de horas médicas, por ser éstas un compromiso.</p> <p>Conducir hacia un estilo de vida mas saludable</p> <p>Apoyar el autocuidado con información, asesoría y capacitación en estilos de vida saludable y cambio de conducta de riesgo.</p> <p>Reorientación de programas de salud pública con énfasis a las conductas de mayor incidencia y a los factores ambientales.</p> <p>Promover participación activa de las personas en el desarrollo de mejores estilo de vida, involucrando organizaciones comunitarias y sociales</p>	<p>Crear nuevas formas de atención y de cuidados en centros de salud adecuada a las necesidades y en el domicilio.</p> <p>Reconocer al adulto mayor como un grupo prioritario</p> <p>Garantizar el acceso a los adultos mayores autovalentes a intervenciones para mantener esa condición.</p> <p>Mantener programas de promoción para promover autonomía, capacidad física y cognitiva.</p> <p>Establecer para los adultos mayores con dependencia leve y moderada centros comunitarios de cuidado diario.</p> <p>Ampliar atención domiciliaria para postrado y otorgar incentivos a las familias para que asuman el cuidado</p>

⁵⁴ Programa de Gobierno 2006-2010 disponible en http://www.gobiernodechile.cl/programa_bachelet/programa.pdf consultado el 15 de octubre 2007

Objetivos Estratégicos MINSAL 2006-2010.

Modelo de Atención	Trato al usuario y participación	Equidad de género interculturalidad
<p>Propender a una atención primaria de alta calidad, mejorando el acceso al sistema de salud, que cuente con equipos técnicos profesionales, motivados, estables y capacitados en el modelo de salud familiar y comunitaria.</p> <p>Garantizar el acceso universal al sistema integral de protección social, promoviendo el desarrollo de niñas y niños desde la gestación, priorizando acciones en aquellos de mayor riesgo sanitario y social.</p> <p>Mantener en óptimas condiciones la calidad de vida de los adultos mayores, fortaleciendo su autonomía, fomentando el autocuidado y la red de protección social de su entorno inmediato, impulsando modelos integrales de prevención, protección y cuidado acorde a su condición.</p> <p>Fortalecer el nivel primario de atención para que responda en forma oportuna a la población en un proceso de garantías explícitas crecientes.</p>	<p>Incorporar buenas prácticas de atención, centradas en el usuario, familia y comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable; estimulando la participación social y el control ciudadano en salud, ampliando su injerencia en la definición de prioridades sanitarias.</p>	<p>Incorporar el enfoque de género en los instrumentos y herramientas de gestión de APS</p> <p>Incorporar el enfoque de equidad de género e interculturalidad en las acciones de salud ligadas al ciclo vital.</p>

La definición de modelo de atención en el contexto de la reforma es: "Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"⁵⁵

El modelo en lo esencial busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones.

⁵⁵ Modelo de Atención Integral en Salud (2005) Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1 Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial

Objetivos del Modelo de Atención.

- ◆ Acercar la atención a la población beneficiaria
- ◆ Alcanzar aumento creciente de las acciones de promoción y prevención
- ◆ Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación
- ◆ Entregar atención de calidad (Uso de tecnología adecuada y evidencia científica)

Los elementos del modelo que han sido consensuados y expuestos en el documento de Modelo de Atención Integral en Salud. MINSAL 2005.

Elementos del modelo⁵⁶

- ◆ Centrado en las personas
- ◆ Énfasis en lo promocional y preventivo
- ◆ Enfoque de salud familiar
- ◆ Integralidad
- ◆ Énfasis ambulatorio
- ◆ Participación
- ◆ Intersectorialidad
- ◆ Calidad
- ◆ Tecnologías apropiadas
- ◆ Gestión de las personas trabajadores y trabajadoras de salud.

El objetivo de este capítulo es profundizar en la operacionalización de los elementos del modelo, tendientes a facilitar su implementación por parte de profesionales y técnicos en cada uno de los lugares de atención, con una visión de procesos.



Operacionalización de los elementos del modelo integral con enfoque familiar y comunitario.

Centrado en las personas:

- ◆ Pone el foco en la persona condicionada por su género y su realidad social y económica, concebida como un ser integral. Con capacidades, conocimientos, sentimientos y valores que nutren tanto su dimensión física como intelectual y social. Las personas pueden cambiar y mejorar sus condiciones⁵⁷

⁵⁶ MINSAL (2005) Modelo integral de atención en salud. Departamento de Modelo de Atención.

⁵⁷ OIT. Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento en la formación profesional. 07 Noviembre 2007 Extraído de http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/em_ca_eq/modelo.htm

- ◆ Un modelo de atención centrado en el usuario debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud. Los temas de mayor relevancia están vinculados con la participación en el proceso de atención, en la obtención de la información requerida, en el trato otorgado y en el desarrollo de la capacidad de autocuidado de como una intervención sistemática que asegure adherencia a los tratamientos y cambios de las conductas que implican un riesgo a la salud⁵⁸
- ◆ Énfasis en sus derechos y deberes Se reconoce que los fundamentos para emprender la reforma en salud son, simultáneamente, de carácter ético y técnico. En relación al Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de las personas en Salud, éste explicita y regula los derechos que tienen las personas durante su atención de salud, así como los mecanismos para hacer que se cumplan. Asimismo, garantiza la atención sin discriminaciones y con un trato digno⁵⁹

De acuerdo con la filosofía de la declaración de Derechos Humanos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y la define "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Podemos observar que ésta contiene derechos y valores humanos en la atención de salud: respeto, seguridad de su persona, protección de su salud, derecho a la información. En relación al consentimiento, la declaración considera elemental que ningún acto médico puede ser practicado sin el consentimiento informado previo del paciente. Incluso contempla la participación "en toda la medida que le permitan sus capacidades", de quien, debido a ser menor o incapaz, debe ser representado.

Se manifiesta una especial preocupación de contar con el consentimiento del paciente cuando se le haga partícipe de enseñanza clínica o actividad de investigación científica. Se pronuncia también acerca del derecho a la confidencialidad y respeto a la vida privada, como asimismo a los cuidados y tratamientos.

En este último aspecto, se refiere al acceso a la atención de salud, a la calidad de ella, al derecho a recibir apoyo de familiares, allegados, amigos consejos de orden espiritual⁶⁰.

Para traducir los criterios de este elemento del modelo a la práctica, en conductas observables, utilizaremos como ejemplo algunos de los criterios de los derechos y deberes de los pacientes.

Un segundo ejemplo es a través de una pauta para el personal de salud, que puede ser autoaplicada, identificando las brechas para establecer el plan de desarrollo y mejoramiento.

⁵⁸ MINSAL (2005) Modelo integral de atención en salud. Departamento de Modelo de Atención

⁵⁹ MINSAL , (2003) "Discurso estratégico de la Reforma"

⁶⁰ FONASA (2005) Díaz, E. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/documento_de_trabajo_n__3.pdf

ELEMENTO	Atención centrada en las personas
DIMENSION	Trato digno y respetuoso.
DEFINICION	Establecer una interacción con el usuario respetando su dignidad de persona, sin discriminación de género, edad, condición social o religiosa.
OBJETIVO	<p>Desarrolla protocolo de acogida a las personas, reforzando tratarlas por el nombre evitando adjetivos calificativos.</p> <p>Incorpora un sistema de carné que el paciente llevará a todas las consultas.</p> <p>Facilita que el usuario pueda discutir sus preocupaciones con su equipo.</p> <p>Mantiene la confidencialidad de datos sensibles de las personas y protección de la privacidad. El contenido de la ficha clínica se considera "dato sensible", para los efectos de la Ley 19.628. Debe conservarla el prestador, pero con la obligación de reserva y secreto de su contenido. Para profundizar se le sugiere revisar la pagina web de FONASA "Ley de derechos del paciente en la atención de salud"</p> <p>Mantiene un lenguaje adecuado, con cortesía y amabilidad en todos los contactos con las personas.</p> <p>Establece las medidas de protección de la privacidad.</p> <p>Ofrece compañía y asistencia espiritual, consejería u otra, cuando la persona la requiera.</p> <p>Define un protocolo para la derivación de personas a los otros niveles de atención.</p> <p>Define un protocolo para el traslado seguro de personas.</p> <p>Realiza a todas las personas que se atienden un proceso de valoración integral de sus condiciones, que determina el plan de cuidados.</p> <p>Realiza cuidados estandarizados basados en el conocimiento y guías de práctica clínica.</p> <p>Incorpora la participación del paciente y/o familiar en la educación, toma de decisiones y proceso de atención.</p> <p>Proporciona compañía y asistencia espiritual, consejería u otra.</p> <p>Informa a las personas de manera que logren la comprensión en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. • Instancias y formas de reclamar. • Identificación del Personal y Función. • Alternativas de tratamiento disponibles. • Resultados exámenes y procedimientos. • Aranceles y procedimientos de cobro, etc. <p>Fortalece en el paciente la decisión informada en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas al final de la vida • Derecho a cuidados paliativos y compañía de familiares o personas a cuyo cuidado esté. • Participación en protocolo de investigación. • Consultas, reclamos, sugerencias y opiniones sobre atención recibida.

Pauta de auto evaluación para medir nivel de presencia del elemento del modelo “centrado en la persona”

Criterio	S	C.S	A.V	R.V	N
Me comprometo con la persona que atiendo					
Me esfuerzo por comprender su contexto personal, familiar, comunitario de la enfermedad					
Lo trato por su nombre					
Respeto su privacidad y costumbres particulares					
Entrego información y conocimiento en salud en forma oportuna, cercana, comprensible y adecuada a cada una de las personas que lo solicitan					
Respeto el derecho a recibir la compañía de sus parientes y amigos					
Entrego una atención con pertinencia cultural y de género					
Solicito la decisión del paciente o su representante legal, sobre su aceptación o rechazo a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos					
Respete la decisión del paciente o su representante legal, sobre su aceptación o rechazo a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos					
Resguardo la confidencialidad de la información contenida en la ficha clínica					
Facilito el derecho de las personas a formular solicitudes, consultas, reclamos, felicitaciones y sugerencias					

S= Siempre
 CS= Casi siempre
 AV= A veces
 RV= Rara vez
 N= Nunca

ELEMENTO	Atención centrada en las personas
DIMENSION	Accesibilidad
DEFINICION	Presencia de recursos financieros y/o de organización orientados a superar las barreras estructurales, organizacionales o culturales para recibir atención primaria.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamiento estratificado y diferido • Se desarrollará un sistema para facilitar al usuario el conseguir una hora para consulta dentro de 24 a 48 hrs. respetando su percepción de urgencia • Sistemas de identificación de prioridades de atención • Sistema de sobreagendamiento en base a inasistencias conocidas • Flexibilidad en la atención de equipos de cabecera según disponibilidad de éstos • Sistema de atención a través de contacto telefónico por equipo de cabecera • Gestión de mensajería para equipos de cabecera. • Educación para cuidado en casa de problemas banales o en período inicial

ELEMENTO	Promocional y Preventivo
DIMENSION	Manejo de crisis normativa
DEFINICION	Momentos de cambio, parte del ciclo vital de una persona o familia que marcan el paso a una nueva etapa, que causan estrés, debido a que la familia requiere de la adaptación de su estructura y dinámica. Es posible anticipar su ocurrencia.
DIMENSION	Desarrollo de estilos de vida saludables
DEFINICION	Son todas las acciones que desarrolla el equipo de salud con la participación de otros sectores para el fomento de hábito de alimentación saludable, actividad física y ambientes libres de humo.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Cada contacto es una oportunidad de educación a través de entrega de guías para el cuidado en casa • Se desarrollará protocolo de alimentación saludable a todas las familias que inician su ciclo de la llegada de su primer hijo. • Se establecerán programas de actividad físico para niños. • Se mantendrá consejería breve en tabaco en todos los pacientes con hábito tabáquico positivo, haciendo prevención en la familia. • Se establecerá programa de educación permanente con los colegios de la comuna. • Se establecerá un protocolo de hábito saludable en cada contacto de las personas con el centro de salud.

ELEMENTO	Enfoque Familiar
DIMENSION	Foco de atención la familia.
DEFINICION	La práctica clínica que recoge información sobre la estructura familiar, las relaciones familiares, las pautas de conducta relacionadas con la salud, las conexiones emocionales, los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto ⁶¹ . A partir de esta comprensión se logrará una mejor organización de las respuestas con los recursos familiares.
OBJETIVO	<p>Establece participación de la familia en todas las acciones del centro de salud.</p> <p>Utiliza la aproximación familiar en la intervención de enfermos crónicos.</p> <p>Establece programa de educación permanente con los colegios de la comuna.</p> <p>Establece un protocolo de hábito saludable en cada contacto de las personas con el centro de salud.</p> <p>Incorpora el concepto de "estudio de familia".</p> <p>Establece el desarrollo y aplicación de las guías anticipatorias con enfoque familiar.</p> <p>Utiliza los instrumentos para estudiar a las familias, adecuando su uso.</p> <p>Realiza diagnóstico de problemas familiares.</p> <p>Incorpora en el trabajo habitual, el concepto de ciclo vital familiar, con sus tareas y crisis.</p> <p>Realiza identificación de las familias con su equipo de cabecera.</p> <p>Sectoriza con equipo de cabecera en todos los establecimientos de Atención Primaria.</p> <p>Capacita a los equipos multidisciplinarios en forma anual para trabajar con las familias.</p>
DIMENSION	Continuidad.
DEFINICION	Atención primaria otorgada por un equipo durante el ciclo vital, en el proceso de salud enfermedad y en los diferentes niveles de atención dentro de una red integrada.
OBJETIVO	<p>Desarrolla sistema de seguimiento de pacientes en consultas de urgencias, interconsultas, hospitalizaciones, etc.</p> <p>Establece modelo de atención telefónico para el seguimiento</p> <p>Proporciona atención de la familia por profesional de enfermería que realice la integración en el ciclo vital.</p> <p>Realiza asignación de su equipo de cabecera a cada persona adscrita al centro.</p> <p>Informa el nombre del equipo de cabecera en un carné que contenga todas las consultas en el centro de salud.</p> <p>Planifica la atención para que cada persona sea atendida por su mismo equipo de cabecera responsable asignado, excepto en casos de morbilidad urgente.</p> <p>Establece la enfermera gestora de casos especialmente en población de crónicos.</p> <p>El equipo coordina la atención hacia los otros niveles de la red.</p> <p>Historia clínica disponible para todos los profesionales que atienden a la persona.</p>

⁶¹ Orientación Familiar en Atención Primaria. Susan Mc Daniel, Thomas L. Campbell, David B. Seaburn

DIMENSION	Población a cargo
DEFINICION	Se denomina así al conjunto de personas y familia que están a cargo de un equipo de cabecera responsable de garantizar el cuidado continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, para resolver los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial
OBJETIVO	<p>Cada persona y familia tiene un equipo de cabecera a quien conoce</p> <p>El equipo de cabecera tiene identificada a su población a cargo</p> <p>El equipo hace el diagnóstico de su población a cargo</p> <p>El equipo realiza una programación de las actividades de acuerdo a una priorización.</p> <p>El equipo mantiene una relación continua, cercana y estable con su población a cargo.</p> <p>Las personas y familias participan en el programa de cuidados establecidos y comparten la responsabilidad en el cuidado de su salud.</p>



Para avanzar en el proceso de trabajo con familias se les sugiere la revisión el capítulo VI.

ELEMENTO	Integral
DIMENSION	Biosicosocial.
DEFINICION	Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.
OBJETIVO	<p>Incorpora la atención interdisciplinaria en el centro de salud.</p> <p>Todos los pacientes tienen al menos una valoración integral de enfermería al año.</p> <p>Establece los procesos de derivación a asistente social a todas las personas y familia que lo requieran.</p> <p>Establece un protocolo de derivación a las pacientes y familias con déficit de soporte social.</p> <p>Incorpora el concepto de estudios de casos interdisciplinarios.</p> <p>Establece un sistema de derivación entre el equipo del centro en los diferentes sectores.</p> <p>Fortalece la figura de gestor de casos para favorecer la integralidad.</p> <p>Asegura información de la familia para todos los integrantes del equipo de cabecera.</p> <p>Establece registro de información social relevante a pacientes que requieren consultar en otros puntos de la red.</p> <p>Acepta al otro como un ser distinto, único y autónomo</p> <p>Desarrolla la empatía: entender el contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.</p> <p>Interesa por la persona, su historia, sus temores y expectativas</p> <p>Demuestra interés por el otro como ser social: aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.</p> <p>Mantiene continuidad en el vínculo.</p> <p>Reconoce las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.</p> <p>Explica lo que el otro necesita saber.</p> <p>Informa con honestidad, cuando no sea posible ayudar.</p> <p>Establece un compromiso con su población a cargo</p> <p>Cuida a su población a cargo con un concepto amplio de salud</p> <p>Ayuda a bien morir, respetando el concepto cultural</p>

ELEMENTO	Participación social
DIMENSION	Participación
DEFINICION	<p>Es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.</p> <p>Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones.</p>
OBJETIVO	<p>Establece 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.</p> <p>Establece los consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos de Usuarios u otras denominaciones de acuerdo a realidades locales.</p> <p>Establece protocolos para considerar la opinión de usuarios en las decisiones del centro de salud.</p> <p>Los equipos de salud, identifican, definen y analizan los problemas de salud, formulan y negocian propuestas para satisfacer activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada.</p> <p>El equipo de salud desarrolla apertura, genera la información, establece los espacios y mecanismos que acogen las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía.</p> <p>El equipo tiene las habilidades para abordar los conflictos y tensiones surgidos en este proceso.</p> <p>Establece protocolos para que las personas estén informados, para que puedan ejercer sus derechos y deberes.</p> <p>Desarrolla programas de capacitación para el manejo de conflictos.</p> <p>Integración de la comunidad a los cuidados domiciliarios.</p> <p>Realiza diagnóstico de salud participativo y mesas de trabajo territoriales.</p> <p>Sistematiza el proceso de reunión periódica con el Consejo de desarrollo local funcionando de manera sistemática.</p>

ELEMENTO	Intersectorialidad
DIMENSION	Participación
DEFINICION	Las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado "sector salud," por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo.
OBJETIVO	<p>Fortalece acciones para aquellos problemas, donde las actividades de otros sectores pueden ser decisivas.</p> <p>Revisa os determinantes de la salud y su interrelacionan en los problemas de salud de la población a cargo.</p> <p>Desarrolla n plan de trabajo con el sector educación anual, para intervenciones en grupos específicos.</p> <p>Desarrolla n programa anual para la activación de los sectores prioritarios.</p> <p>Establece mecanismo de coordinación con otras organizaciones.</p> <p>Potencia elementos de calidad de vida que inciden en la salud.</p> <p>Desarrolla programas de capacitación para mejorar el trabajo intersectorial.</p>

ELEMENTO	Calidad
DIMENSION	Desempeño técnico
DEFINICION	Normas de calidad técnica en todos los procesos clínicos de atención.
OBJETIVO	<p>Establece el mecanismo de acreditación técnica del centro de salud.</p> <p>Desarrolla protocolos de atención en los motivos de consulta mas frecuentes.</p> <p>Realiza auditoría de calidad de las fichas clínicas.</p> <p>Establece el cumplimiento de guías clínicas.</p> <p>Monitoriza los resultados de cobertura en problemas trazadores</p> <p>Establece indicadores de resultados de compensación.</p> <p>Monitoriza en cumplimiento de los tiempos de espera para problemas GES y otros.</p> <p>Establece un protocolo de acogida de sugerencias para las personas.</p> <p>Establece protocolo de respuesta a las reclamaciones.</p> <p>Realiza encuestas de satisfacción al menos una vez al año.</p> <p>Establece indicadores de satisfacción con la atención.</p>

ELEMENTO	Uso de tecnologías apropiadas
DIMENSION	Evaluación de tecnología en salud (ETESA);
DEFINICION	Es la valoración de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de los medicamentos, equipos y procedimientos que se utilizan en los servicios de salud para la prevención de enfermedades y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
OBJETIVO	<p>Existe un programa de evaluación de tecnología adecuada en Información.</p> <p>Existe un programa de evaluación de tecnología adecuada en comunicaciones.</p> <p>Existe un programa de evaluación de tecnología adecuada en Equipamiento.</p> <p>Existe programa de gestión de personas Trabajadores y trabajadoras (Organización de la fuerza labora, Clima organizacional, salud laboral, autocuidado y promoción de ambientes laborales saludables.</p>

ELEMENTO	Gestión de las personas
DIMENSION	Gestión del recurso humano
DEFINICION	Son todos los procesos de manejo de personal desde el reclutamiento hasta la desvinculación de acuerdo a la visión y misión del centro de salud
OBJETIVO	<p>Existe un programa reclutamiento del personal.</p> <p>Existe un programa de inducción para el personal nuevo antes de los 3 meses.</p> <p>Existe un programa de capacitación de acuerdo a las necesidades del centro.</p> <p>Existe programa de desarrollo para el personal del centro.</p> <p>Existen descripciones de cargo y perfiles de competencias.</p> <p>Existen coberturas de personal de acuerdo a indicadores de actividad y complejidad de la población.</p> <p>Existe un monitoreo de asistencia, licencias médicas, atrasos del personal, para la gestión del personal.</p> <p>Existe política de evaluación de personal e incentivos.</p>



Criterios de evaluación del modelo basado en APS recomendado en la literatura⁶² Adaptado de la Primary Care Assessment Tool (Starfield 1998).

Las dimensiones a evaluar son: Accesibilidad, contacto de puerta de entrada, continuidad, centrado en la familia, centrado en la comunidad, coordinación y amplitud.

Los criterios para cada una de las dimensiones son los siguientes:

Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none">• Se puede obtener una hora para consulta antes de 24 hora• Es factible que esté abierto los fines de semana• Es factible que esté abierto al menos un día después de las 18 hrs.• Existe un número de teléfono para solicitar hora• El tiempo de espera para ser atendido es <30 minutos• Hay medicamentos disponibles• Hay personal disponible para la atención• Hay por lo general a lo menos un médico presente cuando usted va al Centro de Salud• Hay por lo general a lo menos una enfermera presente cuando usted va al Centro de Salud
Contacto de puerta de entrada	<ul style="list-style-type: none">• Asisten para la atención preventiva• Asisten para la atención curativa y procedimientos• Consulta con su equipo primario antes de ir directamente al especialista• Utiliza la atención de urgencia para problemas urgentes o de emergencia.
Continuidad	<ul style="list-style-type: none">• Ser atendido por un mismo equipo de profesionales• Se puede discutir las preocupaciones con los profesionales• El profesional le entiende sus preguntas• El profesional le explica el tratamiento• El profesional utiliza constantemente los registros clínicos• El profesional sabe que medicamentos usar• El profesional lo trata como un ser humano completo• Esta informado los resultados de los exámenes de laboratorio• Su equipo de cabecera conoce los resultados de laboratorio• Sus registros médicos siempre están disponibles• Se puede pedir una hora para ver su historial médico• Tiene carne de inmunización para la salud de los niños• Su equipo le pide que traiga su carné de salud de los niños a los controles• Tiene un carné con sus controles de prenatal

⁶² Starfield, B (1998) Primary Care Assessment Tool

Centrado en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Las autoridades piden a los miembros de la comunidad que participen en los comités de salud locales • El centro de salud ofrece servicios en las escuelas • El centro de salud ofrece visitas a domicilio • El Centro de salud trabaja con otras organizaciones para mejorar las condiciones de vida en su comunidad • Recomendarías este Centro de Salud a un amigo • Recomendaría este Centro de Salud a alguien que utiliza terapias alternativas
Amplitud	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales del Centro son capaces de resolver la mayoría de sus problemas de salud • Tener disponibilidad de vacunas para los niños • Tener disponibilidad de servicios de salud infantil • Tener disponibilidad de servicios de salud de adultos • Tener disponibilidad de servicios de salud de adultos mayores • Tener disponibilidad de servicios de salud de salud prenatal • Tener disponibilidad de servicios de planificación familiar • Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual • Tener disponibilidad de servicios de cuidado / tratamiento de la tuberculosis • Tener disponibilidad de servicios de atención a las enfermedades crónicas • Contar con cuidado de la diabetes • Contar con cuidado de la hipertensión • Cuidado de los / tratamiento de las heridas leves
	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento en alcohol y el tabaco • Asesoramiento sobre salud mental y servicios • Asesoramiento en servicios de nutrición • Información sobre el ejercicio y la actividad física • Información sobre la preparación higiénica de los alimentos y el agua • Información sobre la violencia doméstica • Información sobre la prevención de accidentes de origen • Educación de la salud buco dental • Odontología preventiva y servicios de salud oral
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> • Su médico lo deriva a la atención especializada • Puede conversar con su médico cuando lo deriva a la atención especializada • Le facilitan la solicitud de hora con los especialistas • Se da información por escrito cuando se hace la referencia a especialistas • Devuelven los resultados del especialistas a la atención primaria • Su médico de atención primaria está preocupado por la calidad de la atención especializada



Capítulo V

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN Y LECCIONES APRENDIDAS

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Reconocer el proceso de implementación del modelo en la práctica desde las experiencias aprendidas.
- ✓ Identificar a partir de estos criterios algunas conductas del personal que permitan avanzar en el proceso en términos de buenas prácticas.



El proceso de transformación del Centro de Salud (CES) a Centro de Salud Familiar, (CESFAM) se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario. El Ministerio de Salud intenciona el desarrollo de los Centros de Salud Familiar en todo el país, con políticas de fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local. En esta tarea el rol de los Servicios de Salud se caracteriza por impulsar o potenciar el cambio, acompañar al equipo de salud, sensibilizar a los funcionarios y autoridades comunales sobre la necesidad de desarrollar el nuevo Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario.

Los Municipios tienen como tarea ejercer el liderazgo en el desarrollo local integrado, velando por el logro de más y mejores oportunidades, que permitan un incremento en la calidad de vida de sus comunidades. Se establece así, una unión de objetivos entre los Servicios de Salud, las autoridades comunales, los Centros de Salud y la Comunidad. En este marco el Municipio juega un rol fundamental en la salud de la población y en la gestión adecuada de los recursos traspasados y propios.

Por su parte, serán los equipos de salud, en su práctica diaria, en el contacto con personas, familias y comunidad, los que transformarán progresivamente las formas de aproximarse a las diversas necesidades de salud.

En esta misma línea, la Reforma de salud nos plantea otro desafío: trabajar en red, coordinarse con los otros establecimientos de salud y con el ínter sector, en pro de mejorar los servicios a los usuarios, ejercer liderazgos participativos, ponerse en disposición a compartir, a mirar el desarrollo de la salud en forma sistémica, rompiendo con los parámetros anteriores de una mirada centrada en el propio establecimiento⁶³

⁶³ Modelo de Atención Integral en Salud (2005) Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1 Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial

La situación de desarrollo en que hoy se encuentra nuestra Atención Primaria es el fruto de una larga historia de la Salud Pública chilena que no puede ser desconocida. Los desafíos, de acuerdo al momento económico, socio epidemiológico o histórico han sido diferentes. Hoy, la Reforma y la adaptación al Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, introduce nuevos y desafiantes caminos a los equipos de salud.

Cambio cultural

Avanzar en la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario es un **cambio cultural** para todos los actores del sistema. Constituye una oportunidad para los líderes, de conducir, ubicando a los equipos de salud en el centro del proceso, respondiendo así a las necesidades de técnicos y profesionales de ser escuchados, motivados, conducidos, apoyados y retroalimentados en el desarrollo del modelo⁶⁴

La implementación del modelo de atención implica una serie de desafíos para la organización y las personas que trabajan en ella. La adecuada gestión del proceso de cambio organizacional de conocimiento y habilidades específicas, permiten una mejor planificación, gestión operativa, gestión del personal y evaluación para el logro de los objetivos⁶⁵

Los equipos de salud realizan el proceso de cambio. Se inicia a principios de los años 90 "De Consultorio a Centro de Salud"⁶⁶. Muchos de esos equipos hoy se han establecido como Centros de Salud Familiar.

El cambio cultural también pasa por los usuarios quienes deben asumir un rol más activo, tomar decisiones y compartir con su equipo de cabecera el desafío de mantenerse más saludable. Exige madurez, participación y compromiso de la familia.

Para las organizaciones también implica un cambio, deben acomodarse a estructuras más participativas, abiertas y flexibles. Destinando mucho tiempo, esfuerzo y recursos en comunicación, participación, supervisión y análisis de resultados. Incorporando la revisión de resultados cualitativos a los cuantitativos tradicionalmente medidos.

⁶⁴ Mintzberg. H (1975) El trabajo del directivo

⁶⁵ Hammer, M Proceso

⁶⁶ MINSAL (1997) De consultorio a Centros de Salud



Estrategias para sostener el cambio

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Lograr participación y adherencia de todos los actores involucrados al cambio de modelo de atención (Autoridades nacionales, regionales y locales, equipos técnicos de los Servicios de Salud, equipos de Salud, comunidad, academia).✓ Socializando y construyendo una visión común, escuchando, respetando y valorando el rol de los otros.✓ Detectando a quienes tienen mayor poder de convencimiento y convocatoria, desde el Ministerio de Salud, hasta las estructuras más locales para asegurar el involucramiento comprometido de todos.✓ Fortaleciendo la sistematización de experiencias conducentes a investigaciones que logren demostrar las ventajas del modelo en términos de resultados de salud, eficiencia, equidad, participación y satisfacción de las personas y equipos de salud, comparándolo con experiencias extranjeras.✓ Asegurando un proceso basado en el mejoramiento continuo con lineamientos estratégicos claros desde todos los actores del sistema. | <ul style="list-style-type: none">✓ Apoyando la formación de directivos y equipos con programas que armonicen el quehacer de los equipos.✓ Flexibilizando los planteamientos para permitir las adecuaciones locales que den coherencia a la puesta en práctica del Modelo.✓ Apoyando el diseño de proyectos de evaluación del modelo en general o experiencias de desarrollo de componentes del modelo en particular✓ Incorporando los cambios curriculares que aseguren la entrega de profesionales con competencias acordes al Modelo.✓ Estableciendo alianzas estratégicas docente asistencial para la educación continua, desarrollo de proyectos de investigación y fortalecimiento de la docencia.✓ Asegurando la participación efectiva, evitando la instrumentalización.✓ Desarrollando los espacios para ser fuente de capital social. |
|--|---|



Implementación del modelo desde la experiencia de los equipo⁶⁷ Proceso de cambio y buenas prácticas

Las etapas de los equipos observadas en el proceso de implementación del modelo son: inicial, motivación y compromiso, desarrollo, fortalecimiento, consolidación⁶⁸

- ◆ La duración de cada etapa es variable de un equipo a otro. Depende del grado de claridad, madurez y organización del equipo, apoyos externos, etc.
- ◆ El ciclo de desarrollo de los equipos se asemeja al Ciclo Vital Familiar, con tareas y crisis.
- ◆ El paso de una etapa a otra, marca oportunidades de crecimiento, pero también mayor estrés y riesgo de crisis. Una guía planificada y acompañada del cambio, ayudará a los equipos, al igual que una guía anticipatoria, a comprender los procesos que están viviendo y dar sentido a cada etapa.

ETAPA INICIAL			
Características del equipo y usuarios	Organización	Buenas prácticas	Evidencia
<p>El equipo no ha iniciado cambios por propia iniciativa y continúa desarrollando su accionar de manera tradicional.</p> <p>Predomina el acto asistencial episódico, enfoque centrado en la enfermedad</p> <p>No reconocen tener problemas y si lo hacen lo atribuyen a variables poco manejables con los cambios propuestos.</p> <p>Se manejan con el cumplimiento (si o no) de metas, por cumplimiento de orientaciones normativas.</p> <p>Se registra la información requerida.</p> <p>Responde de acuerdo a la oferta que dispone.</p> <p>Resistente en proponer cambios.</p> <p>Hay insatisfacción del equipo de salud y de los usuarios.</p> <p>Se trabaja en función de objetivos de corto plazo, sin evaluación de impacto.</p> <p>La población recurre a la atención de urgencia.</p>	<p>Administradores mantienen un modelo de gestión de escasa participación de los funcionarios.</p> <p>Programa de capacitación básica</p> <p>Relación con el usuario es indiferente</p>	<p>Los líderes y directivos deben intencionar el cambio a través de:</p> <p>1.-Informar acerca de las ventajas del modelo para los pacientes, equipo y organización.</p> <p>2.-Mostrar experiencias desarrolladas en otros centros de salud.</p> <p>3.-Movilizar a los equipos generando la necesidad de introducir cambios en la forma de responder a las necesidades de salud de las personas.</p> <p>4.-Presentar los objetivos de Reforma a la salud y las exigencias que eso implica para los centros de salud.</p>	<p>No corresponde</p>

⁶⁷ Informes de experiencias de implementación del modelo desde los servicios de salud

⁶⁸MINSAL Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria

ETAPA DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO			
Características del equipo y usuarios	Organización	Buenas prácticas	Evidencia
<p>El equipo cuestiona su accionar habitual y sus resultados.</p> <p>Analiza críticamente su relación con los usuarios y las evidencias de insatisfacción.</p> <p>Como en el quehacer aún no han ocurrido cambios, gran parte del tiempo se ocupa en resolver problemas internos de gestión.</p> <p>Las características predominantes en esta etapa son la reflexión, la participación, motivación, sensibilización y toma de decisiones para iniciar el cambio.</p> <p>Capacitación que ayuden a los procesos.</p>	<p>Planificación estratégica. Programa de capacitación básica.</p> <p>Planificación de espacios flexibles de creatividad, expresión de opiniones, sueños y valores.</p> <p>Dinámicas de grupo donde todos sean considerados.</p> <p>Sensibilización de líderes, gestores, coordinadores sobre la necesidad de cambio y las ventajas de incorporar el Modelo de Salud Familiar.</p> <p>Levantar necesidades para el equipo de salud, autoridades comunales y comunidad.</p> <p>Planificación estratégica de la capacitación del equipo en Salud Familiar.</p>	<p>Necesidad de cambio.</p> <p>Cuestionamiento del quehacer.</p> <p>Observar la práctica profesional.</p> <p>Hacerse preguntas.</p> <p>Cuestionarse los resultados.</p> <p>Analizar la relación con los usuarios.</p> <p>Identificar evidencias de insatisfacción del usuario.</p> <p>Analizar relación entre oferta y demanda.</p> <p>Inicia capacitación en equipo del modelo.</p> <p>Planifica el cambio.</p>	<p>Equipo y autoridades motivados Equipo gestor constituido.</p> <p>Diseño de encuesta de satisfacción usuaria.</p> <p>Apoyo explícito de las autoridades comunales.</p> <p>Diagnóstico organizacional y sanitario.</p> <p>Diagnóstico de competencias.</p> <p>Cronograma de cambio.</p>

ETAPA DE DESARROLLO			
Características del equipo y usuarios	Organización	Buenas prácticas	Evidencia
<p>El equipo toma la decisión de iniciar el camino de cambio.</p> <p>El equipo ha iniciado la implementación de estrategias de transformación.</p> <p>Analiza y cambia sus registros.</p>	<p>Sectorización.</p> <p>Conformación de equipos de cabecera de manera participativa.</p> <p>Inicia nuevas formas de trabajo con la comunidad y con el ínter sector.</p> <p>Centra sus procesos principalmente internos.</p>	<p>Fortalece el trabajo en equipo.</p> <p>Se comienza a mirar a la familia como unidad de atención.</p> <p>Diseño de procesos internos incluidos en el proceso de cambio.</p> <p>Mantiene programa de capacitación del equipo en el modelo.</p>	<p>Equipo de cabecera conformados y población a cargo.</p> <p>Equipo con tareas definidas.</p> <p>Equipo con reuniones agendadas.</p> <p>Equipos de apoyo transversales. SOME Central sectorizado o SOME satélite.</p> <p>Adecuación de espacios físicos.</p> <p>Mecanismos de interacción con la comunidad.</p> <p>Plan de capacitación.</p> <p>Registros adaptados a las necesidades de información de la familia.</p> <p>Evaluación, control y monitoreo Centro de costo Diagnóstico de salud de la población Diagnóstico organizacional y sanitario.</p>

ETAPA DE FORTALECIMIENTO			
Características del equipo y usuarios	Organización	Buenas prácticas	Evidencia
<p>El equipo está centrado en el logro de los objetivos de salud.</p> <p>El equipo puede mostrar resultados de su proceso de cambio.</p> <p>Está o ha incorporado el concepto de riesgo familiar y trabaja en función de aquel.</p> <p>El enfoque biopsicosocial se hace parte de un quehacer habitual en el análisis de los problemas de salud.</p>	<p>Organizan formas de recogida de información familiar.</p> <p>Se diseña y pone énfasis en el seguimiento de las personas y familias en estudio.</p> <p>Hay nuevas formas de gestión técnica.</p> <p>Se trabaja en conjunto con la red sectorial.</p> <p>Integración del trabajo de los sectores al quehacer global del centro.</p> <p>Visión y misión compartida por todos los sectores.</p>	<p>El enfoque familiar y la familia como unidad de atención son abordados de manera sistemática en su trabajo.</p> <p>Se crean metodologías para el trabajo con familias.</p> <p>Se usan y se adaptan instrumentos de evaluación y abordaje de las familias.</p>	<p>Atención con enfoque biosicosocial, familiar, con énfasis preventivo promocional.</p> <p>Trabajo con familias.</p> <p>Equipos de cabecera estables.</p> <p>Colaboración y complementariedad entre los equipos de cabecera, apoyo y transversales.</p> <p>SOME gestor de la atención.</p> <p>OIRS que acoge y gestiona reclamos y sugerencias.</p> <p>Reforzamiento de la infraestructura.</p> <p>Actividades de cuidado de equipos programadas.</p> <p>Plan de capacitación continua.</p> <p>Información y difusión.</p> <p>Evaluación de la calidad asistencial.</p> <p>Consejo de desarrollo activo y resolutivo.</p> <p>Diagnóstico participativo.</p> <p>Promoción y prevención.</p> <p>Compromiso con la población a cargo.</p> <p>Trabajo con la comunidad.</p>

ETAPA DE CONSOLIDACION			
Características del equipo y usuarios	Organización	Buenas prácticas	Evidencia
<p>El equipo establece una relación de continuidad con su población a cargo.</p> <p>Relación de confianza y vínculos de afectividad y respeto entre el equipo y su población.</p> <p>El equipo busca el logro de un mayor bienestar de las familias y comunidad.</p> <p>El equipo da evidencias de mayor madurez y creatividad.</p> <p>Los resultados sanitarios son evidentes.</p> <p>El equipo cuenta con diagnóstico completo de las necesidades de la población.</p> <p>La Comunidad participa activamente.</p> <p>Los usuarios tienen un rol relevante en el mejoramiento de la atención.</p>	<p>Sólida organización que le permite garantizar la calidad de atención.</p> <p>Dinamismos de los procesos.</p> <p>Se buscan las soluciones en conjunto con la red de salud e intersectorial.</p>	<p>Alta capacidad en el cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo vital individual y familiar.</p> <p>Orientación a los resultados.</p> <p>Utilización de la evidencia disponible.</p>	<p>Evaluación de la permanencia del equipo de cabecera.</p> <p>Existencia de programación innovadora.</p> <p>Pauta de seguimiento de problemas</p> <p>El equipo es docente del modelo.</p> <p>Calidad de la atención.</p> <p>Plan de investigación.</p> <p>Existencia del Comité de Bioética y espacios para análisis de dilemas éticos en APS.</p> <p>Atención basada en la evidencia</p> <p>Resultados sanitarios.</p> <p>Trabajo en red.</p> <p>Cuenta con diagnóstico de la situación de salud y las brechas.</p> <p>Aplicación de matriz de priorización.</p> <p>Plan de mejoramiento.</p> <p>Programa de evaluación y mejoramiento continuo.</p> <p>CESFAM reconocido y validado en la red.</p> <p>Existencia de señalética que incorpora la interculturalidad.</p> <p>Enfoque biopsicosocial.</p> <p>Plan de capacitación continua.</p> <p>Comunidad: Conformación de mesas de trabajo u otra instancia.</p> <p>Plan de desarrollo comunal que incorpore el desarrollo del CESFAM.</p> <p>Reconocido como campo clínico.</p> <p>Cuenta con docentes de la universidad,</p>



Incorporación de buenas prácticas en la etapa de de motivación y compromiso

Planificación estratégica	<p>Acepte analizar los problemas y enfrentar las controversias.</p> <p>Sea permeable a constantes revisiones.</p> <p>Aumente su capacidad de innovación y adaptación constante.</p> <p>Consensúe un plan de prioridades colectivas, obligaciones y compromisos.</p> <p>Fortalezca el trabajo en grupo.</p> <p>Cree mayor compromiso en las personas.</p>
Diagnóstico de salud	<p>Un diagnóstico basal sanitario.</p> <p>Estimular la participación de la comunidad en la ejecución de diagnósticos locales.</p> <p>Presentar a la comunidad los principios del modelo.</p>
Proceso de trabajo	<p>Aumente las oportunidades de aprendizaje problemas y las alternativas de solución.</p> <p>Desarrolle la multifuncionalidad en el equipo.</p> <p>Favorezca el análisis individual sobre la ética y la moral.</p> <p>Analizar y revisar jefatura, liderazgo, relaciones personales, demandas y respuestas, conocimientos, tecnologías, etc.</p> <p>Resaltar la construcción de lo colectivo por parte del equipo.</p> <p>Establecer una estructura organizacional capaz de promover el proceso de implementación del Modelo.</p>
Estilo de dirección	<p>Definición clara y operativa de los objetivos.</p> <p>Mayor descentralización con unidades autónomas.</p> <p>Sistemas de información más directos y accesibles.</p> <p>Actuar con tranquilidad en la innovación.</p> <p>Recompensar a las personas por correr riesgos.</p> <p>Acoger los cambios espontáneos y los programados.</p> <p>Valorar la autonomía personal y no el control.</p>
Planificación operativa	<p>Desarrollo de registros de familia y pre diseño de sistemas de información, coordinación, monitoreo y evaluación.</p> <p>Reorganización interna: Sectorización y conformación de equipos.</p> <p>Desarrollo del RRHH: capacitación, determinación de competencias.</p> <p>Adecuación de la infraestructura.</p> <p>Sistemas de atención al usuario.</p> <p>Relación con la Comunidad.</p>



Evite en la etapa de motivación:

Situaciones que han percibido los equipos que han vivido el proceso⁶⁹

- ◆ El querer avanzar demasiado rápido, sin darse tiempo para la reflexión sobre los principios del Modelo, discusión sobre las implicancias del cambio y su operacionalización, capacitación para el ejercicio de nuevos roles, etc.
- ◆ Iniciar modificaciones estructurales sin una comprensión de la profundidad del cambio de Modelo. Ejemplo de esto es sectorizar sin claridad de los criterios que deben orientarla o de sus objetivos; encarpetar fichas individuales, sin reflexión sobre su utilidad.
- ◆ Comenzar a construir el nuevo Modelo sin un diagnóstico de salud local que oriente las decisiones.
- ◆ Olvidar la relevancia de la Comunidad con sus opiniones, percepciones y expectativas del Sistema de atención.
- ◆ Cuando se vencen estas resistencias y los equipos se ponen a trabajar en conjunto, aparece la creatividad y los recursos acompañando a las buenas ideas.



Incorporación de buenas prácticas en la etapa de desarrollo en la implementación del modelo.

1.-Dirección. La tarea fundamental de la Dirección en esta etapa es asegurar grados crecientes de participación del equipo en la toma de decisiones. Lo anterior promueve la madurez del equipo para aportar creativa y democráticamente a los cambios. La participación interna va modelando la relación que el equipo establecerá con los usuarios.

2.-Organización interna.

Objetivo: Adecuar la organización a los requerimientos del Modelo.

- a) **Sectorización** Esta estrategia tiene como objetivo hacer factible al equipo, el conocimiento de sus familias y entorno. Mientras menor sea el número de familias, mayor será la posibilidad de conocer en profundidad a aquellas y hacer realidad el enfoque biopsicosocial.

⁶⁹ Servicios de salud. Recopilación de percepciones del equipo en la incorporación del modelo de atención

- b) **Conformación de equipos de cabecera:** El equipo de cabecera es el equipo a cargo de la atención cercana, personalizada, estable para el *cuidado continuo* de una población específica. Con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad, Encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios.

Establece el nexo entre los usuarios y los equipos transversales y de apoyo, como con la Red de Salud en su conjunto.

En general los equipos de cabecera están conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales y médicos.

En términos de dotación, las horas asignadas a cada sector deben responder a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad. Es decir un "tamaño funcional", considerando la mejor relación profesional/ habitante. MINSAL define la meta de 1 médico para cada 3.333 personas⁷⁰ sin embargo la tasa en el 2006 era de 1 médico cada 6.100 inscritos⁷¹

- c) **Definición de equipos transversales:** 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. De acuerdo a su especificidad, trabajando en forma coordinada e integrada con los equipos de cabecera, con un flujo constante de información.

Contribuyen al desarrollo de los equipos de cabecera, especialmente los profesionales del área de la salud mental, por estar, muchas veces, involucrados en programas de cuidado de los trabajadores.

En este grupo se consideran los psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, odontólogos, orientadores familiares, tecnólogos médicos, etc.

- d) **Adecuación de los 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.
- e) **Adecuación de la infraestructura:** Esto significa un reordenamiento de los espacios físicos, de manera de permitir la cercanía e interacción entre los miembros de cada equipo de cabecera y la identificación de los usuarios con sus respectivos equipos. Aunque priman los cambios del equipo, este aspecto facilita y ayuda a la humanización de la atención.
- f) **Redefinición y reorganización del SOME:** Cumple con el objetivo de poner al servicio del equipo de cabecera la información y los registros que facilitan su quehacer. Habitualmente se sectoriza e incorpora registros de familia.

⁷⁰ Exposición " Modelo de Atención Primaria y Perspectivas". MINSAL Chile. Dr Rodrigo Soto. Depto Atención Primaria. División de Gestión de red de servicios 14 de mayo 2003

⁷¹ A Presentación sobre Migración de Recursos Humanos en Chile. Rodrigo Lavanderos . División de Gestión y Desarrollo de Personas MINSAL enero 2006

- g) **Reuniones de equipos planificadas:** Con objetivos claros y con tiempos protegidos. Busca definir elementos propios de desarrollo, adecuados a su realidad, en un compartir de diferentes miradas. Concluyen con definición de tareas, responsabilidades y plazos.

3.-Capacitación

Objetivo: Desarrollo de competencias y habilidades que permitan a las personas, un desempeño acorde con el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. En esta etapa se define necesidades que aparecen al momento de implementar el nuevo modelo, mediado por el hacerse cargo de una población específica y la operacionalización del enfoque familiar.

Los ámbitos de capacitación son, entre otros:

- ◆ Ética en la atención de salud.
- ◆ Competencias clínicas, en temas definidos por los equipos de cabecera, equipos transversales y servicios de apoyo, según las necesidades sentidas localmente.
- ◆ Habilidades para el trabajo con familias, comprensión de las teorías que sustentan el trabajo con familias y uso de los instrumentos que lo facilitan.
- ◆ Habilidades comunicacionales básicas, trabajo en equipo, trato al usuario, entrevista individual y familiar en salud, consejería en salud.
- ◆ Metodologías de educación de adultos, que permiten al equipo de salud empoderar al usuario, su familia y comunidad en el autocuidado de su salud.
- ◆ Habilidades para el trabajo con la comunidad y sus líderes.
- ◆ Autocuidado del equipo de salud, manejo de stress y desarrollo personal.
- ◆ Administración y uso eficiente de recursos
- ◆ Determinantes Sociales de la salud
- ◆ Participación Social

4.-Sistemas de información, coordinación, registros.

Objetivos:

- ◆ Facilitar la continuidad de los cuidados al mejorar el acceso a información de buena calidad
- ◆ Contribuir a incorporar la mirada de familia
- ◆ Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos
- ◆ Mejorar la capacidad resolutive
- ◆ Aportar en cuanto a geo referencia y equidad en acceso y uso del Sistema

Es necesario plantearse la incorporación de un sistema de registro de la evolución de los problemas de salud de la familia, y mejorar el registro individual existente, con el objeto de facilitar el seguimiento y monitorear los resultados de las intervenciones.

El registrar problemas de salud y factores protectores y de riesgo biopsicosocial, facilita el trabajo en equipo y la integralidad de las intervenciones (biológico – psicológico – social, individual – familiar – comunitario, fomento – promoción – prevención – curación – rehabilitación - cuidados paliativos – acompañamiento en el bien morir). Esto es el reflejo en la práctica del enfoque biopsicosocial.

Surge la preocupación por el registro de datos confidenciales y su manejo al interior del equipo.

Los registros también deben facilitar la gestión en la red asistencial.

La incorporación gradual de sistemas de informatización, tanto de agendas como de registros clínicos electrónicos, mejora la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad del proceso clínico. Estos sistemas deben recoger las necesidades planteadas en los párrafos anteriores, facilitando de esta manera el trabajo local.

La informatización ya iniciada de los Centros de APS, e intencionada desde el Ministerio de Salud, se constituye en una herramienta importante y necesaria para la modernización de los procesos de gestión. Es necesario que la incorporación del Registro clínico electrónico esté al servicio del Modelo y de una gestión eficiente, así como del cuidado ético del manejo de la información.

5.-Evaluación, control y monitoreo

Objetivos:

- ◆ Hacer seguimiento del grado de implementación del Modelo
- ◆ Evaluar la calidad de atención y mejoría continua

La evaluación y el monitoreo son herramientas útiles en la identificación de brechas entre un momento determinado y la visión a la que se desea llegar. Facilitan un avance con menos sobresaltos, más sostenido en el tiempo, con mayor reflexión, lo que permite ir haciendo los ajustes necesarios y en forma gradual. Pero por otra parte es necesario mantener un sistema en marcha con una atención de calidad, es decir, asegurar que los esfuerzos puestos en la implementación del Modelo no generen deterioros en la calidad ni cantidad de las prestaciones.

a) Evaluar el avance en el cambio de Modelo

Monitoreo de la puesta en práctica de los principios del modelo, con el objeto de fortalecer el cuidado de la población a cargo y medición sistemática de indicadores de gestión y socio sanitarios, que den cuenta del estado de salud de la población.

El equipo de salud se pregunta:

¿Estamos aplicando el enfoque biopsicosocial?

¿Estamos preservando la continuidad de la atención?

¿Participa activamente la población en el cuidado y protección de su salud?

¿Cuáles son los cambios estructurales y de gestión que se han implementado y si estos reflejan las características del Modelo?

Monitoreo del Modelo es tener presente las etapas de este cambio y de acuerdo a cada una, evaluar los elementos esperados.

b) Evaluar la calidad de la atención

Un ámbito relevante es la percepción, expectativas y grado de satisfacción usuaria en relación a: la continuidad con su equipo de cabecera, al tiempo de espera, al trato, la acogida, la relación funcionario usuario, la accesibilidad a las prestaciones, la respuesta a los problemas en cuanto oportunidad, calidad y cantidad, la educación en autocuidado, la utilización de la red social y asistencial, etc.

Se espera que los equipos mejoren permanentemente su capacidad de respuesta y resolución a la demanda, especialmente en aquellos temas donde existe más necesidad en la población o más dificultad de acogida en la red asistencial.

6.-Relación equipo, usuario, familia

La profundización en el enfoque biopsicosocial ha llevado al equipo a desarrollar un estilo relacional distinto, más respetuoso, más maduro, más complementario. La relación con los usuarios se caracteriza por una mirada a la persona capaz con derechos y deferentes y con diferencias de cultural, étnico, religioso, género, etc.)

Si bien el cambio de actitud pareciera ser el más fácil, el más inmediato y que no requiere inversión económica, requiere de un "darse cuenta".

El equipo redefine el concepto de familia en función de las propias definiciones de los usuarios y la realidad sociológica. Esta definición tiene como objetivo facilitar el proceso de atención, es decir su aplicabilidad a la familia como unidad de atención.

7.- Centro de costo

Objetivos:

- ◆ Corresponsabilidad en el uso de los recursos
- ◆ Eficiencia en el uso de recursos

El Centro de salud conoce sus recursos disponibles por servicio (farmacia, laboratorio, RRHH, etc.), planifica y gestiona adecuadamente según las necesidades locales.

El equipo de salud comprende que cada acción genera un gasto y de esta forma se hace responsable del uso de los recursos asignados.

Es importante que el equipo se vea como un recurso en sí, un valioso recurso que puede autogestionar (ejemplo: Cantidad de tiempo que destina a determinada actividad) y tome conciencia de que sus decisiones tienen un impacto financiero en el sistema (exámenes, medicamentos, etc.) y en los recursos de los usuarios (tiempo, pasajes, etc.)

8.- Trabajo con la comunidad

El trabajo con la comunidad tendría por lo menos tres dimensiones. La dimensión ética se refiere a objetivos de largo plazo, "el para qué profundo", que va más allá de la satisfacción de expectativas y necesidades inmediatas de la población y busca generar una conciencia crítica respecto a los factores determinantes de la salud y de la calidad de vida. Esta dimensión se funda en el respeto y valoración de las distintas visiones acerca de la realidad.

La segunda es una dimensión interaccional y tiene que ver con la relación que se establece entre los distintos actores: complementaria, colaborativa, o bien se trata de una relación utilitaria, instrumental sustentada en una relación desigual de poder.

La tercera es una dimensión instrumental metodológica que alude a las técnicas y metodologías utilizadas para trabajar con la comunidad, las que pueden o no contribuir a generar visión problematizadora de la realidad social.

La explicación teórica anterior nos pareció necesaria dado que estas dimensiones interactúan en el proceso de trabajo comunitario.

Es importante considerar que el trabajo comunitario es una tarea no sólo del equipo de salud sino del municipio y del conjunto de las organizaciones sociales.

¿Cómo se explicita la participación comunitaria en esta etapa?

- ◆ Como flujo de información continua. El equipo y la comunidad establecen espacios de intercambio de información sobre aspectos que a unos y otros le son de interés. Producto de ello ambos amplían su visión del otro. Se pierden los miedos y se establecen lazos de confianza. De a poco cambia el tipo y profundidad de la información.
- ◆ Como incorporación de sugerencias. El equipo acoge las sugerencias de usuarios y comunidad y viceversa, mediante cauces formales e informales, tratando de dar respuesta a las mismas.
- ◆ Como fortalecimiento de la OIRS. En esta etapa, la gestión del reclamo es comprendida como un derecho de los usuarios y como una oportunidad de mejora en la calidad de la atención.
- ◆ El equipo asume su responsabilidad en la entrega de información oportuna, veraz y útil, realizando las gestiones internas que lo permitan.
- ◆ Como interacción permanente con la comunidad organizada a través del fortalecimiento de instancias de participación como: comités locales de salud, consejos de desarrollo, comités intersectoriales de los cuales salud es parte, mesas territoriales, para realizar acciones sistemáticas en beneficio de la salud de la comunidad.

10.- Trabajo con la red

Trabajar en red implica es establecer en primera instancia la relación con los otros establecimientos que prestan salud a la población del territorio. Este proceso está liderado por el gestor de redes, que utilizando las nuevas herramientas de gestión con que cuenta, permitirá que los CESFAM se incorporen, primero participando, después colaborando con información de las necesidades de su población respecto de los otros establecimientos y buscando soluciones conjuntas a los problemas de gestión, etc.

Las herramientas de gestión en Red son: el CIRA (Comité Integrador de la Red Asistencial), programación en red, capacidad de definir la cartera de servicios de la red y generar los cambios acorde y hospitales autogestionados en red, entre otras.



Consideraciones e interpretaciones en la etapa de desarrollo, desde la percepción de los equipos:

- ◆ Una relación distinta con los usuarios requiere un aumento del tiempo de contacto, lo que genera la duda respecto a si el tiempo disponible será suficiente para los nuevos requerimientos y la necesidad de no tener rechazos.
- ◆ Es preciso recordar que la adquisición de nuevas habilidades requiere inicialmente un período de aprendizaje, ejercicio y experimentación, que con el paso del tiempo se transforma en una manera más eficiente de uso del tiempo.
- ◆ Por otra parte la mayor duración real del tiempo de contacto exige una mayor flexibilidad en la organización de la atención, teniendo en cuenta que el conocimiento acumulativo de personas y familias, permite distribuir los tiempos en función de la demanda y el tipo de consulta.
- ◆ Los rendimientos establecidos son promedios y sugerencias, que deben adecuarse según la necesidad local, pero siempre tendiendo a una buena calidad de atención, esto es: recursos suficientes en cantidad y calidad, énfasis en lo preventivo y promocional y tiempos de contacto con el usuario variables según necesidad.
- ◆ El sistema jerárquico tradicional hizo que los equipos se acostumbraran a obedecer normativamente, por lo que el camino de crecimiento hacia la toma de decisiones fundamentadas, se hace difícil y "riesgoso". El equipo es temeroso de asumir la responsabilidad de sus decisiones, lo que involucra temor a la innovación y a la creatividad en el manejo de problemas específicos, como en la implementación del Modelo.



Incorporación de buenas prácticas en la etapa de fortalecimiento en la implementación del modelo.

Los ámbitos de mayor desarrollo en esta etapa son los siguientes:

1.- Atención basada en los principios del modelo.

En esta etapa el cambio asistencial se hace evidente.

- ◆ Se aprovecha cada contacto para efectuar acciones de promoción y prevención, enfatizando el autocuidado.
- ◆ Existe una mayor preocupación por los resultados e impacto de las acciones.
- ◆ Se trabaja con enfoque biopsicosocial y familiar iniciando una transferencia de competencias hacia los usuarios y sus familias.
- ◆ Se desarrollan guías anticipatorias, protocolos, flujogramas.
- ◆ Se adaptan registros.
- ◆ Se definen factores de riesgo y protectores. Se aplica el enfoque de riesgo y se usan mapas de riesgo.

a) Trabajo con familias.

- ◆ El trabajo con familias comienza a ser entendido como un proceso de participación, en el que los problemas, su priorización y el plan de manejo es cotejado con la opinión de los miembros de la familia. Se incorpora el concepto de “estudio de familia”.
- ◆ Comienza la mirada promocional y preventiva sobre la salud de las familias, mediante el desarrollo y aplicación de las guías anticipatorias con enfoque familiar.
- ◆ Se adquiere mayor conciencia de los límites de la utilidad de los instrumentos para estudiar a las familias, adecuando su uso.
- ◆ Se diagnostican problemas y estos son contextualizados.
- ◆ Se incorpora, en el trabajo habitual, el concepto de ciclo vital familiar, con sus tareas y crisis, intentando no dejar etapas descuidadas.
- ◆ La preocupación pasa desde el caso individual (por ejemplo, paciente terminal) a una preocupación por lo que el problema significa para el paciente y su familia.
- ◆ Hay una identificación de las familias con su equipo de cabecera.

Al comenzar a trabajar con familias el equipo tiende a focalizar las acciones en familias con mayor daño en salud, con dificultad de observar resultados de las acciones que se implementan y ponen los mayores esfuerzos en un número limitado de casos con el consecuente desgaste de los equipos. La experiencia les enseña la ventaja de introducir acciones anticipatorias en grupos de riesgo y descubren los ámbitos en que sus intervenciones producen mayor impacto.

b) Promoción y prevención

- ◆ Hay una revalorización de la educación para la salud, con innovación en metodologías y aplicación de los conceptos de la educación de adultos. La educación para la salud se establece de manera sistemática.
- ◆ Se desarrollan talleres como respuesta a problemas pesquisados y como formas de anticiparse a ellos.
- ◆ La entrevista de primer contacto es aprovechada como un espacio para generar intervenciones de promoción, prevención o recuperación de daños.

- ◆ De manera constante la mirada preventiva se instala en los equipos, aprovechando la consulta habitual.
- ◆ Hay una mirada crítica a las actividades preventivas, destacando sus ventajas, modificando su conducta frente a una acción rutinaria y un replanteamiento de las mismas, para lograr sus mayores beneficios en la salud de la población.
- ◆ Se anticipa a eventuales problemas biopsicosociales de individuos y familia, mediante la utilización de guías anticipatorias o consejerías, acordes al Ciclo Vital Familiar e individual, aprovechando cada oportunidad de contacto para hacer prevención y promoción de la salud, con criterios de pertinencia y oportunidad.
- ◆ El equipo reconoce la importancia de la intersectorialidad para el mejor desarrollo de los elementos de la promoción de la salud. Convoca o se integra con otros a la tarea y se deja convocar. Los recursos del sector salud se integran a los recursos del ínter sector.

c) Compromiso con la población a cargo.

- ◆ Se diseñan diferentes espacios, grupos o metodologías (grupos de autoayuda, talleres, etc.) para dar respuesta a necesidades pesquisadas. Se incorporan nuevas actividades.
- ◆ Se realiza abordaje de temas que responden a necesidades percibidas por la población. Esto lleva a generar respuestas a problemas no enfrentados y buscar soluciones innovadoras, aún cuando puedan no ser parte de una normativa oficial.
- ◆ Se evidencia una actitud responsable frente a los problemas, con un seguimiento efectivo y consistente con el cambio relacional.
- ◆ Se revaloriza el servicio como la función prioritaria del equipo de salud. Se trabaja en función de la salud de la población.
- ◆ Se produce un cambio en el sentido de la responsabilidad ante la población a cargo. Se piensa más en "cuidar" a la población, potenciando sus capacidades y fortalezas.
- ◆ Se busca impacto en lo que se hace: manejo eficiente de problemas y mejora de los indicadores sanitarios.

Es preciso tener en consideración que las expectativas de las personas van cambiando y el equipo debe tener abiertos los cauces para escuchar y adaptarse o reorientar dichas expectativas.

d) Trabajo con la comunidad.

El equipo reconoce la participación comunitaria como un derecho de las personas, abriendo las puertas a una interacción sistemática con la comunidad.

Si en etapas anteriores el Diagnóstico participativo era utilizado fundamentalmente para la identificación de problemas, en esta adquiere una relevancia especial en la planificación conjunta de las acciones para enfrentar los problemas. Se incorpora al intersector en el diagnóstico.

La comunidad organizada es reconocida como la instancia más sensible para detectar necesidades no abordadas y señales de cuál es la percepción de los usuarios, de manera que, planificar el trabajo conjunto como interacción continua, favorece el cambio cultural en los equipos de salud y facilita el empoderamiento comunitario.

El equipo de salud, entonces, acepta la validez del aporte de la comunidad con toda su riqueza para el mejoramiento de los diferentes procesos en la atención de salud y la comunidad siente el deber de hacerse co responsable en los mismos.

Es así como se apoya el desarrollo de una red de protección social en la comunidad:

- ◆ Se utilizan las redes comunitarias en la búsqueda de respuestas integrales.
- ◆ Se establecen formas de manejo conjunto de problemas: Se estimula la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones alternativas a problemas específicos. La selección de las soluciones planteadas considera distintos criterios en la cual la posición de la comunidad se suma a los criterios técnicos. Esta interacción genera mayor compromiso con las soluciones elegidas y su implementación, y permite a todos los involucrados cambiar las perspectivas, crecer juntos e incorporar una mirada más integradora.
- ◆ Se produce una mayor movilización de la comunidad en la búsqueda de recursos cuando estos no están disponibles.
- ◆ Hay una identificación cercana de la comunidad con su equipo. A veces miembros de la comunidad son incorporados al trabajo de los equipos de cabecera como nexo entre comunidad y equipo. En otras ocasiones se forman grupos de trabajo conjunto.

Esto se reconoce como un proceso de Planificación Local Participativa⁷², herramienta que permite a las personas y comunidad, conocer su realidad, explicársela en conjunto, a la vez que sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acciones, ejecución y evaluación.

e) Trabajo en red.

Las redes están definidas, se conocen y utilizan los mecanismos de relación – referencia y contrarreferencia- además de las relaciones informales. La red es activa en la búsqueda de soluciones que permiten mejorar continuamente los flujos al interior de ella.

El trabajo intersectorial, comienza a dar frutos, las políticas locales se van adaptando a la realidad, no se superponen esfuerzos y recursos estando establecidos los caminos para la obtención de los beneficios y derechos de los ciudadanos. El equipo mantiene activas las redes y es capaz de promover el uso de ellas.

La red de salud funciona coordinadamente y se organiza en torno a dar respuesta a los usuarios, lo que la hace dinámica y flexible con capacidad de organización y reorganización permanente.

2.- Dirección: Mantiene y fortalece su carácter participativo, a través del Consejo Técnico, conduciendo el proceso junto a los Coordinadores de Sectores y Jefes de Programas

Como funciones relevantes se puede destacar:

- ◆ El rol integrador, cuidando el desarrollo armónico de los equipos y sus integrantes.

⁷² Planificación Local Participativa, OPS, Serie Paltex n° 41, 1999

- ◆ La coordinación de la gestión de los equipos de sector y equipos transversales y servicios de apoyo, permitiendo y respetando los espacios para la creatividad y autogestión local.
- ◆ El cuidado de la cohesión del Centro de Salud, de manera que los diferentes equipos se mantengan como un todo coherente frente a la salud de la población y como institución.
- ◆ La integración a los Planes de Salud Comunales, en los cuales el equipo de salud estará presente aportando a los objetivos de enfrentamiento de problemas y, con las estrategias demostradamente efectivas, en la promoción de la salud.
- ◆ El ser el rostro visible ante el municipio, Servicios de Salud, MINSAL, Ínter sector y comunidad.
- ◆ El manejo presupuestario, la gestión de RRHH y de recursos físicos, de manera centralizada.
- ◆ El liderazgo de proyectos innovadores y la visión sobre el entorno para detectar oportunidades de desarrollo y la búsqueda de recursos externos.
- ◆ El mantener una mirada global sobre los distintos procesos y orientar al equipo de manera permanente hacia el cumplimiento de la Misión.
- ◆ El análisis de la evolución de la marcha del Centro de Salud, con énfasis en la calidad de atención y dar cuenta de todos los procesos y resultados ante las autoridades comunales, de los Servicios de Salud y el MINSAL.

Se desarrollan liderazgos flexibles estimulando la participación del equipo en las redes de salud y locales, se estimula la creatividad entregando la confianza a las personas para que representen a la institución con todas las atribuciones para tomar decisiones.

3.- Equipo de salud:

- ◆ El equipo recupera el orgullo de trabajar en APS, reconociéndola como su opción de desempeño permanente y como lugar de crecimiento personal y profesional. Este equipo se identifica con su Centro de Salud, compartiendo los logros y sintiéndose responsable de los desafíos pendientes.
- ◆ Se observa una actitud de dar a conocer y compartir sus logros con otros equipos.
- ◆ Se reconoce como equipo y demuestra claridad en sus objetivos.
- ◆ Es habitual que detecte sus debilidades en cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas y busca activamente la forma de superarlas.
- ◆ Adquiere mayor seguridad en las nuevas tareas; es más diestro en sus habilidades. Potencia sus fortalezas.
- ◆ La creatividad se focaliza hacia el desarrollo de nuevas estrategias para dar respuesta a los problemas detectados.

- ◆ Se observa con mayor frecuencia la aparición de felicitaciones al equipo, a través de las OIRS.
- ◆ Es capaz de asumir tareas de mayor complejidad (mayor resolutivez y contención de problemas).
- ◆ El equipo sostiene la adaptación frente a los cambios permanentes, de lo contrario es capaz de reconocer una crisis y enfrentarla como tal en conjunto.

4.- Capacitación: Adquiere una fundamental importancia en la preparación del equipo para cumplir con las funciones que a cada uno y como equipo le competen en el logro de la misión.

Es necesario profundizar en la experticia de cada profesional y técnico, permitiendo desarrollar y fortalecer la complementariedad entre los distintos miembros del equipo.

El término complementariedad indica que el aporte de cada uno completa la visión de los demás. Lo anterior refuerza la idea de mantener las especificidades disciplinarias, en pro de mejores logros en salud y mejor uso de los recursos.

La profundidad con que los diferentes temas se desarrollen, depende del rol que cada uno cumpla en función de sus responsabilidades.

El plan de capacitación se hace acorde a los objetivos institucionales, abandonando la búsqueda de cursos que responden a objetivos particulares.

Entre los temas más frecuentes a desarrollar están:

- ◆ Mejoramiento de las destrezas clínicas
- ◆ Profundización del trabajo con familias: análisis crítico de instrumentos y su utilidad, diagnóstico de salud familiar e intervención planificada.
- ◆ Manejo de situaciones difíciles
- ◆ Autocuidado del equipo de salud
- ◆ Ética en el trabajo con familias
- ◆ Actualización de Guías Clínicas y Problemas GES
- ◆ Centros de responsabilidad y costos
- ◆ Trabajo en Red
- ◆ Participación social
- ◆ Trabajo intersectorial
- ◆ Desarrollo de competencia y habilidades para el trabajo en equipo
- ◆ Promoción de la salud
- ◆ Comunicación social

El avance en la adquisición de habilidades para: educación de adultos, trabajo con familias, consejería, etc.

El equipo tiene apertura al intercambio de experiencias con otros equipos, en la docencia en temas específicos y en la incorporación de docencia a alumnos de pregrado de distintas carreras del área de la salud, dando cuenta además, de cómo el cambio de modelo ha impactado en el desarrollo de expertizaje, que hace valorar APS como un excelente escenario formativo para las actuales y futuras generaciones de profesionales de la salud.

5.- Organización interna: Profundizar el cambio en la estructura organizacional, que de sustento a un estilo relacional coherente con el Modelo, permita la plena expresión de las potencialidades individuales y asegure la democratización en la toma de decisiones.

a) Gestión sanitaria sectorizada, equipos de cabecera: Se clarifican sus roles, funciones y responsabilidades los coordinadores o responsables de sector. La estructura del trabajo sectorizado se hace parte natural del funcionamiento del CESFAM.

Los equipos logran la madurez suficiente para diferenciar claramente las responsabilidades entre los coordinadores y encargados de programas visualizándose los ámbitos de complementariedad entre sus tareas más que de competencia.

La relación continua con la población a cargo es comprendida como una forma de cuidado integral y de largo plazo. La oportunidad de crear vínculos con individuos y familias retroalimenta positivamente al equipo y se constituye en estímulo para la búsqueda de formas creativas de cuidado.

La definición de nuevas jefaturas y nuevos sistemas de información y coordinación, es coherente a la nueva estructura.

Cada equipo de sector está informado de las acciones que se realizan, conoce su población a cargo, lo que significa que maneja información epidemiológica relevante.

Dispone para su gestión de un diagnóstico local de salud, consensado con su población a cargo. Planifica su quehacer compatibilizando las normas ministeriales con las demandas locales y los recursos con los cuales cuenta. Planifica intervenciones específicas para sus familias a cargo (sector).

El equipo de sector gestiona su demanda basado en un compromiso con las personas y familias bajo su responsabilidad.

Reorganiza y readecua sus rendimientos en búsqueda de lograr mayor efectividad en sus intervenciones, respondiendo con oportunidad y asegurando el acceso equitativo de individuos y familias.

El equipo de sector se identifica como la unidad más pequeña de trabajo de su Centro de Salud y se genera una gran identidad como equipo.

Físicamente puede ubicarse dentro de su Centro de Salud como en lugares más cercanos a la población a cargo (minicentros, estaciones médicas de barrio, CECOF, Unidades de salud familiar, etc.)

El equipo de sector es reconocido y validado por su población a cargo.

b) Equipos Transversales y Servicios de Apoyo. Equipos y servicios fundamentales para el logro del trabajo que realizan los equipos de cabecera o equipo de sector, por lo tanto es de gran relevancia la coordinación entre ellos y el respeto por las especificidades de cada uno.

El trabajo transdisciplinario constituye la base de la colaboración entre los equipos de trabajo. Es signo de madurez de los equipos el reconocer la responsabilidad compartida en el manejo de los problemas de salud a través de cada aporte específico.

La comunicación entre los equipos es cercana, en función de dar respuestas concretas a las demandas de salud, de manera que no se produzca superposición de roles, multiplicación o descoordinación en las intervenciones.

En esta etapa los equipos transversales y los servicios de apoyo clarifican sus roles, funciones y responsabilidades, han incorporado el enfoque familiar, promocional y preventivo, en su tarea diaria aunque no trabajen con población a cargo.

Su labor es reconocida y valorada por los equipos de sector. Planifican sus actividades en relación a las demandas generadas por ellos.

c) Jefaturas de Programas. Las competencias desarrolladas permiten a los jefes de programas liderar la gestión técnica en temas específicos, trabajando en conjunto con los equipos de sector, facilitando la elaboración y/o actualización de guías anticipatorias, flujogramas y protocolos de atención.

Cumplen un rol de gran relevancia en el monitoreo de la productividad y calidad de las intervenciones por ciclo vital.

Se hacen cargo de la protocolización, evaluación y monitoreo de los problemas GES, acompañando a los equipos de sector.

El cumplimiento de metas traduce un compromiso de los jefes de programas con el proceso de mejora en la calidad de la atención, en concordancia con las normativas ministeriales y en la mejor evidencia epidemiológica disponible.

Los jefes de programa en muchos Centros cumplen la doble función de ser además encargados de algún sector y cuando no lo son en casi todas las oportunidades son parte de los equipos de cabecera, por lo tanto su trabajo está absolutamente vinculado a la realidad.

d) Programación local: El gran desafío para los equipos ha sido el ensayar metodologías que les permitieran reflejar en su programación el enfoque familiar, enfoque promocional y preventivo, por ciclo vital y trabajo con familias, así como la necesidad de programar actividades relacionadas con el diagnóstico local, la opinión de usuarios/ as y las metas sanitarias nacionales. La programación está orientada a resultados.

El trabajo de los sectores busca responder de manera cercana a las necesidades de las personas, incorporando en la programación los énfasis que den cuenta de las prioridades.

Otro hecho de relevancia frente al nuevo modelo ha sido cambiar desde un enfoque centrado en problemas biomédicos específicos de los individuos a una programación centrada en la persona, su familia y comunidad. Las Orientaciones programáticas emanadas del Ministerio de Salud han ido progresivamente incorporando mayor cantidad de elementos de ciclo vital, familia, comunidad.

También se agrega la programación del seguimiento de los problemas detectados.

Se transita hacia la búsqueda de indicadores de resultados y de impacto y su evaluación periódica.

En esta etapa se introducen metodologías innovadoras de intervención, orientadas a mejorar la calidad de atención, entre otros y a modo de ejemplos, asistencia telefónica a pacientes crónicos, enfermera gestora de casos, asistencia domiciliaria por promotores de la salud, etc.

El equipo reevalúa los registros y busca sistemas de información coherentes, con una programación enfocada a obtener resultados, perdiendo importancia relativa, la cantidad de actividades.

Los posibles riesgos en materia de programación están relacionados con eventuales descoordinaciones entre la planificación interna y exigencias externas (Servicio de Salud, Ministerio, Municipio, etc.)

6.- Gestión del recurso humano

En las etapas anteriores las exigencias del cambio de modelo han estado centradas en la creación de equipos más que en el trabajador como persona, pero en esta etapa surge el cuestionamiento de cuál es el perfil que se necesita en el actual Modelo y cuáles son las nuevas necesidades del recurso humano que surgirán en su proceso de adaptación.

Se evidencia la necesidad de disponer de equipos expertos en salud familiar y comunitaria, ante lo cual se requiere de mecanismos adecuados de selección del personal, orientación y mantenimiento.

Como parte del proceso de cambio es necesario plantearse temas como:

- ◆ Readecuación de dotaciones, aumentándolas en directa relación con las exigencias del nuevo modelo de atención y las exigencias de la reforma.
- ◆ Redefinición de los perfiles de competencia para cada función, tendiendo a profesionalizar a los equipos.

El valor que la organización pone en el recurso humano se traduce en la búsqueda de formas para mejorar las condiciones que tiendan a mayor estabilidad, satisfacción y compromiso.

Las etapas típicas del ciclo de personal (selección, incorporación, mantenimiento, desarrollo y alejamiento) son miradas en función de competencias globales, más que habilidades específicas, ya que las primeras aseguran una mejor integración y apertura a la adquisición de las segundas.

Entre las habilidades globales que deben mirarse en la búsqueda de personal nuevo están: sentido ético, capacidad para trabajar en equipo, sentido de autocrítica y compromiso con el autoaprendizaje.

La etapa de inducción adquiere especial significado, por cuanto la inserción a un equipo con modalidad de trabajo distinta y con experiencia en el modelo centrado en la familia, debe ser efectuada de manera armónica.

Lo anterior implica un diseño de la inducción que considere estrategias tales como: modelaje, pasantías, observación participante, etc., que muestren en la práctica lo que se espera del personal recién ingresado.

El valor de la persona y la inversión efectuada en su formación, justifica la existencia de acciones protegidas para el cuidado de ellas. Se considera deseable la estabilidad del equipo como un bien técnico y un bien social. En este sentido se hace efectiva la reciprocidad. Lo que el trabajador da al sistema es retribuido con el reconocimiento y valoración de la institución.

La gestión del recurso humano, por lo tanto, invierte en mantener a las personas, pero también en producir una transición "suave" cuando el alejamiento es inminente, estableciendo las condiciones para un eventual regreso.

Aún cuando se espera que una persona se mantenga en la institución, su alejamiento debiera ser mirado como una oportunidad de generalización del Modelo a nivel nacional.

Otro aspecto que puede ser introducido en la gestión del recurso humano, es la posibilidad de flexibilizar los horarios de manera de permitir a los trabajadores y trabajadoras compatibilizar intereses personales con institucionales, sin que ello se constituya en un factor de conflicto laboral, u obligatoriedad para el trabajador, sino como una opción. Esta flexibilidad, además, podría favorecer el trabajo comunitario de algunas personas del equipo de salud.

Probablemente será una tendencia que los Centros mantengan horarios de atención de 8 a 20 horas, tanto para atenciones curativas como preventivas, como ocurre en otros países, favoreciendo la atención a la población trabajadora y el acceso oportuno en horario extendido a toda la población.

7.- Gestión de la demanda: Se enfrenta de manera proactiva, buscando estrategias que permitan dar respuesta oportuna y asegurando el cumplimiento de los requerimientos establecidos, tales como metas, índices, etc.

El trabajo matricial que relaciona programas y sectores toma su amplio sentido, velando por una mirada de ciclo vital, pero sin olvidar el enfoque colectivo, en cuanto a cobertura y protección de la población en su conjunto.

Existe un manejo más racional y deliberado de los recursos en función de mejores resultados. Los servicios alcanzan una mayor cobertura (justicia social), con mejor oportunidad, y se amplía la capacidad de respuesta ante problemas antiguos, o nuevos no abordados (diversificación de la oferta).

Las características esperadas, como consecuencia de la gestión de la demanda son la ausencia de rechazos, existencia de mecanismos para responder al eventual aumento de la demanda, disminución de los cambios de horas o existencia de respuestas alternativas cuando esto es inevitable y control sobre los tiempos de espera. Lo anterior en un marco de mínima burocracia.

Es deseable en un sentido ético, la ausencia de rechazos, por cuanto esto vulnera el derecho humano a una atención en función de las necesidades percibidas por las personas. Existirá, entonces, sistemas de dación de horas escalonadas, diferidas por sector y flexibles a las necesidades de los usuarios.

Otra característica observada en la gestión de la demanda es el respeto a la privacidad de las personas, la que se evidenciará en la existencia de espacios protegidos para recabar información, y una preocupación por evitar la exposición a preguntas en público que vulneren el derecho de las personas a su intimidad.

Se observa también en esta etapa, una preocupación por el seguimiento de los casos derivados, asegurando la continuidad en el proceso clínico de manera de cerrar casos o ingresarlos a un programa de control sistemático. Esta es una evidencia de la continuidad de los cuidados al cerrar el flujo del paciente desde y hacia otros puntos de la red, de manera que cualquier temática, sea que quede abierta a otras intervenciones o cerrada por resolución del caso, exista de ello la debida constancia en su ficha clínica.

Al incorporar nuevas respuestas el equipo buscará las evidencias existentes del impacto de dicha medida en el problema en cuestión. Como complemento a lo anterior hay un planteamiento crítico a la composición del equipo de salud, sumando otros profesionales tales como, terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, orientadores familiares, etc.

La Gestión de la demanda, determinará en ocasiones la provisión de respuestas de nivel especializado, gestionadas localmente, ya sea por inexistencia de estas respuestas en la red o por una evaluación costo efectividad que así lo justifique.

En los mecanismos de gestión de la demanda se incorporan elementos del enfoque de género, pertinencia cultural, rol del voluntariado, etc.

8.- Sistemas de información, coordinación, registros: Asegurar el uso continuo y generalizado de los sistemas diseñados y evaluar su utilidad, dificultades, pertinencia y eficiencia.

El equipo y/o su Consejo Técnico, suele preguntarse sobre la efectividad de sus intervenciones. Con esta mirada es imprescindible contar con sistemas de registros que puedan proporcionar la información requerida, registros que pueden ser de uso temporal o permanente. El equipo se organiza para evaluar la pertinencia de éstos y la necesidad de cambiarlos o corregirlos.

A partir de la información estadística generada, los equipos pueden realizar análisis de la calidad de los servicios, en el ámbito local, en distintas áreas.

Desde el análisis de procesos y resultados, lo que se constituye en su nuevo diagnóstico sanitario, el equipo planifica nuevas intervenciones, refuerza las existentes efectivas y elimina las inefectivas.

Es así, que un buen sistema de registros constituye la base de un buen plan de salud, permitiendo una efectiva gestión local de los problemas de salud, tanto como de la gestión de la demanda, tiempos de espera y satisfacción usuaria.

Se busca que los registros sean útiles, pertinentes, simples y adecuados a las necesidades de información. Se evita el exceso de información a través de la

separación entre registros de uso periódico o circunstancial, y otros de uso continuo. El equipo determinará cuál información será objeto de estudios especiales.

La recopilación de información de individuos y familias pasa a tener un objetivo socio epidemiológico más allá del caso. El poder sistematizar, a partir de los registros en uso, información sobre los conglomerados de familias y la población en general, permitirá al equipo de salud orientar la toma de decisiones para el diseño de respuestas que aborden los hallazgos más frecuentes.

La confección de mapas epidemiológicos sectorizados, avanza desde el registro de casos de notificación obligatoria a registros de:

- ◆ familias según categorías de riesgo
- ◆ redes institucionales
- ◆ redes comunitarias e intersectoriales
- ◆ focos de riesgo ambiental

Esto permite tener un diagnóstico gráfico local de los riesgos y daños (con delimitación geográfica, grupos de mayor vulnerabilidad), y de las redes disponibles. La gestión del riesgo y la preocupación por la equidad pasa a ser un elemento factible para los equipos, además de servir de base para la planificación de actividades sanitarias, tanto en el ámbito de acción del CESFAM, como de la comuna.

En esta etapa hay una mayor conciencia de la ética de la información, lo que lleva a la toma de decisiones sobre qué preguntar, cómo preguntar y qué registrar. Se espera resguardar la intimidad de las familias, a través de procedimientos estandarizados de registros.

La informatización adquiere mayor relevancia por su potencialidad de facilitar la evaluación de los resultados sanitarios, cálculos de indicadores, análisis de información con criterio epidemiológico y de equidad, análisis de costos, con un gran impacto en la reducción de los tiempos invertidos en este ámbito.

9.- Evaluación, control y monitoreo: Al igual que en la Etapa de Desarrollo esta dimensión busca evaluar:

a) El cambio de Modelo y el grado de profundización que los elementos del mismo han ido adquiriendo

En esta etapa los sistemas de evaluación han pasado desde una postura reactiva a la exigencia externa a una búsqueda proactiva orientada a dar sistematización a este proceso, midiendo el impacto de las medidas implementadas.

Se incorpora la autoevaluación como una forma de mejorar los propios procesos fijándose estándares más exigentes.

Lo que en esta Guía se plantea como "Productos Esperados" de la Etapa de Fortalecimiento servirán de orientación a los equipos para dirigir la evaluación hacia los procesos conducentes a dichos productos.

b) La calidad de la atención. El equipo habrá avanzado hacia formas sistemáticas de evaluar y mejorar la calidad de atención en todos sus ámbitos, gracias a la definición de protocolos de evaluación y seguimiento de los problemas analizados.

Las metas se plantean en función de las necesidades de la población y no como respuesta exclusiva a un estándar del Sistema.

10.- Centro de costo. El Centro de Salud mantiene información actualizada de los gastos que el sistema determina. Utiliza técnicas de Análisis de Costos y orienta la oferta de acuerdo a los resultados.

PROBABLES CRISIS EN LA ETAPA DE FORTALECIMIENTO:

<p>Relacionado con la Red Asistencial:</p>	<p>Para los equipos es más notoria la discordancia entre respuestas tardías o discontinuidad en otros puntos de la red y su propia capacidad de resolución. Aumentan las exigencias en términos de mayor oportunidad y coordinación en el seguimiento.</p> <p>Si el resto de la red mantiene un enfoque biomédico, centrado en el equipo, con relaciones de poder genera inconsistencias con los elementos del Modelo, las que son percibidas por los usuarios.</p> <p>La mayor autonomía en las decisiones no siempre es efectiva por las limitantes existentes en el Sistema.</p> <p>Los requerimientos circunstanciales de información, no siempre cuenta con los fundamentos para ser asumidos por los equipos y muchas veces se presentan con urgencia no justificada, lo que tensiona a los equipos ya que los obliga a abandonar tareas planificadas.</p> <p>Al ser receptor de capacitaciones diseñadas en otros niveles, no se consideran las necesidades del equipo.</p> <p>La planificación de diversos programas de intervención, diseñados en otros niveles, no siempre preserva la mirada biopsicosocial de los problemas y predetermina respuestas parciales a los mismos.</p> <p>El cambio propuesto se irá haciendo progresivamente más coherente en todos los puntos de la Red, a medida que se vayan consolidando y socializando los elementos del Modelo.</p>
<p>¿Hasta dónde somos capaces?</p>	<p>Puede existir una sobrevaloración de las propias habilidades que dificulta el establecimiento de límites tanto propios, como de la comunidad. Puede haber una pérdida de perspectiva en el alcance de las propias intervenciones, en la búsqueda de más y mejores respuestas.</p> <p>Este riesgo tendrá una resolución espontánea al ir teniendo claridad sobre las propias competencias, objetivos y resultados.</p>
<p>Seguir siendo considerados nivel de *"baja complejidad"</p>	<p>La tarea de APS en escenarios socio sanitarios complejos, puede no ser valorada en toda su magnitud, con el consiguiente riesgo de recarga asistencial sin un apoyo consistente con la complejidad evidenciada, generando impotencia y desgaste en los equipos.</p>

	<p>Existe cada vez mayor comprensión de la complejidad de los temas abordados en APS, evidenciada en mayor apoyo financiero, aumento de los recursos para profesionales.</p> <p>La operacionalización de nuevas líneas de trabajo merece una discusión permanente orientada a redefinir el perfil del equipo de atención primaria y el apoyo del mismo con recursos adicionales.</p>
Retrocesos en cuanto modelo	<p>El riesgo de estancamiento en el avance del Modelo puede estar determinado por la falta o escasez de recursos necesarios para responder a la demanda asistencial (exigencias de adaptación a nuevas tecnologías, GES, etc.), tiende a desorganizar la acción planificada en cada equipo de cabecera y centra el accionar en lo curativo, en desmedro de la promoción y prevención.</p> <p>Ante la existencia de una adecuada gestión de los recursos (conocimiento de los recursos disponibles, definición de brechas según necesidades, optimización de su uso), y buscando una adecuada relación entre recursos y necesidades, el equipo debe ser capaz de determinar cuáles son las acciones posibles de abordar o posibles de asumir, de manera fundamentada.</p> <p>Otra causa de estancamiento está en los propios equipos, los que sin un acompañamiento adecuado presentan dificultades para descubrir caminos de avance o superación de obstáculos. En muchos casos este acompañamiento no ha existido.</p>
Exigencia de múltiples datos, que, sin mecanismos informatizados, sobrecarga a los equipos.	<p>Riesgo adicional: deshumanizar la atención al dar más tiempo a las tareas administrativas de llene de registros, que a la atención del usuario.</p> <p>La informatización será un elemento que ayude a los profesionales a disminuir los tiempos de registro para aumentar los tiempos de contacto humano.</p>

* Baja complejidad. Se refiere al desarrollo tecnológico y de especialización médica que acompaña el proceso de atención y no a la complejidad psicosocial propia de la Atención Primaria.



Estrategias desarrolladas para incrementar la motivación y centrar al equipo en el logro de los objetivos:

- ◆ Mantener espacios protegidos para reuniones de equipos de cabecera.
- ◆ Sistematizar las reuniones de manera de asegurar la continuidad, el análisis de casos con enfoque familiar y elementos administrativos que faciliten la implementación del Modelo.
- ◆ Evaluaciones sistemáticas.
- ◆ Espacios de cuidado del equipo.
- ◆ Compartir los logros con usuarios y Comunidad.
- ◆ Presentar avances en jornadas, seminarios, congresos.
- ◆ Fomentar creatividad e innovación.
- ◆ Mantener liderazgos coherentes.
- ◆ Trabajo en desarrollo personal, de equipo y complicidades.

Cuando el Centro ha logrado la mayor parte de los elementos de la Etapa de Fortalecimiento puede ser reconocido como Centro de Salud Familiar.



Incorporación de buenas prácticas en la etapa de consolidación en la implementación del modelo.

- ◆ Es una etapa caracterizada por el dinamismo de los procesos y la madurez grupal.
- ◆ El trabajo del Centro de Salud está claramente integrado a la red de salud y comunitaria, reconociendo en esta última su potencialidad para encontrar las mejores respuestas para el fomento y protección de la salud, así como a los diversos problemas de las personas y sus familias.
- ◆ Al entender el espacio local y sus determinantes socioculturales como un proceso socio-psicobiológico, se llega a una real comprensión de la predominancia de lo social en la forma cómo se relacionan las colectividades, su espiritualidad, su medio ambiente y la construcción del concepto de persona, familia y comunidad.
- ◆ En este sentido se entiende la Participación Social como una construcción que requiere de espacios propios para que las colectividades repiensen y reproduzcan su salud.
- ◆ El cuidado de la salud, en todas las etapas del ciclo vital, individual y familiar es el eje del quehacer del Centro de Salud.

- ◆ Por lo tanto familias y comunidades se encuentran plenamente integradas en un trabajo conjunto con un equipo de salud maduro y proactivo.
- ◆ Esto es lo característico de la etapa de consolidación: la incorporación habitual del contexto en el análisis de la salud enfermedad y la proactividad de equipo, familia y comunidad en un hacer conjunto, tanto en lo promocional y en lo preventivo como en las formas de responder a los daños a la salud.
- ◆ El enfoque biopsicosocial es una práctica real.



Características generales distintivas de un CESFAM

- ◆ Un espacio donde se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y su población, relación caracterizada por la confianza y vínculos de afectividad y respeto mutuo, para el logro de un mayor bienestar de familias y comunidad.
- ◆ Se caracteriza por su alta capacidad en el cuidado de la salud, orientado a resultados y utilizando las evidencias disponibles, mediante una sólida organización, que le permite garantizar la calidad de la atención.
- ◆ Un lugar para la formación en el área de la salud, de sus propios funcionarios, otros equipos, estudiantes de pre y post grado de las diferentes carreras de la salud y grupos comunitarios. Se transforma, de esta manera, en campo clínico para las distintas instituciones formadoras, entre las cuales destaca, la Universidad. Se reconoce la relación docente asistencial como una interacción mutuamente beneficiosa, tanto en la salud de la población como en el desarrollo profesional. Para el CESFAM es un incentivo al avance y a la actualización; para la Universidad es un mecanismo de retroalimentación y adecuación de sus programas para la comunidad, garantía de mejor calidad.
- ◆ Se realizan investigaciones locales con el apoyo de instituciones académicas que ayudan a la búsqueda de recursos adicionales, aportan recursos docentes calificados en investigación.



Características específicas distintivas de un CESFAM

Desarrollo de equipo	<p>Habilidades y destrezas en la interacción con usuarios, familias y comunidad de manera efectiva, utilizando adecuadamente los recursos y las instancias establecidas.</p> <p>Fijan objetivos realistas.</p> <p>Cumplen metas.</p> <p>Se escuchan unos a otros.</p> <p>Solucionan conflictos de manera constructiva.</p> <p>Dan retroalimentación.</p> <p>Han ganado confianza de la Red</p> <p>El equipo de salud se preocupa de su desarrollo personal y profesional, mediante una educación continuada.</p> <p>Autovaloración realista de las competencias desarrolladas en el equipo, con una aceptación de los propios límites y reconocimiento de la especificidad profesional de cada miembro del equipo.</p> <p>El equipo docente de pre y postgrado, de profesionales y funcionarios, así como de integrantes de otros equipos de salud.</p> <p>Es capaz de utilizar estrategias innovadoras frente a recursos limitados y los conoce, analiza y gestiona de manera eficiente.</p> <p>Proactividad, atento a las oportunidades de desarrollo, a la captación de nuevos recursos, de espacios para presentar proyectos, de nuevas formas de capacitación, anticipándose a los escenarios siempre cambiantes en salud.</p> <p>Mantiene relaciones horizontales y acepta un liderazgo flexible y compartido. Colabora con la dirección, y se responsabiliza de su quehacer.</p> <p>Respeto a la diversidad incorporación de la pertinencia cultural, el enfoque de género y aceptación de las diferencias.</p>
Calidad de atención	<p>Operacionaliza el enfoque biopsicosocial en la práctica diaria, se evidencia en el registro en la ficha clínica y en el enfrentamiento integral de los problemas.</p> <p>Orienta a resultados (cambio en el perfil y número de consultas, disminución en la incidencia de problemas de salud ligados a factores de riesgo prevenibles y controlables).</p> <p>Negocia con la persona o familia los planes de intervención en un marco ético.</p> <p>Respeto la individualidad, autonomía, la justicia social.</p> <p>Reflexión ética para favorecer la toma de decisiones</p>

	<p>Protege los derechos de los usuarios y respeta su dignidad, autonomía y bienestar, controlando la negligencia y asegurando las buenas prácticas.</p> <p>Se preocupa de elaborar y/o adaptar guías clínicas y/o protocolos con el objeto de resguardar la calidad de la atención.</p> <p>Se preocupa de generar los registros necesarios que faciliten su accionar, el seguimiento y la evaluación de sus intervenciones.</p> <p>Planifica sus intervenciones en base a las metas sanitarias nacionales y locales.</p> <p>Capaz de percibir la demanda implícita en población poli consultante, patología psicosomática o de difícil resolución.</p> <p>Diseña formas para enfrentar la poli consulta y detectar la población que "by pasea" al Centro.</p> <p>Hace uso de la evidencia existente o la genera cuando no existe.</p> <p>Define líneas de investigación en base a temas que le plantean interrogantes a nivel local y que le permitirán el diseño de intervenciones.</p> <p>Maneja información relevante de la comunidad y de la red asistencial, lo que le permite una adecuada toma de decisiones y manejo de recursos.</p> <p>Realiza un análisis crítico de los recursos profesionales y no profesionales que deberían incorporarse a los equipos, para dar respuesta eficiente y efectiva a los riesgos y/o problemas de salud de su población a cargo.</p> <p>Acepta la calidad como un imperativo ético, posible e ineludible en el proceso de atención de salud. Su evaluación es sistemática y abarca todos los ámbitos, facilitando un mejoramiento continuo.</p> <p>Traduce, en esencia, el cambio cultural en el desempeño del equipo de salud.</p> <p>Espacios de evaluación y mejoramiento continuo, y Equipos EPS funcionando de manera periódica, con ámbitos definidos.</p> <p>Competencias establecidas para la ejecución de los procesos de evaluación y mejoramiento continuos.</p> <p>Mejora la resolutiveidad en todas las áreas relacionadas con mantener el mejor estado posible de salud individual y familiar.</p>
<p>Trabajo en Red</p>	<p>Trabaja en forma armónica y coordinada con la comunidad y sus organizaciones e instituciones, siendo la promoción y prevención de la salud su preocupación fundamental.</p> <p>Favorece el uso óptimo, recurriendo en primer lugar a las redes familiares y comunitarias</p> <p>Incorpora el concepto de red a su quehacer cotidiano</p>
<p>Uso de los recursos</p>	<p>El equipo es responsable de sus recursos tornándose altamente resolutivo.</p> <p>Conoce, valora, cuida y optimiza los recursos, reconociéndolos como un bien público limitado, por lo tanto se preocupa de instalar o favorecer sistemas de autocontrol y control de su uso.</p> <p>Se reconoce a sí mismo como el recurso más valioso y fundamental en el quehacer de salud y en el logro de los objetivos sanitarios</p>

Relación con las familias y comunidad:

El equipo tiene una interacción mantenida con la comunidad organizada, en un trabajo conjunto, planificado y evaluado.

Su compromiso con las familias y comunidad se manifiesta en una gran responsabilidad en el cumplimiento de las agendas comprometidas, ya sea a nivel de la atención como en las actividades comunitarias.

Se siente co responsable del cuidado continuo de la población a cargo tomando todas las medidas necesarias que favorezcan el conocimiento y el desarrollo de una relación de confianza con sus usuarios y familias.

Gestión

Democrática, innovadora, competente, resolutive, eficiente y flexible, coherente con el modelo de salud familiar.

Objetivo claro: una población con mayores grados de bienestar, con acciones de auto cuidado y con mayor desarrollo de factores protectores.

Considera las necesidades de la población y los recursos disponibles, organizando éstos de manera de dar respuestas efectivas, con visión epidemiológica y de salud pública.

Establece las brechas entre lo existente y lo deseado, con énfasis en la equidad.

Determina prioridades en función de criterios de vulnerabilidad, frecuencia, gravedad, impacto, costo u otros.

Planificación de acciones se realiza a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo a la realidad objetivada, con misión y visión conocida y compartida.

Ejecución de las actividades dentro de un marco ético que incluye el enfoque familiar y comunitario, y considera la red intersectorial como un elemento contribuyente a la calidad, teniendo presente la búsqueda del progresivo empoderamiento de los usuarios.

Evaluación permanente con relación al logro gradual de los objetivos, utilizando la información generada de manera sistemática, abarcando estructura, proceso y resultados.

Involucra las miradas cuantitativas y cualitativas de los diferentes ámbitos.

Busca establecer el impacto en la salud de la población como consecuencia de las intervenciones ejecutadas.

El proceso de diagnosticar, planificar, actuar y evaluar se realiza en cada sector y el Centro en su totalidad, considerando las metas comunales con la mirada puesta en el mejor logro de la salud de la población.

Proactiva, utilizando las oportunidades de desarrollo, atenta a los escenarios cambiantes, efectúa las adecuaciones necesarias en coherencia con éstos. Atrae y gestiona recursos externos.

Progresivamente desarrolla el Centro de Costo, buscando una mayor corresponsabilidad en el uso de los recursos.

La gestión es participativa, permitiendo el desarrollo y la creatividad de sus equipos.

Se basa en la confianza, compartiendo responsabilidades. favoreciendo la participación creando, integrando y fortaleciendo redes.

<p>Gestión del recurso humano</p>	<p>Existe política conocida de manejo y cuidado del recurso humano: perfiles definidos para roles específicos, mecanismos de selección, incorporación, mantenimiento, desarrollo y alejamiento. Define sistemas de incentivos y de evaluación periódica de desempeño.</p> <p>Busca fortalecer al equipo con conocimientos, habilidades y destrezas para cuidado efectivo</p> <p>Considera las expectativas personales y profesionales: capacitación, recreación, carreras funcionarias, estabilidad laboral, entre otros.</p> <p>Promueven el autocuidado del personal, favoreciendo ambientes saludables de trabajo, con gratos climas laborales y espacios de cuidado.</p> <p>Ámbitos del cuidado de la salud de los trabajadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades personales para el manejo del estrés. • Desarrollo de habilidades técnicas para un mejor afrontamiento de la demanda • Espacios de recreación • Manejo de conflictos en el equipo. • Perspectiva de género (rol social de las mujeres) <p>La gestión fomenta el trabajo en equipo, la responsabilidad y la colaboración entre las distintas disciplinas e intenciona la autonomía en la gestión de los equipos de salud y unidades de atención.</p> <p>Los equipos cuentan con profesionales formados, capaces de asumir el cuidado de la población de manera eficiente y oportuna ante eventuales ausencias, especialmente de integrantes de los equipos de cabecera.</p> <p>Adecuación de horarios de trabajo y atención de acuerdo a la realidad local, facilitando el acceso del usuario a las distintas prestaciones y cuidando la jornada laboral de los funcionarios.</p> <p>Desarrolla más actividades fuera del centro de salud, con énfasis en actividades de prevención a nivel familiar en los domicilios, e institucional, por ejemplo en las escuelas.</p>
<p>Recursos y equipamiento</p>	<p>Acordes a la cartera de servicios y en función de la mejor capacidad resolutive posible, de acuerdo a las políticas establecidas.</p> <p>Disponibilidad de Recursos y Equipamiento de acuerdo al Plan de Salud integral familiar.</p> <p>Existencia de apoyo tecnológico apropiado y acorde al nivel de desarrollo.</p> <p>Planta física que responde a la necesidad de desarrollar el trabajo con familias y comunidad.</p> <p>Definidos con criterios epidemiológicos, financieros, éticos, de justicia social</p>

Capacitación	<p>La capacitación es un proceso continuo, programado y ejecutado en función de los requerimientos de la etapa de consolidación. Se asegura el perfeccionamiento de todos los miembros del equipo, de manera equitativa en relación a los roles y necesidades determinadas por la tarea.</p> <p>Se estructuran programas de actualización permanente, favoreciendo la reflexión crítica y el mejoramiento continuo de la calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bioética • Investigación y publicaciones • Habilidades docentes • Formación continuada en temas clínicos • Mejoramiento continuo de la calidad • Profundización en destrezas para el trabajo con familias • Autocuidado y evaluación del impacto del mismo • Habilidades en trabajo en redes sociales y asistenciales • Salud y cultura, Enfoque de género • Capital social y desarrollo • Medio ambiente.
---------------------	--

El avance y desarrollo de un CESFAM incluye cambios para los diferentes actores:

- 1.- Persona, familia y comunidad
- 2.- Comunidad
- 3.- Municipio
- 4.- Para el CESFAM

I.- PERSONA

Percepción general	Contento Satisfecho
Percepción hacia el equipo	Se siente bien tratado Siente que se le escucha Siente que le consideran su opinión
Percepción hacia el centro de salud	Percibe la preocupación del equipo de salud por su familia Percibe que se le orienta Responden a sus necesidades Acogen sus reclamos y sugerencias.
Conductas del usuario	Es propositivo hacia el equipo de salud Es propositivo hacia su propio cuidado, familia y vecinos. Hace uso de su red comunitaria y social. Aumenta su compromiso con el cuidado personal, el de su familia y comunidad. Amplía sus motivos de consulta preventivas Participa en la elaboración del plan de cuidado continuo Es capaz de reconocer sus limitaciones en la comprensión de los planes acordados y/o en sus dificultades, para ponerlo en práctica. Es capaz de pedir ayuda por y para otros integrantes de su familia Mayor participación y ejercicio del control social. Mayor conciencia de los recursos involucrados en el proceso de atención, lo que se traduce en el cuidado de los mismos Cumple acuerdos, contratos y planes. Asiste a sus controles. Evita pérdida de horas. Avisa cuando no puede asistir. Da opinión para mejorar la atención del centro de salud
Conocimientos	Conoce la gama de acciones comunales en salud y hace un uso apropiado de éstas. Reconoce a su equipo, y se establece una relación de afecto Mayor conocimiento de sus derechos (garantías de atención) Mayor conocimiento en su tratamiento y un más amplio manejo de información sobre temas de salud Aumenta su comprensión de los factores de riesgo y protectores

II.- PARA LA COMUNIDAD

- Capacidad para detectar problemas con la Red de protección social desarrollada
- Buscar alternativas de solución
- Recabar recursos
- Exigir, en un marco de respeto, resolución a los problemas de salud, presentes en la comunidad.
- Manifestar de manera oportuna los reclamos pertinentes, frente a demandas no abordadas o parcialmente abordadas.
- Preocupación por el cuidado del ambiente, utilizando las redes municipales para su manejo.
- Participación en Consejo de Desarrollo Local
- Análisis y seguimiento de los reclamos planteados en la OIRS, Participación en la elaboración de las Cuentas Públicas, Consejos Municipales, Presupuestos Participativos, etc.
- Participación en todas las etapas del diagnóstico participativo, tales como planificación, ejecución y evaluación.
- El Consejo de desarrollo mantiene roles claros de funcionamiento y se independiza de un liderazgo del sector salud, buscando formas propias de organización, de gestión de recursos y de colaboración en distintas temáticas.
- Las Mesas de trabajo definen claramente los ámbitos concretos de trabajo.

III.- PARA EL MUNICIPIO

- ◆ Conoce y apoya el trabajo del Centro de Salud Familiar con una gestión participativa que favorezca el conocimiento y mejor manejo de los recursos a nivel de los Centros.
- ◆ Fortalece políticas de desarrollo y cuidado del recurso humano, ocupándose de la existencia de redes que lo protejan.
- ◆ Fortalece la red intersectorial y el trabajo conjunto, evitando duplicidad de acciones e ineficiencia en el uso de los recursos.
- ◆ Preocupado de mantener sana a su población, mantiene relaciones fluidas y de respeto con el Servicio de Salud.
- ◆ Reconoce su rol en el desarrollo comunitario.
- ◆ Genera políticas que hacen énfasis en la prevención y promoción de la salud, potenciando el desarrollo individual, familiar y social, que se expresa en un fortalecimiento de la red social y comunitaria, para el logro de una Comuna saludable.
- ◆ Fomenta la acreditación de Escuelas promotoras de la salud, la consolidación de Barrios y espacios laborales saludables, facilita la creación de proyectos de

promoción de la salud familiar (talleres de padres, de crianza, de habilidades para la vida, comunicación al interior de la familia, etc.).

- ◆ Estimula la participación y crea instancias de trabajo intersectorial. Acoge propuestas de la comunidad organizada. Facilita y asesora a la comunidad en la implementación de proyectos financiados que aborden problemas planteados por ella.
- ◆ Estrategias que fomenten estilos de vida sana, grupos de autoayuda, creación de espacios de cultura, deporte y recreación, accesible a los distintos grupos, convivencia comunitaria saludable, son señales de la confluencia de un municipio comprometido, de una comunidad propositiva y de un equipo de salud facilitador.

IV.- PARA EL CESFAM

- ◆ El Centro está posicionado en los mejores niveles dentro del país, en los ámbitos académico, asistencial y preventivo. Conectado al desarrollo del país en materia de salud.
- ◆ En lo académico la acción docente es sistemática, ya sea como Centro de pasantía, campo clínico para pre y post grado.
- ◆ En lo asistencial y preventivo se busca difundir las diversas experiencias, globales o específicas, con los resultados obtenidos, que sirvan de modelo a otros equipos.



RIESGOS EN ESTA ETAPA CONSOLIDACION:

- ◆ Cansancio del equipo por inexistencia o insuficiencia de políticas de cuidado.
- ◆ Pérdida de efectividad en estrategias implementadas, en relación a participación.
- ◆ Cambio de autoridades o liderazgos externos que no respetan los procesos locales.
- ◆ Emergencia de nuevas necesidades en la población, no evidenciadas y por ende necesidades de capacitación no contempladas.
- ◆ Entrar en una rutina consolidada, sin descubrir las innumerables oportunidades de mejora.
- ◆ Asumir que el modelo está instalado y descuidar ámbitos relevantes
- ◆ Menospreciar la dinámica de la consolidación.
- ◆ No estar atento a la imagen que proyecta el Centro.
- ◆ Descuidar la evaluación de la percepción de los usuarios
- ◆ Mecanizar la participación de la comunidad



Capítulo VI

RECOMENDACIONES Y HERRAMIENTAS DE APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN

La revisión de este capítulo le permitirá al lector:

- ✓ Revisar elementos teóricos y prácticos de población a cargo y sectorización
- ✓ Profundizar en instrumentos para trabajar con familia
- ✓ Revisar un modelo para mejorar el cuidado de enfermos crónicos
- ✓ Revisar herramientas de soporte para trabajar con familias y pacientes crónicos: entrevista motivacional, cambio de conducta, consejería.
- ✓ Revisar elementos de seguridad en APS. Cómo mejorar la adherencia terapéutica
- ✓ Identificar algunos elementos de la gestión clínica



1.- Población a cargo y sectorización: Es la subdivisión de un área geodemográfica de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades más pequeñas, lo que facilita su conocimiento y favorece una relación más cercana del equipo con su población. Quienes identifican a un equipo de salud específico como responsable de otorgarle los cuidados primarios de salud y de conectarlo con el sistema sanitario en su totalidad.

Algunos criterios utilizados para efectuar la sectorización:

- ◆ Se establecen los criterios para subdividir a la población en conglomerados más pequeños. esto implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, unido a un análisis de los recursos disponibles.
- ◆ Se determinan los límites geográficos de los sectores y/o se delimitan grupos poblacionales específicos (Ej.: fuera del área geográfica)
- ◆ Se conforman los equipos de cabecera para cada sector, con tareas y funciones definidas.
- ◆ Se redistribuyen los espacios físicos (infraestructura y orgánica) al interior del establecimiento, señalética, archivos de fichas, tarjeteros, etc.
- ◆ Cada equipo reconoce las características epidemiológicas, geográficas, sociodemográficas, de vivienda, etc. y se identifican los recursos comunitarios u otros disponibles en el área del sector.
- ◆ Se definen los equipos de apoyo transversal, con clara definición de interacción con los equipos de cabecera.

Tener una pequeña población a cargo, por equipo, 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.

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.



Algunas interrogantes que pueden surgir con respecto a la sectorización

¿Cuál es el número óptimo de sectores?

- Depende del tamaño de la población inscrita.
- Depende de la realidad geográfica que puede determinar sectores “naturales”.
- No tantos como para perder la identidad del Centro y dificultar la interacción, ni tan pocos que determine un volumen poblacional demasiado alto que obstaculice la aplicación del Modelo.
- Idealmente no más de 5.000 usuarios por sector y de acuerdo a los recursos locales, aunque estos deben ir progresivamente adecuándose.
- Podría formarse un sector especial para las personas que no residen en la comuna o adscribirlos a los otros sectores.
- Se deberá promover una inscripción cercana al domicilio.

¿Se puede sectorizar cuando hay menos de 5 mil (o menos) inscritos?

- SI.
- Las Posta de Salud Rural (PSR) trabajan desde hace muchos años con el criterio de sector. Son pequeñas agrupaciones humanas dispersas en una gran extensión geográfica rural y todas ellas atendidas por una misma persona, el (la) Auxiliar de PSR.
- La experiencia ha demostrado que esta forma de trabajo usada en el medio rural presenta las mismas ventajas que se buscan con la sectorización para el medio urbano.

¿Cuál es el equipo ideal por sector (equipo de cabecera)?

- Como mínimo un equipo de cabecera básico estará constituido por enfermera, técnico paramédico, médico, matrona y asistente social. El cual se complementa con el equipo transversal.
- En términos de dotación, las horas asignadas a cada sector deben responder a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad.

¿Un profesional puede pertenecer a más de un equipo de cabecera?

- si. esto ocurre en los casos en que la demanda no justifica incrementar las horas de dicho profesional. es importante clarificar la participación de estos profesionales en cada equipo de cabecera, de manera de no duplicar los tiempos administrativos.
- distinto es el caso de los profesionales de apoyo transversal en que no están asignados a los equipos de cabecera, pero apoyan su trabajo.

¿Cuáles son los criterios para sectorizar?

Lo más utilizado es la sectorización geográfica administrativa considerando los factores de riesgo de tipo social y demográfico.

Los principales elementos que definen los sectores son la contigüidad geográfica y las características de la población. En todo momento deben tenerse presente las distancias, los tiempos de desplazamiento, el sistema de transporte y los costos para el usuario.

Orientaciones practicas al momento de sectorizar

- a) Para empezar se debe contar con un buen plano comunal a una escala que permita visualizar los nombres de las calles. En la Dirección de Obras de los municipios existen planos catastrales en los cuales se registra la numeración que se le asigna a cada vivienda y por lo tanto están en una escala óptima para identificar la localización de las juntas de vecinos, las poblaciones, los recursos comunitarios, etc. Pueden ser el origen de los planos por sector. En estos planos o croquis se identifican las calles, instituciones, familias de riesgo, etc.
- b) Considerar el potencial de crecimiento urbano, demográfico y de viviendas (en extensión y/o densificación). En las comunas en las cuales se sabe existen zonas de expansión urbana, es bueno tener presente que a futuro estas pueden ser el origen de un nuevo establecimiento, y por lo tanto, considerarlos desde ya como un sector puede traer a futuro menor daño a los usuarios y al propio establecimiento.
- c) A menudo las villas o poblaciones han pasado por un largo proceso de desarrollo que tiene su historia, que genera un fuerte sentido de identidad y pertenencia y que es conveniente conocer y respetar.
- d) Un buen criterio es el de respetar las áreas de las organizaciones territoriales como las juntas de vecinos, existiendo excepciones en las cuales no se observa sentido de pertenencia.
- e) La presencia de equipamiento comunitario más o menos completo no debe estimarse como factor decisivo, aunque si recomendable.
- f) Si se desea información detallada sobre las características demográficas y de las viviendas se puede acudir al Instituto Nacional de Estadísticas, INE, quien dispone de información censal detallada por manzanas en el medio urbano, y por ciudad, aldea y villorio en el medio rural. Esta información no se publica oficialmente, se entrega por solicitud y debe ser cancelada.

- g) Informar sobre el significado de la sectorización a los dirigentes vecinales y a las bases comunitarias, tomando en cuenta sus opiniones y sugerencias facilitan el proceso e incentivan el compromiso y el acompañamiento de éste

Una forma de comenzar 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.

2.- Instrumentos y metodología de evaluación de la familia

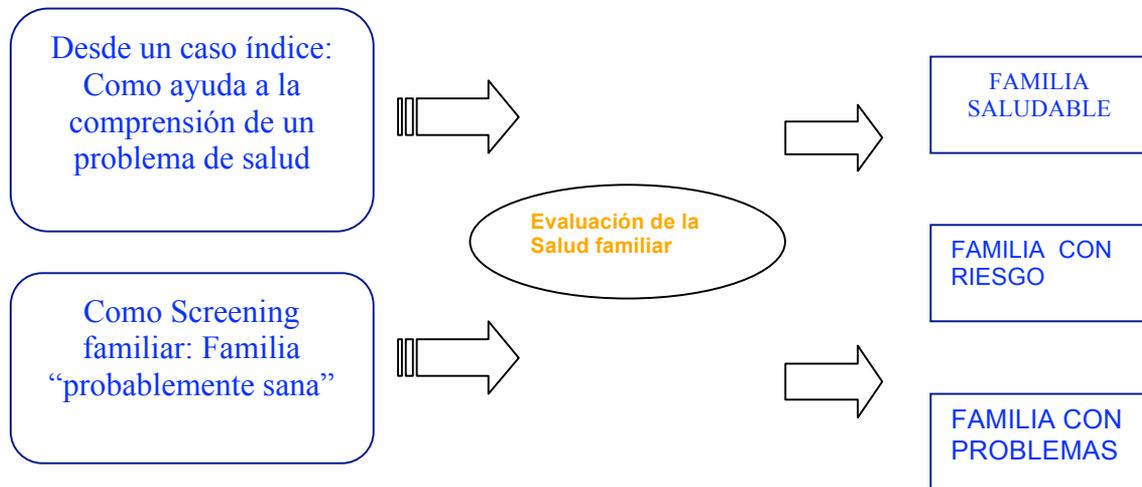
Al comenzar a trabajar con familias el equipo tiende a focalizar las acciones en familias con mayor daño en salud, con dificultad de observar resultados de las acciones que se implementan y ponen los mayores esfuerzos en un número limitado de casos con el consecuente desgaste de los equipos. La experiencia les enseña la ventaja de introducir acciones anticipatorias en grupos de riesgo y descubren los ámbitos en que sus intervenciones producen mayor impacto.

¿Comenzar con las familias de más riesgo o con las de menor riesgo?

Es inevitable comprometerse con las familias que presentan más problemas, siempre buscando ayudar; sin embargo muchas veces las familias de más riesgo consumen las mayores energías y esfuerzos de los equipos. Cuando la experiencia de los equipos para el trabajo con sistemas familiares es muy incipiente, comenzar a desarrollar las habilidades con familias de bajo riesgo o más susceptibles a las intervenciones, permite a los equipos ganar confianza, lograr resultados, poder evaluar la intervención y descubrir los múltiples beneficios de un enfoque centrado en la familia. Un caso típico de esto es trabajar con las parejas que esperan un hijo y actuar anticipatoriamente a las crisis, de manera de establecer los ambientes propicios para el adecuado desarrollo del niño (a) que va a nacer.

Pero como eludir los casos más severos, que están priorizados en la mayoría de las orientaciones programáticas, no es ético, los equipos deben aprender a establecer objetivos factibles de alcanzar, privilegiar la acción sobre los miembros más susceptibles al cambio, acudir a las redes sociales y generar estrategias multisectoriales, que aumenten la probabilidad de obtener los resultados esperados.

¿Cuáles son las formas de aproximación a la salud familiar?



Una forma de aproximación es desde un caso índice, a partir de la identificación de una situación problema que ha generado una consulta.

Una segunda forma es a partir de un tamizaje de familias sin un problema evidenciado, recién inscrita en el Centro o que asiste por controles de salud.

Dicha evaluación utiliza con mayor frecuencia el modelo de factores de riesgo y factores protectores, combinado con el de ciclo evolutivo de las familias y sus crisis y dada su complejidad tiene presente la incertidumbre propia de los diagnósticos del ámbito psicosocial.

¿Hasta dónde evaluar y hasta dónde intervenir?

El tener presente la autonomía y la libertad de las personas ayuda a los equipos a situarse frente a las necesidades desde una perspectiva respetuosa, en equilibrio con la responsabilidad social de proteger a quienes están en riesgo y fortalecer sus recursos. La duda surge cuando lo que el equipo percibe como problema no está en consonancia con lo que la persona o la familia percibe. Intentar trabajar un problema del cual no se es consciente pone una dificultad adicional al equipo y las resistencias pueden ser lo suficientemente altas como para generar frustración en los responsables de la intervención. Poner la prudencia como virtud ante aquello que parece más complejo.

¿Cómo convocar a la familia?

Lo ideal es convocar a una "reunión", de manera de no generar temores en las personas. Es necesario explicar de manera clara los objetivos de la convocatoria, y la familia en conjunto con el o la profesional tratante, define el problema, diseña el plan de intervención y seguimiento. De esta manera se genera mayor adhesión y compromiso con el afrontamiento del problema en cuestión.

Un elemento relevante es evitar cualquier señal de alianza emocional con algún integrante de la familia, ya que esto produce resistencias, temores e incertidumbre en los demás integrantes.

¿Se puede hablar de alta familiar?

El concepto de alta surge desde lo biomédico, sin embargo en el trabajo con familia en Atención Primaria, la meta es promocionar la salud, fortalecer o restablecer sus capacidades y en general contribuir a mantener la salud de la familia durante todo su ciclo vital, por lo tanto el concepto tradicional no es aplicable.

La intervención familiar puede ayudar a resolver un problema específico y cuando esto ocurre concluye la intervención, pero en muchas ocasiones el problema persiste y la familia aprende a integrarlo a su vida cotidiana.

¿Qué no hacer con las familias?⁷³

Ignorarlas.

Menospreciar el valor del vínculo.

Juzgar, evaluar en función de los propios valores. Estigmatizarlas.

Imponer decisiones.

No darse el tiempo de escuchar y acoger.

Abandonarlas, perdiendo de vista el seguimiento de los problemas.

⁷³ Hidalgo, C., Carrasco, E. (1999) Salud Familiar. Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria

NIVELES DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS de Doherty y Baird

	Niveles de intervención	Capacidad del profesional
1.-	Mínimo énfasis en la familia	Técnicas básicas de comunicación, escuchar
2.-	Proporcionar información continua y dar consejería informativa <ul style="list-style-type: none"> • comunica información • escucha atentamente sus preguntas e inquietudes • involucra la colaboración de la familia en su plan de manejo 	Conocimiento básico del desarrollo familiar
3.-	Entendimiento de los aspectos afectivos de la familia : <ul style="list-style-type: none"> • sentimientos y apoyo • realiza apoyo emocional • comunica con la familia sobre sus sentimientos, inquietudes y cómo podrían afectar la familia 	Conocimiento del desarrollo familiar, de las reacciones familiares a situaciones de estrés <ul style="list-style-type: none"> • capacidad de atender • capacidad de responder a signos sutiles de necesidades emocionales • autoconocimiento de sus relaciones con pacientes y familias
4.-	Evaluación sistemática de la función familiar e intervención planificada <ul style="list-style-type: none"> • planifica una intervención diseñada para ayudar a la familia a enfrentar sus problemas. Ej. redefinición del problema y nuevas maneras de enfrentar dificultades 	Conocimiento de la teoría de sistema aplicada a la familia y de los modelos de disfunción familiar <ul style="list-style-type: none"> • capacidad de realizar entrevista familiar • capacidad de manejo de grupo
5.-	Terapia familiar <ul style="list-style-type: none"> • realiza una intervención terapéutica con familias disfuncionales 	Capacidad de intervención en el funcionamiento de la familia

Instrumentos de abordaje familiar, útiles en los cuidados primarios



1.- Elaboración del Genograma

Se recomienda plasmar 3 o más generaciones 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".

Las familias se repiten a sí mismas, lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, a pesar que la conducta pueda tomar una variedad de formas.

El genograma:

- ◆ Facilita creación de vínculos con los pacientes y empatizar con ellos
- ◆ Combina información biomédica y psicosocial
- ◆ Permite comprender al individuo en su contexto familiar
- ◆ clarifica patrones transgeneracionales de enfermedad y de conductas problemáticas
- ◆ Sitúa el problema actual en un contexto histórico
- ◆ Ayuda al paciente a entender su propia dinámica familiar
- ◆ Tiene valor diagnóstico, pero también un gran valor terapéutico
- ◆ Es una forma visual de resumir rápidamente los antecedentes familiares.

En salud familiar interesa graficar a todas las personas que son reconocidas como parte de la familia, aunque usualmente se limita a los miembros que viven y comparten una vivienda, con el objeto de facilitar el trabajo con la familia.

El genograma básico tiene símbolos estandarizados tanto para el sexo de la persona como para las relaciones generacionales. Para cada miembro se registra: nombre, fecha de nacimiento, problemas de salud, oficio o profesión, escolaridad, factores de riesgo y protectores. Estos datos son relativamente estables.

Se pregunta por al menos tres generaciones para ampliar la posibilidad de descubrir patrones familiares de conducta o enfermedad.

Completar un genograma básico toma 5 a 10 minutos. No es necesario completar todos los datos durante la primera visita; 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.

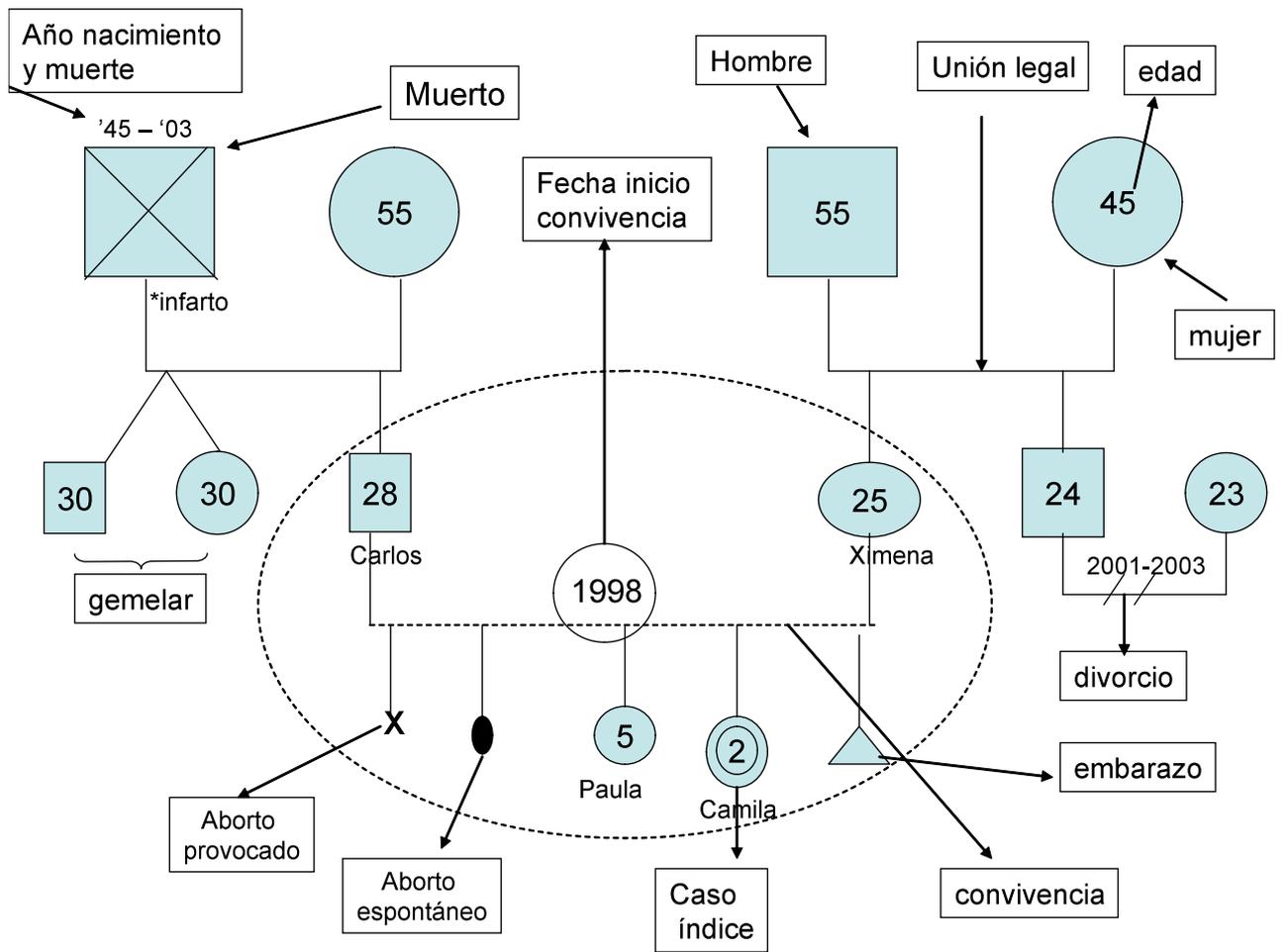
Elaborar un genograma supone tres niveles: Trazado de la estructura familiar, registro de la información sobre la familia y descripción de las relaciones familiares.

a. Trazado de la estructura familiar. La base es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí de

una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

Los símbolos que se utilizan para la construcción de los genogramas.

- ◆ Cada miembro está representado por un cuadrado si es varón o un círculo si es mujer.
- ◆ El "caso índice" es representado con doble línea en el cuadrado o círculo.
- ◆ Para una persona fallecida se coloca una "X" dentro del cuadrado o círculo. Las figuras en el pasado distante (más allá de tres generaciones), no se marcan ya que están presumiblemente muertas.
- ◆ Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por los siguientes símbolos.
 - a. Embarazo: Triangulo
 - b. Parto de un feto muerto: Cuadrado o círculo con una cruz en su interior
 - c. Aborto espontáneo: Circulo negro
 - d. Aborto provocado: Cruz
- ◆ Las relaciones biológicas y legales entre los miembros de las familias representan por líneas que conectan a dichos miembros. Si una pareja convive pero no están casados se utiliza una línea de puntos.
- ◆ Las barras inclinadas significan una interrupción del matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio.
- ◆ Los matrimonios múltiples pueden representarse de la siguiente manera:
 - **Un marido con varias esposas:** Se une el actual matrimonio con una línea recta y los anteriores con una línea que tangencialmente es cortada por otras dos.
 - **Cada cónyuge tuvo varios consortes:** Se une el actualmente matrimonio con una línea recta y los anteriores matrimonios se unen con líneas rectas que tangencialmente son cortadas por otras dos.
- ◆ Si una pareja tiene varios hijos, la figura de cada hijo se coloca conectada a la línea que une a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda a derecha desde el mayor al más joven.
- ◆ Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres.
- ◆ Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres.
- ◆ Para indicar los miembros de la familia que viven en el hogar inmediato, se utiliza una línea punteada para englobar a los miembros que convenga.



b. Registro de la información sobre la familia

Una vez que se ha trazado la estructura familiar podemos comenzar a agregar información sobre la familia:

- ◆ Información demográfica: Incluye edades, fechas de los nacimientos y muertes, ocupaciones y nivel cultural. Se ponen en el interior del círculo (mujeres) o cuadrado (hombres) la edad. Si han fallecido además se cruzaran interiormente con una cruz.
- ◆ Información sobre el funcionamiento: La información funcional incluye datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de distintos miembros de la familia. La información recogida sobre cada persona se sitúa junto a su símbolo en el genograma.
- ◆ Sucesos familiares críticos: Incluyen cambios de relaciones, migraciones, fracasos, y éxitos. Estos dan un sentido de continuidad histórica de la familia. Los hechos críticos de la vida están registrados en el margen del genograma o, si fuera necesario, en una hoja separada.

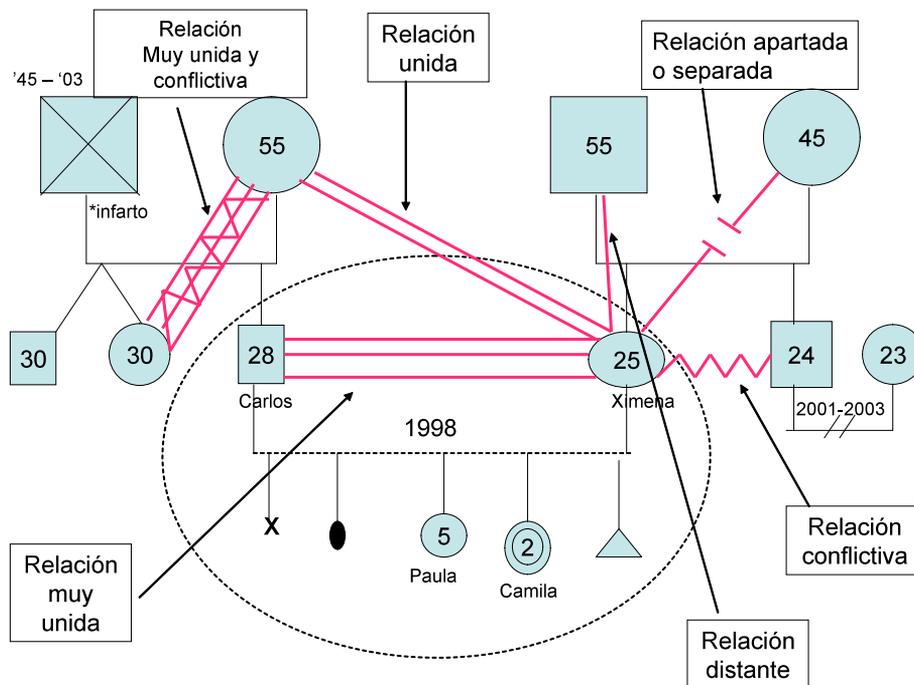
c. Descripción de las relaciones familiares.

El tercer nivel en la construcción del genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia. Dichas descripciones están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

Como las pautas vinculares pueden ser bastantes complejas, resulta a menudo útil representarlas en un genograma aparte.

A continuación se expone la representación gráfica de distintos tipos de relaciones:

- Fusionados o Muy Unidos: Tres líneas paralelas.
- Unidos: Dos líneas paralelas.
- Distantes: Una línea.
- Apartados: Una línea cortada tangencialmente por otra línea.
- Conflictivos: Una línea quebrada que une a los dos individuos.
- Fusionados Conflictivos: Tres líneas paralelas que en su interior contiene una línea quebrada.



◆ **¿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. Se establecen categorías que sirven de pauta aunque se presenten por separado, las categorías suelen superponerse unas con otras.

Categoría 1: Composición del hogar: Un vistazo a la estructura del genograma suele mostrar la composición de la familia, es decir, si es una familia nuclear intacta o extendida, una familia monoparental o biparental, una familia que volvió a casarse, una familia de tres, etc.

Se debe analizar la **constelación fraterna**: La posición fraterna puede tener una particular importancia para la posición emocional de una persona dentro de la familia de origen y en las futuras relaciones con su cónyuge e hijos. A menudo, los hijos mayores sienten que son especiales y en particular responsables de mantener el bienestar de la familia o de continuar con la tradición familiar. Del hijo mayor siempre se esperan grandes cosas.

Al hijo menor quizá se le trate como al "bebé" de la familia y puede estar acostumbrado a que otros se ocupen de él. Los más jóvenes pueden sentirse más libres y menos cargados con la responsabilidad familiar.

Es común que los hijos del medio muestren características ya sea de hijo mayor, de hijo menor o de ambos combinadas. Con frecuencia, un hijo del medio, a menos que él o ella sean el único varón o la única mujer, debe luchar para obtener un rol en la familia.

La posición fraterna puede predecir algunas dificultades maritales.

El género es otro factor importante en la interpretación de las configuraciones de la constelación fraterna en un genograma. Por ejemplo, un chico con todas hermanas tendrá mucha experiencia con las niñas pero muy poca con los varones y viceversa. Dichas experiencias pueden afectar también la compatibilidad marital.

Otro factor para comprender las constelaciones familiares es la diferencia de edad entre hermanos. Una regla práctica es que cuanto mayor es la diferencia de edades, menor es la experiencia de hermanos que posiblemente hayan tenido. Por lo general, los hermanos con una diferencia de edad mayor de seis años son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

Es importante no tomar las hipótesis sobre la constelación fraterna en forma demasiado literal. La investigación empírica en este terreno no es concluyente porque existen muchos otros factores que pueden modificar o moderar la influencia de la constelación fraterna.

Categoría 2: Adaptación al ciclo vital: Esta categoría implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se está adaptando una familia. El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permite ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normalizadas. De no ser así, se puede seguir investigando las posibles dificultades al manejar esa fase vital del ciclo evolutivo de la familia.

Por lo tanto, es importante observar en el genograma aquellas edades que difieran mucho de la norma para su fase del ciclo vital. Las fechas de nacimientos, muertes, abandono del hogar, de casamiento, separación y divorcio que aparecen en el genograma son muy útiles a este respecto. Por ejemplo, el hecho que tres hijos en una familia se casaran por primera vez pasados los cincuenta años podría indicar algunos problemas para dejar el hogar y formar relaciones íntimas. Puede ser significativo explorar los motivos de elección en una pareja con una marcada diferencia de edad: él 25 años y ella 48, por ejemplo. Una mujer que tiene su primer hijo a los 43 años, un hombre que se convierte en padre a los 70 años, o una familia donde todas las hijas, ya adultas, permanecen solteras y en el hogar, todo esto sugiere sistemas donde las desviaciones en el patrón normativo del ciclo vital merecen un mayor estudio.

Categoría 3: Repetición de pautas a través de las generaciones: Dado que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, el profesional debe estudiar el genograma para tratar de descubrir pautas que se hayan ido repitiendo a través de las generaciones.

El funcionamiento de los miembros de una familia puede repetirse a través de las generaciones. En dichos 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.

A menudo, el problema que presenta la familia habrá ocurrido en generaciones previas. Varias pautas sintomáticas, tales como alcoholismo, incesto, síntomas físicos, violencia y suicidio tienden a repetirse en las familias de una generación a otra. También se pueden identificar pautas multigeneracionales de éxito o de fracaso. A veces ocurre que una generación presenta una pauta de funcionamiento de éxito y la siguiente de un notable fracaso.

Las pautas vinculares de proximidad, distancia, conflicto, etc. también pueden repetirse de una generación a otra. Un ejemplo de dicha repetición sería una familia donde la madre y el hijo mayor en cada generación poseen una alianza especial mientras que el padre y dicho hijo mantienen una relación conflictiva negativa.

Es común que las pautas familiares de "funcionamiento" y de "relación" se intensifiquen cuando una estructura se repite de una generación a la otra. Cuando buscamos una repetición en el funcionamiento y las relaciones, también buscamos la repetición de la estructura familiar. Por ejemplo, una madre que es la menor de tres hermanas es probable que se identifique con su hija menor si ella también tiene tres hijas.

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.

Los cambios, transiciones y traumas críticos de la vida pueden tener un impacto dramático sobre un sistema familiar y sus miembros. Hay que prestar particular atención al impacto de las pérdidas, ya que es más probable que una familia tenga dificultades para reajustarse después de una pérdida que de cualquier otro cambio en la familia.

El estudio del impacto de los hechos familiares debe darse dentro del contexto de las expectativas normalizadas. Se debe considerar la estructura familiar pero también las edades en el momento del hecho. Así, el cómo se ven afectados los hijos por un suceso crítico tal como la muerte de uno de los padres depende de su nivel de desarrollo emocional y cognoscitivo, ya que un hijo mayor tendrá una experiencia distinta de la de un hijo menor.

Un hecho en particular traumático para una familia es la muerte de un niño pequeño. Al estudiar los genogramas de personas famosas, se observa que muchas de ellas habían nacido un poco antes o después de la muerte de un hermano: a veces la muerte de un hijo hace que el hijo sobreviviente sea más "especial" para los padres.

Un suceso "bueno" también puede tener un poderoso impacto sobre la familia. En muchas familias, la fama de un individuo tiene profundas repercusiones para los otros miembros de la familia; a menudo, los hijos de la siguiente generación tienen un difícil legado: "una tarea dura a seguir"

Ciertas "coincidencias" de hechos pueden comprenderse como "reacciones de aniversario"; es decir, los miembros de una familia reaccionan ante el hecho de que la fecha es el aniversario de algún suceso crítico o traumático.

Por ejemplo, un miembro de una familia puede deprimirse para la misma época del año alrededor de la fecha cuando murió uno de sus padres o un hermano, a pesar de que a menudo esa persona no realiza una conexión consciente.

Es importante relacionar los sucesos familiares que aparecen en el genograma con el contexto social, económico y político en el cual ocurren. Un suceso que tiene gran impacto sobre una familia es la emigración. Una familia que emigra en medio de los años en que la madre se dedica a tener hijos puede tener dos grupos diferentes de hijos: aquellos que nacieron antes y los que nacen después de la emigración. 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 diada y otra igualmente común son los triángulos. Se puede considerar a la familia como un conjunto de triángulos entrelazados.

Dentro de las pautas que podemos observar son aquellas que se repiten de generación en generación, entre padres e hijos, entre parejas, en familias divorciadas y vueltas a casar, en familias con hijos adoptivos, etc.

El genograma nos permite inferir posibles triángulos sobre la base del conocimiento de las relaciones familiares y puede orientar la intervención para destriangulizar a los miembros de una familia atrapados en pautas rígidas que les impidan diferenciarse.

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.

Existen varias posibilidades para el análisis, por ejemplo desde la estructura familiar, los roles, el nivel y estilo de funcionamiento, los recursos. Todos ellos permiten construir hipótesis acerca de los mecanismos de adaptación que ha desarrollado la familia frente a distintos niveles de desequilibrio.

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 empezarlo?

- ◆ 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 screening de cinco preguntas cerradas. Refleja la percepción del paciente 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. El instrumento en castellano mide con sus preguntas en el orden la adaptabilidad, la participación, el desarrollo, la capacidad de resolución y la afectividad.

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. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me perturba.			
2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute áreas de interés común y comparte los problemas resolviéndolos conmigo.			
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de hacer nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.			
4. Estoy de acuerdo en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos (angustia, amor y pena).			
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.			

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.

APGAR FAMILIAR validado en castellano en una población de Chile
(Ramón Florenzano y colaboradores)

	Casi nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

Categorías de funcionalidad familiar:

Familias altamente funcionales (7 a 10 ptos)

Familias moderadamente funcionales (4 a 6 ptos) y

Familias severamente disfuncionales (0 a 3 ptos).

Los resultados obtenidos a través 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.

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.

5.- 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.	Presenting problem	Problema actual
R.	Roles and structure	Roles y estructura
A.	Affect	Afecto
C.	Communication	Comunicación
T.	Time in life cycle	Etapas del ciclo vital
I.	Illness in family	Enfermedades (anterior y actual)
C.	Coping with stress	Enfrentando el estrés
E.	Ecology	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. Etapas 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.

viene de mapa de redes: Las redes cumplen básicamente funciones de apoyo social definido como la ayuda y asistencia intercambiada a través de las relaciones sociales y transacciones interpersonales que se materializa de cuatro formas de apoyo:

- ◆ **emocional:** apoyo, amor, confianza y cuidado.
- ◆ **instrumental:** provisión de servicios tangibles en caso de necesidad
- ◆ **informativo:** consejos, sugerencias o información que una persona puede usar para resolver sus problemas
- ◆ **evaluación:** provisión de información que resulta útil para efectos de auto evaluación como por ejemplo, críticas constructivas.

Diversos estudios han puesto en evidencia la relación entre la falta de apoyo social y morbi- mortalidad (Berkman & Glass, 2000). Donde se ha estudiado con mayor profundidad es el área cardiovascular donde diversos estudios muestran una clara relación entre aislamiento social y una mayor incidencia de accidente vascular e infarto al miocardio (separando aquellas variables confundentes) (Marmot, 2000).

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

- ◆ **Reciprocidad:** nivel en que los recursos y el apoyo son dados y recibidos en una relación.
- ◆ **Intensidad:** 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.

4.- Enfoque de Riesgo: Modelo de Factores Protectores y de Riesgo

Otro elemento de conocer a la población objetivo es identificar los factores protectores y de riesgo.

Los **factores de riesgo** son condiciones o aspectos biológicos, psicológicos o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Los **factores protectores** aluden a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985). Un factor protector puede ser también una cualidad o característica individual no relacionada con la experiencia, como por ejemplo, las niñas parecen ser menos vulnerables que los niños a ciertos riesgos psicosociales.

Según Werner (1993) los factores protectores operarían a través de tres mecanismos:

- ✓ Modelo compensatorio: los estresores y las características individuales se combinan aditivamente en la predicción de una consecuencia, y el estrés severo puede ser contrarrestado por cualidades personales o redes de apoyo.
- ✓ Modelo del desafío: el estrés es tratado como un potencial estimulador de competencia (cuando no es excesivo).
- ✓ Modelo de inmunidad: hay una relación condicional entre estresores y factores protectores. Estos modulan el impacto del estrés en calidad de adaptación, pero pueden tener efectos no detectables en ausencia del estresor.

La familia comunica estilos de vida o de relacionarse ya sea saludables (protectoras) o patógenas (de riesgo). Las conductas de riesgo son acciones pasivas o activas que acarrear consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo.

De palm de cuidadosLa integración de los enfoques clínicos se produce al sistematizar la aproximación a la decisión de cuánto relacionarse con las familias. Al respecto, se han descrito distintos niveles de intensidad de acuerdo al problema de salud que se esté enfrentando:

1. En general se acepta lo siguiente:

Ámbito	Afrontamiento
Casos agudos predominio biológico	Manejo habitual
Casos agudos o crónicos resistentes al manejo habitual	Indagar en aspectos psicológicos, familiares o sociales desde la perspectiva de quien lo sufre.
Casos crónicos y/o de predominio psicosocial	Trabajar con la familia como sistema
Preventivos	Individual e intencionar el enfoque familiar

2. Pegar Duball y Bair

3.-Modelo para mejorar el cuidado de enfermos crónicos (E.Wagner).

El problema fundamental del enfrentamiento de las enfermedades crónicas está en el diseño del sistema. Las intervenciones tradicionales (Consultas y controles, educación, medicamentos) no han logrado resolver estos problemas, especialmente si se dan en forma aisladas⁷⁴. La atención no mejorará con agregar más estrés al sistema actual. Los sistemas actuales no sirven, debemos cambiar la atención⁷⁵.

¿Cómo podemos mejorar el cuidado de personas con enfermedades crónicas?

El paciente con condición crónica requiere:

- 1.- continuidad en el cuidado, a través de equipos de cabecera, herramientas tecnológicas (ficha clínica electrónica, sistema telefónico)
- 2.- Estrategias educativas innovadoras (módulos educativos presenciales o a distancia).
- 3.- Equipos que lleven la evidencia científica a la práctica.
- 4.- Seguimiento en el caso de hospitalización o consulta de urgencia.

Modelo para el cuidado de personas con condiciones crónicas ⁷⁶.

Es un sistema efectivo de entrega de cuidado para: la mejora de la calidad, lograr los mejores resultados, controlar los costos y dar énfasis en investigar la evidencia. Las metas son mejorar resultados clínicos, de satisfacción y costos, alcanzar la seguridad y lograr relaciones continuas a través de interacciones entre equipos preparado y proactivo y personas informadas y activas.

Este modelo teórico propone promover el desarrollo de conductas saludables en las personas, potenciando las acciones para el cuidado de la salud integral, más que solo tratar la enfermedad. Fortaleciendo la responsabilidad y toma de decisiones, ubicando a la persona y familia en el centro de la atención, otorgándole un mayor protagonismo en el cuidado de su salud y en la decisión del uso de los servicios de atención.

⁷⁴ Interventions to improve patient adherence with medications for Chronic Cardiovascular Disorders. Special report. BlueCross BlueShield Association. 2003.

⁷⁵ Stephen J. Spann, M.D., M.B.A. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

⁷⁶ Wagner et al: Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs 20 (6):64-78, 2001.

Propone establecer una relación cercana y estable entre las personas, sus familias y el equipo de profesionales en todo el proceso salud – enfermedad. No basarlas solo en contactos cara a cara, incorporar tecnologías de contactos virtuales y permanentes. Uso del teléfono, web, sistemas de control remoto, etc. Estos aspectos están relacionados con la efectividad en el tratamiento y son más fáciles de controlar en programas articulados con seguimiento de casos, administración del cuidado y equipos de cabecera. Principalmente porque el paciente con condición crónica requiere: cambios en su estilo de vida, desarrollo de destrezas para el automanejo, habilidades en la toma de decisiones, educación, participación, aspectos de mayor complejidad, difíciles de abordar en el modelo tradicional.

Es un modelo que establece cambios descritos los siguientes cambios:

<i>Desde</i>	<i>Hacia</i>
Unidades de cuidados	Cuidados integrados en red
Contactos esporádicos	Cuidado continuo
Basado en enfermedad	Basado en la Persona
Pasivo	Proactivo
Centrado en el diagnóstico	Centrado en resultado
Intervenciones simples	Intervenciones complejas (equip interdisciplinario, teléfono, internet, email).
Baja participación del paciente	Decisiones compartidas y autocuidado

Adaptado * Wagner EH Effective Clinical Practice 1998;1: 2-4

El sistema opera en base a las siguientes líneas estratégicas:

- ◆ Identificar a los pacientes estratificar el riesgo y rastrear la población.
- ◆ Entregar medicina de alta calidad, basada en la evidencia.
- ◆ Proveer educación en el automanejo.
- ◆ Medir los resultados definidos.
- ◆ Esforzarse continuamente por mejorar.

Seis Elementos Esenciales⁷⁷ del Modelo de Crónicos:

1. **Recursos y políticas de la comunidad.** Conocer recursos, generar vínculos de participación. Club del adulto mayor, grupos de auto ayuda, programas de actividad física, alianzas con organizaciones comunitarias, promover políticas orientadas a mejorar la atención
2. **La organización prestadora de servicios:** Soporte a la mejora; dirección. Metas claras, políticas, organización, procedimientos, plan comercial y planificación financiera. Líderes, expertos clínicos operacionales y visibles. Crear cultura de calidad, seguridad. Incentivos basados en la calidad. Colaboración y coordinación dentro y entre organizaciones.
3. **Apoyo para el automanejo**⁷⁸. Empoderar a la persona, definición del problema en conjunto, consensuar plan de cuidados, objetivos, metas. Desarrollo habilidades y apoyo. Cambio de conducta y toma de decisiones. Apoyo continuado personalizado. Ayudando colaborativamente a pacientes y sus familias adquirir las destrezas y confianza para manejar sus propias enfermedades crónicas, dándoles herramientas de automanejo: tensiómetros, glucómetros, dietas, acceso a recursos comunitarios, etc. El paciente establece una meta a corto plazo, identifica barreras que pueden impedir su alcance, propone como va a sobrepasar esas barreras, expresa su nivel de autoconfianza en poder alcanzar esta meta. Se desarrolla un plan de seguimiento para evaluar su progreso hacia su meta.
4. **Diseño del sistema de atención:** creación de equipos multidisciplinarios con clara división de labor, separando la atención de pacientes agudos del manejo planificado de pacientes con condiciones crónicas. El médico trata pacientes con problemas agudos, y pacientes con condiciones crónicas complejas. El personal no-médico apoya el automanejo de pacientes, arregla tareas rutinarias y asegura el seguimiento apropiado. Interacciones planificadas. Tecnologías innovadoras. Adaptaciones a la cultura de las personas. Gestión de casos, recordatorios, seguimiento telefónico. Consultas planificadas son un aspecto importante del rediseño de los procesos de atención
- 5.- **Apoyo a las decisiones:** guías clínicas basadas en la evidencia proveen normas para optimizar la atención crónica y deben ser integradas en la práctica cotidiana mediante recordatorios.

⁷⁷ Ed Wagner MD, MPH MacCollInstitute for Healthcare Innovation Group Health Cooperative Improving Chronic Illness Care, a national program of The Robert Wood Johnson

⁷⁸ Bodenheimer T., Wagner E., Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illnes. JAMA 2002; 228:1175-1179
Piatt G., Orchard T., Emerson S et al. Translating the cronic Care Model Into the Community. Diabetes Care 29:811-817,2006.

6.- **Sistemas de informática clínica:** Sistemas recordatorios que ayudan al equipo de salud a cumplir con las guías clínicas. Proveen retroalimentación a los médicos en cuanto a su actuación/rendimiento referente a ciertas medidas (HgbA1c, lípidos en diabéticos). Crean registros de pacientes para planificar la atención a nivel individual y poblacional (todos los pacientes con esa enfermedad)

Los registros son listas de pacientes con condiciones específicas (pacientes de un médico, pacientes de un centro de salud). Allí se graba el cumplimiento con todas las normas, y los resultados de ciertas pruebas (TA, HgbA1c, lípidos, fecha del último examen de pies, etc.). Un registro puede estar ligado al sistema de apoyo de decisiones y generar recordatorios al equipo sobre intervenciones necesarias.

Los resultados de este modelo han sido validados con estudios randomizados para personas con diabetes, HTA, insuficiencia cardíaca, asma. Produciendo mejores resultados clínicos, disminución de hospitalizaciones, disminución de costos y aumento de su autocontrol⁷⁹. En todos ellos hacen mención a la importancia del control y el seguimiento.

Los equipos que implementan el modelo de salud familiar y en especial los que están a cargo del cuidado de pacientes con patología crónica requiere establecer un sistema de seguimiento.



Para complementar esta lectura le sugerimos la revisión del anexo 4

⁷⁹ Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 74(4)511-44.1996.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA.* 288(14)1775-9. 10/9/2002.-- Part Two. *JAMA* 288(15)1909-14. 10/16/2002.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs.* 20(6) 64-78. Nov-Dec 2001.

Wagner EH. Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1(1)2-4. Aug-Sept 1998.

4.- Herramientas de soporte para trabajar con familias y pacientes crónicos

a) Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es un tipo de entrevista centrada en el paciente, que busca ayudar a explorar y resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos, intenta aumentar la conciencia de los pacientes sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto.

La primera estrategia de la entrevista motivacional consiste en realizar una aproximación al paciente que le permita posicionarse respecto al hábito insano. Logra situar al paciente en una etapa en el continuo del cambio y permite el empleo de estrategias comunicacionales adaptadas a cada necesidad. Posteriormente, persigue promover una toma de conciencia por parte del paciente de un hábito insano, aumentando los niveles de contradicción, entre sus creencias y sus actos y, por tanto, aumentando los niveles de conflicto. Por último trata de ayudar a hacer efectiva la voluntad que puede emerger de las sucesivas entrevistas que se mantengan con cada persona. No se aboca a la entrega de información como motor que promueve el cambio, sino que busca centrarse en la persona ayudándola a aumentar la conciencia en los riesgos de su salud, en los beneficios que obtendrían al cambiar y en las capacidades que tiene para hacerlo (Lyzarraga & Ayarra, 2001).

Utiliza el Modelo de Etapas del Cambio ya sea en pacientes o instituciones. Esto dado que se ha demostrado que los individuos responden mejor ante intervenciones adaptadas a la etapa del cambio en que se encuentren. Los profesionales de la salud deben jugar un rol activo y facilitar al usuario el avance hacia el siguiente estadio, considerando que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. La forma de favorecer el avance de estos usuarios a la siguiente etapa es utilizando **técnicas para incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio**, tales como:

Etapa de precontemplación: el profesional de salud debe incrementar el nivel de contradicción referente a su conducta insana para que afloren motivos de preocupación.

Etapa de contemplación: el profesional podría sugerir al usuario utilizar un diario de salud para recoger la información semanal de la conducta y confeccionar una hoja de balance en donde se registre las razones para continuar igual y las razones por las que desea el cambio.

Etapa de determinación hacia el cambio: conviene evaluar el nivel de compromiso para el cambio, por lo que se sugiere que el usuario redacte una carta de compromiso y lo verbalice, lo cual aumenta las posibilidades de éxito.

Etapa de acción: instancia para ofrecer apoyo e información constante.

Etapa de mantenimiento: el objetivo en esta etapa es desarrollar conjuntamente habilidad es de afrontamiento para consolidar la nueva conducta: "¿Qué harás cuando te ofrezcan tabaco?"

Etapa de recaída: lo fundamental en esta última etapa es desarrollar habilidades de afrontamiento y un adecuado sentimiento de autoestima.

Otro factor que se debe considerar al momento de planificar una entrevista motivacional junto con el diagnóstico de la etapa de cambio en que se encuentra la persona, son los factores que explican que la persona se encuentre en determinada etapa, **Modelo PRECEDE**⁸⁰

Este modelo desarrollado por Green, entrega elementos que permiten organizar este proceso de valoración y plantea que existen tres tipos de factores a considerar que son claves respecto de los ámbitos en que el profesional puede y debe intervenir:

Predisponentes son aquellos que influyen en la motivación de la persona para realizar la conducta que se pretende promover.

Facilitadores son los que influyen en el grado de facilidad o dificultad que la persona va a tener para realizar la conducta, una vez motivado para hacerla. Se concretan en:

Reforzantes, son los que aparecen después de que el usuario haya realizado la conducta, "premiándola" o "castigándola".

En la entrevista motivacional se utilizan **técnicas motivacionales** para establecer una relación y comunicación efectiva entre el prestador y el usuario. Para esto las actitudes y atributos del entrevistador que faciliten la comunicación con el usuario son las descritas por Carl Rogers⁸¹, y son:

- ◆ Empatía: ponerse en el lugar del otro, sentir el mundo interno del otro (sin asumirlo como propio) entenderlo y comunicárselo.
- ◆ Autenticidad: es la congruencia entre lo que se piensa, se siente y se hace. Implica tener conciencia de los propios sentimientos y tener un alto nivel de autoconocimiento.
- ◆ Aceptación incondicional: acoger al otro tal cual es, como un legítimo otro, sin juzgarlo y renunciando a imponer nuestra racionalidad.

⁸⁰ **P.R.E.C.E.D.E.**: P (Predisposing o Predisponentes), R (Reinforcing o Reforzantes), E (Enabling o Facilitadores), C (Causes o Causas), E (Education o Educacional), D (Diagnosis o Diagnóstico), E (Evaluation o Evaluación).

⁸¹ Rogers, CR; Kinget, GM (1967) Capítulo V El terapeuta. En Psicoterapia y relaciones humanas. Alfaguara, Madrid. Pp111-131

b) Modelo de Cambio de Conducta

El modelo transteórico⁸² Transtheoretical Model (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) es un modelo de integración de la modificación de comportamientos de etapas de cambio de Prochaska y Di Clemente⁸³ Describe cómo las personas modifican un problema de comportamiento o adquirir un comportamiento positivo. El organizador central de la construcción es el modelo de etapas de cambio. Se entiende el cambio como un proceso cíclico, donde las etapas se traslapan y la progresión también incluye regresiones a etapas anteriores. Se incorpora el factor tiempo. Es un modelo de cambio intencional, se centra en la toma de decisiones de la persona.

Etapas del cambio

1. precontemplación
2. contemplación,
3. decisión,
4. acción,
5. mantenimiento y terminación

Etapas de cambio

1.- **Precontemplación** es la etapa en la que las personas no tienen intención de adoptar medidas en un futuro previsible, por lo general medido como los próximos seis meses. La gente puede estar en esta etapa porque están mal informados o insuficientemente informados de las consecuencias de su conducta, o han tratado de cambiar un número de veces y están desmoralizados acerca de su capacidad de cambio. Ambos grupos tienden a evitar leer, hablar o pensar acerca de sus comportamientos de alto riesgo. Con frecuencia se caracterizan en otras teorías como resistentes o desmotivados o no listo para programas de promoción de la salud.

2.- **Contemplación** es la etapa en la que las personas tienen la intención de cambiar en los próximos seis meses. Son más conscientes de las ventajas de cambiar, pero también son muy conscientes de los contras. Este equilibrio entre los costos y los beneficios de los cambios puede producir profunda ambivalencia que mantienen a las personas atrapadas en esta etapa durante largos períodos de tiempo. A menudo caracterizan a este fenómeno como la contemplación crónica.

3.- **Preparación** es la etapa en la que las personas tienen la intención de adoptar medidas en el futuro inmediato, por lo general el próximo mes. Tienen normalmente algunas importantes medidas adoptadas en el último año. Estas personas tienen un plan de acción, tales como la educación para la salud que entran a una clase, la consulta de un consejero, hablar con su médico, comprar un libro de auto ayuda o basarse en un enfoque de libre cambio. Deben ser incorporados para la adopción de medidas orientadas al abandono del hábito de fumar, pérdida de peso o ejercicios.

⁸² Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L. Et. Al (1998). Detailed overview of the transtheoretical model overview of the transtheoretical model. extraído de <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>, consultado el 17 de diciembre 2007

⁸³ Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC. When you change. In: Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC (eds). Changing for Good. New York: Avon, 1994, p 36-50.

4.- **Acción** es la etapa en la que las personas han hecho modificaciones específicas abiertas en sus estilos de vida dentro de los últimos seis meses. Dado que la acción se observa, un cambio de comportamiento a menudo se ha equiparado con la acción. No todas las modificaciones de comportamiento cuentan como la acción en este modelo. La gente tiene que alcanzar el criterio de que los científicos y los profesionales están de acuerdo es suficiente para reducir los riesgos de enfermedad.

5.- **Mantenimiento** es la etapa en la que las personas han incorporado la conducta, como hábito de vida, desde hace 6 meses. Están trabajando para prevenir una recaída, pero que no se aplican en los procesos de cambio con la frecuencia que la gente en acción. Se sienten más seguros de que pueden continuar con su cambio.

La recaída es parte del proceso, se puede presentar frente a situaciones de ansiedad, frente al contacto con un grupo que estimula la conducta o tentaciones.

El paso de una etapa a otra, está mediado por los procesos que son descritos por Prochaska & DiClemente (1997)⁸⁴.

Toma de conciencia: La acción es incrementar la información acerca de uno mismo u del problema.

Evaluación del ambiente: Valorar cómo el problema afecta el ambiente físico y social.

Auto evaluación: Valorar y darse cuenta que es cambio es importante para uno mismo como individuo (identidad)

Autoliberación: Proceso que incrementa la capacidad de elegir y requiere la creencia que uno puede ser un elemento esencial en el cambio,

Apoyo interpersonal: Búsqueda y utilización de apoyo social. Aprender a dar y aceptar ayuda. Compartir los problemas con otro.

Contra condicionamiento: Aprender conductas saludables que sustituyan las dañinas

Manejo de refuerzos: Es cambiar las consecuencias que siguen a la conducta problema, para disminuir la probabilidad que ocurra.

Control de estímulos: Evitar los estímulos que potencian el problema.

Recompensa: aprender a darse premios a si mismo cuando la conducta positiva se mantiene.

Compromiso: Ejemplo hago compromisos de no fumar

⁸⁴ Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L. Et. Al (1998). Detailed overview of the transtheoretical model overview of the transtheoretical model. extraído de <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>, consultado el 17 de diciembre 2007

El modelo ya ha sido aplicado a una amplia variedad de problemas en el comportamiento. Esto incluye dejar de fumar, ejercicio, dieta baja en grasas, radón, los ensayos, el abuso del alcohol, el control del peso, el uso de protección para el VIH, el uso de filtros solares para prevenir el cáncer de piel, el uso indebido de drogas, el cumplimiento médico, la mamografía de cribado, y la gestión del estrés.

El éxito en el cambio de conducta requiere pacientes activos y capaces de tomar decisiones⁸⁵. La constitución de un vínculo básico de relación profesional- pacientes es fundamental de toda acción terapéutica. Diferenciar lo que el paciente "puede hacer" de lo que "debería hacer", proponiéndole objetivos realistas y a corto plazo y, al mismo tiempo, ayudándolo a que se adapte a las necesidades del tratamiento aportando creatividad y sentido común.

La alianza terapéutica es la esencia del proceso de cambio, implica: trabajar "con" y "junto" al paciente donde éste sea un participante activo, valorado y respetado, integrarlo como parte esencial del tratamiento y alentarlos para que lo sostenga día a día, meses y años. Un tratamiento efectivo de las enfermedades crónicas requiere un equipo de participantes activos en donde el paciente sea el miembro más importante. Cada contacto entre el profesional y la persona enferma que concurre a la consulta debe ser visto como una oportunidad para la promoción de la salud y el afianzamiento de la alianza terapéutica, que le permitirá al paciente acudir a ella tantas veces como sea necesario. Es notable como, después de muchos años de tratamiento, los mismos hacen referencia a este aspecto como uno de los más relevantes.

Los objetivos fundamentales del profesional de la salud son:

- ◆ Estimular al paciente a expresar sus preocupaciones
- ◆ Facilitarle la participación en la consulta
- ◆ Entregarle toda la información que requiera
- ◆ Darle mayor poder en la toma de decisiones (*empowerment*)
- ◆ Destacar la seriedad de la enfermedad, que la condición es esencialmente automanejable,
- ◆ que ellos tienen la opción y que cambiar es posible.

Las principales competencias del profesional son:

- ◆ Capacidad de ofrecer apoyo y reforzar la autoestima y la autoeficacia
- ◆ Brindar una actitud amplia, humilde y empática.
- ◆ Sostener una actitud no enjuiciadora
- ◆ No reforzar los sentimientos de culpa y fracaso
- ◆ Alentar, ser honesto, sincero y a la vez optimista
- ◆ Saber escuchar en forma activa y reflexiva
- ◆ Es relevante dedicar tiempo a escuchar atentamente lo que el paciente refiere acerca de la importancia
- ◆ Ser realista acerca de sus recursos de tiempo y energía emocional

⁸⁵ Lacroix A, Jacquemet St, Assal JPh. Help your patients to improve self-management: building a therapeutic chain. The DESG teaching letter N° 9, WHO: Division of therapeutic education for chronic diseases. Geneva:1996, p 1-6.

Educación terapéutica es que el paciente sea capaz de controlar su enfermedad día a día, que pueda cambiar actitudes y comportamientos. Tratar que la persona adquiera los conocimientos y experiencia necesaria para manejar su problema en su vida cotidiana, aumentando al máximo la libertad de hablar y pensar acerca de cambiar, en una atmósfera libre de coerción y de la provisión de soluciones prematuras⁸⁶. Las recaídas no deben ser vistas como fracasos, sino como una oportunidad de aprender a partir de los errores, clave del proceso de aprendizaje, y aumentar el compromiso con el tratamiento.

Las intervenciones exitosas y más efectivas en el largo plazo requieren de estrategias múltiples de mucho compromiso y participación por parte del profesional y del paciente. Los pacientes necesitan encontrar sus propias motivaciones y soluciones, y hacerse cargo de sí mismos desde un autocuidado responsable, y nosotros necesitamos darles el poder para hacerlo.

Protocolo de acuerdo a la etapa de cambio⁸⁷

Estado de pre-contemplación	
<p>Meta: El paciente comenzará a pensar en modificar su alimentación y actividad física.</p> <p>Actividades: Proporcionar información sobre las ventajas de un comportamiento saludable y el riesgo del actual comportamiento.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer prioridades y confiar en su capacidad de cambio.</p> <p>Entregar testimonios personales o modelos de otras personas para incentivar al paciente a realizar el cambio</p>	<p>Preguntas sugeridas:</p> <p>¿Siente Ud. que la obesidad es un problema?</p> <p>¿Qué tendría que pasarle a Ud. para reconocer que la obesidad es un serio problema de salud?</p> <p>¿Qué síntomas o signos le permitirían a Ud. reconocer a la obesidad como un problema?</p> <p>¿Ha intentado Ud. anteriormente hacer cambios en su alimentación o actividad física?</p> <p>¿Qué logros difíciles ha alcanzado en el pasado?</p>

⁸⁶ Lacroix A, Jacquemet St, Assal JPh. Help your patients to improve self-management: building a therapeutic chain. The DESG teaching letter N° 9, WHO: Division of therapeutic education for chronic diseases. Geneva: 1996, p 1-6.

Rollnick S, Mason P & Butler C. Foundations: theory and practice in: Rollnick S, Mason P & Butler C. Health Behavior Change. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999, p 17-39.

⁸⁷ Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; Nolan R. How can we help patients to initiate change? Can J Cardiol Vol 11 Suppl A January 1995; Llambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud; Project PACE. Physical-based Assessment and Counseling for Exercise.

Estado de contemplación

Meta:

Hacer un plan específico para modificar la alimentación y actividad física. El paciente examinará los "pro" y los "contra" del cambio de conducta. Dar énfasis en los aspectos positivos del cambio.

Actividad:

Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta. Ofrecer apoyo y orientarle a desarrollar un plan de cambio. Entregar material de apoyo.

Preguntas sugeridas:

¿Qué razones le harían cambiar de conducta?

Señale las razones para no cambiar

¿Qué espera Ud. de este cambio?

¿Cuáles son sus impedimentos para hacer el cambio?

¿Qué cosa o personas le han ayudado en el pasado?

¿Que cree Ud. que necesita saber acerca del cambio?

¿Cuáles serían los beneficios para Ud. de bajar de peso?

Estado de acción

Meta:

Incentivar al paciente a continuar con el programa iniciado.

Actividad:

Ofrecer apoyo.

Reforzar la conducta adquirida.

Ayudar a enfrentar posibles problemas.

Estimular compromiso en público con el cambio de conducta.

Desarrollar habilidades para el cambio de conducta.

Estimular y felicitar por los logros alcanzados.

Preguntas sugeridas:

¿Qué lo hizo a Ud. tomar esta decisión?

¿Qué lo ha ayudado, que ha funcionado?

¿Qué podría ayudarlo más todavía?

Estado de mantenimiento⁸⁸

Meta:

Ayudar y apoyar a la persona a mantener el cambio adquirido.

Actividad:

Estimular y felicitar por los logros alcanzados. Felicitar e identificar lo que lo está ayudando a mantener esta nueva conducta. Ayudar al paciente a prepararse frente a posibles problemas.

Preguntas sugeridas:

¿Qué otra cosa lo podría ayudar?

¿Cuáles son las situaciones difíciles o de alto riesgo?

¿Qué podría hacer en esas situaciones?

Protocolo para el Paciente en "Recaída"⁸⁹

Meta:

Animar a la persona a iniciar de nuevo el proceso.

Actividades:

Ayudar al paciente a comprender los motivos de la "recaída". Proporcionar información sobre el proceso de cambio; los cambios a largo plazo casi siempre toman varios ciclos. Muchas veces se logra el éxito definitivo después de varios intentos. Ayudarle a hacer planes para el próximo intento. Mejorar la autoestima y ofrecer apoyo incondicional. Hacer esfuerzos de rescatar lo positivo de la experiencia anterior para animarlo a comenzar otra vez.

Preguntas sugeridas:

¿Qué funcionó por algún tiempo?

¿Qué aprendió Ud. de esta experiencia que pueda ayudarlo en un nuevo intento?

⁸⁸ Miller WR, Roinick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; LLambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud. Project PACE. Physical-based Assessment and Counseling for Exercise.

⁸⁹ Miller WR, Roinick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; LLambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud. Project PACE.

c) Consejería en Atención Primaria

La Consejería en Atención Primaria es definida como "La interacción entre uno o más miembros del equipo de salud con uno o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del auto cuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio" (MINSAL, 2007).

En si misma, es una relación de ayuda establecida entre un profesional y un usuario con el fin de mejorar y/o promover la salud del mismo a través del fomento de su capacidad de tomar decisiones respecto a su salud y actuar en consecuencia.

En ese sentido, la Consejería permite reducir la inequidad, en la medida en que compensa la falta de información que afecta a un sector importante de personas y sus familias, asociada a desventajas socioeconómicas y culturales. El apoyo personal que se le brinda al usuario contribuye al desarrollo de capacidades que habilitan a las personas para aplicar la información adquirida en la toma de sus decisiones

La consejería fortalece la dimensión psicosocial de la atención en salud, que junto a la dimensión clínica, procura que la persona se constituya en sujeto de salud, es decir, protagonista de la consecución de su propio estado de bienestar físico, mental y social.

El objetivo de este tipo de intervenciones es que la persona esté en condiciones de **tomar decisiones libres, informadas, responsables y basadas en la convicción personal**, en una situación de dilema de crisis resultante de la exposición voluntaria o involuntaria a situaciones riesgosas en el ámbito de la salud.

Por esta razón es que dentro de los ámbitos de aplicación de la consejería se consideran aquellos que persiguen:

- Facilitar la percepción en los usuarios de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para su prevención primaria o secundaria
- Reducir el impacto emocional en los usuarios frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo
- Generar espacios de comunicación al interior de la familia
- Fomentar la adherencia a tratamientos

Clasificación:

Dentro de la Consejería en Atención Primaria, se pueden distinguir dos tipos:

- a. **Consejería informativa**, a través de la que se entrega primordialmente información sobre salud o auto cuidado de manera de facilitar la toma de decisiones al tener un mejor conocimiento de las opciones.
- b. **Consejería en crisis**, que se utiliza en situaciones de crisis familiares e individuales tanto normativas como situacionales con el fin de ayudar a las personas a enfrentarlas y buscar opciones alternativas para su solución.

Elementos centrales de la consejería

- Relación de ayuda orientada al usuario
- Centrada en la solución de problemas y el desarrollo de cambios de conducta.
- Requiere de la exploración y comprensión de sentimientos, pensamientos y acción con el usuario y finalmente de la interpretación de éste y la decisión de modificar variables sistémicas y ambientales pertinentes a la situación.

Para el logro de los objetivos de la Consejería debe considerarse por un lado la etapa de cambio en que se encuentre la persona (Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clementi, 1982) y los factores favorecedores, predisponentes y reforzadores que intervienen en la persona (Modelo PRECEDE de L. W. Green)

Ejemplo: **Consejería Alimentaria:** Es una intervención estructurada dirigida a lograr en las personas cambios significativos en el hábito de alimentarse, basada en las etapas de cambio de Prochaska.

El objetivo de la consejería alimentaria es contribuir a mejorar la calidad de la alimentación realizando cambios pequeños y progresivos, acordados con la persona, para generar el cambio de hábito deseado.

Para conocer los hábitos del paciente se sugiere aplicar las siguientes preguntas y recomendaciones:

1. ¿Cuántas comidas acostumbra a consumir en el día?

Lo recomendable son 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, once y comida). Si la frecuencia es menor a tres, generalmente se produce un consumo excesivo en la comida siguiente.

2. Habitualmente, ¿en qué consiste su desayuno u once?

Si no se consume leche u otros productos lácteos (yogur, quesillo, queso) recomendar su consumo y preferir aquellos con un bajo aporte de grasa. El consumo de pan no debe exceder una unidad en el día y el agregado de preferencia que sea palta o quesillo, evitando alimentos como mantequilla, margarina, mermelada etc.

3. Habitualmente, ¿qué come a la hora de almuerzo o cena?

Se recomienda eliminar las preparaciones fritas o muy grasosas, dando preferencia a las preparaciones al horno o al vapor. Reemplazar las carnes grasosas por carnes magras como pescado, pollo sin piel, pavo o legumbres como porotos, lentejas, garbanzos, habas y arvejas. Reemplazar el arroz, fideos, pan u otras masas por verduras crudas o cocidas y guisos a base de éstas. De postre preferir la fruta en su estado natural.

4. ¿Qué consume entre las comidas?

Reemplazar las bebidas azucaradas, productos de pastelería o "snacks" como las papas fritas o galletas saladas, por fruta o jugos de fruta natural. Lo anterior será de gran utilidad para la negociación de las pequeñas metas de corto plazo, que permitan el compromiso del paciente; éstas serán específicas para cada caso en particular. Esto tiene el propósito de obtener pequeños logros que motiven al paciente y faciliten su adhesión al tratamiento.

5.- Seguridad indicador de calidad de atención en los centros de salud

La seguridad de la persona que se atiende en los centros de salud se considera una prioridad cada vez más necesaria en el proceso de transformación. Principalmente por la realización de procedimientos de diferente complejidad, que antes sólo se realizaban en centros de atención cerrada. Con riesgos potenciales que exige de un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos. Según indican las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos pueden ocasionar la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida. En Canadá y Nueva Zelanda⁹⁰

El término de Seguridad del Paciente incluye⁹¹: Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con pacientes, para hacer el cuidado de los mismos más seguro y minimizar los posibles daños.

Las estrategias de seguridad deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas.

La reflexión acerca es la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces, y contrastadas que permitan reducir el creciente número de efectos adversos derivados de la atención de salud y sus repercusiones en la vida de las personas. De manera de asegurar que la seguridad de las personas se sitúe en el centro de todas las políticas de salud pertinentes.

Los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad de las personas y la gestión de riesgos se orientan en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a las personas y familias los medios para que puedan notificar los errores ya que en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), lanza la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, iniciativa en la que cuenta como socios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Departamento de Salud del Reino Unido, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, y otros organismos⁹².

⁹⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo Estrategia en Seguridad del Paciente Recomendaciones taller de experto Extraída de <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/docs/interes/1/1b.pdf>

⁹¹ Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) La seguridad del paciente en 7 pasos extraído de http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. consultado el 5 de diciembre del 2007

⁹² Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. Extraído de http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm consultado el 20 de diciembre 2007

Las acciones que propone basada en el documento de recomendaciones de expertos en el tema de seguridad están

- 1.- Atención segura: manos limpias. Correcta higiene de manos, establecer este como indicador de seguridad en la atención de personas en el centro de salud.
- 2.- Identificar y difundir las mejores prácticas para la atención segura de personas
- 3.- Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlo
- 4.- Lograr la participación plena de las personas, familia y comunidad en la labor de estas prácticas
- 5.- Proponer proyectos de investigación y desarrollo de sistemas de información que permitan detectar y analizar los errores, facilitando la adquisición y difusión del conocimiento indispensables para controlar los efectos adversos evitables en la práctica de la atención de salud ambulatoria.

Los elementos del sistema sobre los que la propia OMS ha recomendado trabajar prioritariamente, hacen referencia a la vigilancia de los medicamentos, al equipo médico y la tecnología.

En relación a la vigilancia de los medicamentos en término de seguridad los equipos de APS deben revisar el proceso de medicación desde la indicación (receta médica) hasta la evaluación del resultado de la medicación.

Desarrollaremos dos aspectos críticos de este proceso: error de medicación y adherencia terapéutica.

1.- Prevención de error de Medicación.

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas, los acontecimientos adversos por medicamentos, constituyen un grave problema de salud pública, cuya prevención precisa la participación y el esfuerzo de todos.

1 de cada 5 pacientes en hospitales presenta eventos adversos relacionados con medicamentos⁹³. La carga sobre la mortalidad general de los errores del sistema de salud en los Estados Unidos: Son la tercera causa de muerte en Estados Unidos, después de la enfermedad cardíaca y el cáncer⁹⁴.

7.000 muertes evitables se asocian a errores por medicamentos⁹⁵

⁹³ Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.

⁹⁴ Reporte "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro" (To err is human: Building a safer health system) del Institute of Medicine de los Estados Unidos en 1999:

⁹⁵ Reporte "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro" (To err is human: Building a safer health system) del Institute of Medicine de los Estados Unidos en 1999:

"Los pacientes y, cuando es apropiado, sus familias deben ser informados sobre los resultados del cuidado, incluyendo resultados inesperados."⁹⁶

Lo que los pacientes desean cuando ocurre un efecto adverso es: Conocer que sucedió, porqué, cómo se atenuaran las consecuencias y como se evitara su recurrencia. Ayuda emocional de los médicos y una disculpa. No tener que enfrentar gastos médicos adicionales⁹⁸

El centro de salud debe tener normado la prevención de error de medicación: 99

- El uso de medicamentos se ajusta a la ley y normas vigentes
- Se dispone de una selección adecuada de medicamentos
- Existen medicamentos de urgencias, se controlan y se conservan seguros
- Está definida la prescripción y administración de medicamentos (normas-procedimientos)
- Se identifican los profesionales autorizados para la prescripción y administración de medicamentos
- Se regula la automedicación-control de muestras-medicamentos
- Almacenamiento/preparación/suministro de medicamentos en un entorno seguro
- Se verifican las prescripciones médicas
- Se cuenta con un sistema de inmovilización de medicamentos
- Hay un sistema de administración de medicamentos en las dosis correctas, al paciente y en el momento adecuado
- Identificación de pacientes en la administración de medicamentos
- Monitorización de los efectos de la medicación en el paciente
- Registro en historia clínica de medicación prescrita y administrada
- Se anotan en la historia las reacciones adversas
- Se informan los errores de medicación

Una de las estrategias para disminuir el error de medicación son todas las acciones que se realizan para mejorar la **adherencia terapéutica**

⁹⁶ Estándares de seguridad para pacientes publicados en el 2001 por la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO

⁹⁷ Cantor MD. Telling patients the truth: A systems approach to disclosing adverse events. *Quality in Health Care* 2002 Mar.11(1):7-9.

⁹⁸ Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors,. *JAMA* 2003;289(8): 1001-7.

⁹⁹Joint Comisión Internacional Accreditation (2000) Manual de Acreditación para Hospitales.

2.- Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica, es un proceso complejo que esta influido por factores relacionados con el paciente, factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos¹⁰⁰. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos, es obligatorio resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores.

La OMS define como "el grado en que el comportamiento de una persona: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de Vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria"¹⁰¹.

La diferencia principal entre cumplimiento y adherencia es que, la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

El incumplimiento terapéutico es un problema de gran trascendencia para la práctica clínica y debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención una vez detectado.

Mensajes fundamentales relacionados con la adherencia.¹⁰²

Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%¹⁰³. Exigiendo la necesidad de su detección en la practica clínica diaria.

Es un problema mundial de alarmante magnitud al tratamiento de las enfermedades crónicas, en los países desarrollados promedia 50%, en los países en desarrollo, las tasas son aun menores.

La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial.

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios.

¹⁰⁰ Bonada C, Guarner MA, Antó JM, Mata JM, Monrabá M, Traveria M. Cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 1985; 2: 167- 171.

¹⁰¹ OMS (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción

¹⁰² OMS (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción

¹⁰³ Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Ann Rev Nurs Res* 2000; 18: 48-90.

Cerviri I, Locatelli F, Zoia MC, Corsico A, Accordini S, de Marco R. International variations in asthma treatment compliance. The results of the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1999; 14: 288-294.

Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los pacientes, dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente (que generalmente requiere politerapias complejas), el empleo de tecnología médica para el control y cambios en el modo de vida del paciente, los pacientes se enfrentan con varios riesgos potencialmente letales si no son apoyados apropiadamente por el sistema de salud.

Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica.

Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas.

El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades.

Evitar centrarse en los factores relacionados con el paciente como las causas de los problemas con la adherencia terapéutica, y se descuidan relativamente el personal sanitario, el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes son atendidos, determinantes de salud relacionados con el sistema. Estos últimos factores, que constituyen ejercen un notable efecto sobre la adherencia terapéutica.

No hay ninguna estrategia de intervención o conjunto de estrategias que haya resultado eficaz para todos los pacientes, afecciones y entornos. Éstas deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con la enfermedad experimentada por el paciente.

Los profesionales de la salud deben adiestrarse en la adherencia terapéutica abordando simultáneamente tres temas: el conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción .

La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes: un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica.

La atención Primaria, por las características de continuidad, integralidad, equipos de cabecera etc., es el marco más adecuado para implementar detectar problemas de adherencia. Existen diferentes métodos de detección: directos (determinación del fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro fluido) e indirectos (interrogatorio, cuestionarios, control del proceso, recuento de comprimidos, etc.), existiendo Con validez, ventajas y limitaciones de los mismos¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Gil V, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: Tratado de epidemiología clínica. Universidad de Alicante. Madrid. 1995. 299-315.

Gil V, Pineda M, Martínez J, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.



Recomendaciones para la intervención:

- ◆ **Evite culpabilizar:** el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del problema¹⁰⁵.
- ◆ **Individualización de la intervención:** establecer estrategias de intervención individualizadas en función de las características y necesidades individuales del paciente los factores implicados¹⁰⁶.
- ◆ **Adecuada relación entre el profesional y el paciente.** La creación de un vínculo es una estrategia terapéutica, que produce menos tasas de abandono¹⁰⁷. Los pacientes que reconocen tener problemas para seguir el tratamiento prescrito, responden mejor a las intervenciones que se pongan en marcha para solucionar dicha situación¹⁰⁸.
- ◆ **Integración en la práctica diaria:** Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria podría realizarse una actuación preventiva y beneficiar a un número mayor de personas con incumplimiento¹⁰⁹.

¹⁰⁵ Sackett D. Cumplimiento. En: Sackett D, Haynes B. Epidemiología clínica. Ed. Diaz de Santos. Madrid. 1989.

Borrel F. Estrategias para aumentar la observancia de regimens terapéuticos. En: Borrel F. Manual de entrevista clínica. Ed. Doyma. Barcelona. 1989; 157-161.

¹⁰⁶ Iruela T, Juncosa S. Factores que influyen en el seguimiento de pacientes hipertensos. Aten Primaria 1996; 17: 332-337.

Agrest A. Adherencia a tratamientos farmacológicos. Libro ponencias XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. 1996; 119-121.

¹⁰⁷ Ramírez A, Mausbach H, De Miguel C, Ros R. La relación terapéutica entre profesionales de la salud y pacientes. Experiencia de un grupo de trabajo. Aten Primaria 1995; 16: 221-228.

Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Goleen A, Libber S. The effects of physician communications skills on patient satisfaction: recall, and adherence. J Chronic Dis 1984; 37: 755-764.

¹⁰⁸ Gil V, Pineda M, Martinez J, Belda J, Santos ML, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial. Med Clin (Barc) 1994; 102: 532-536.

¹⁰⁹ Salvador-Carulla L, Melgarejo C. Cumplimiento terapéutico. El gran reto del siglo XXI. Barcelona. Ars Medica 2002.

- ◆ **Participación de distintos profesionales:** La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos y distintos profesionales, entre los que habría que destacar el personal de enfermería farmacéuticos, psicólogos, etc., quienes pueden realizar intervenciones con éxito¹¹⁰.

Estrategias de intervención

- ◆ **Intervenciones simplificadoras del tratamiento:** Los estudios permiten afirmar que la simplificación del tratamiento y facilitar la pauta terapéutica es una estrategia eficaz para mejorar la tasa de adherencia y el control de la medicación¹¹¹.
- ◆ **Intervenciones informativas / educativas:** La información a través de información escrita, sesiones educativas grupales y la información individualizada tiene su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados¹¹². Los pacientes desean recibir información principalmente de los profesionales que les atienden habitualmente¹¹³. El objetivo es el aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc. Para mejorar la adherencia.

La transmisión de información parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto se debe continuar informando al paciente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento más que en términos de riesgo del proceso.

- ◆ **Intervenciones de apoyo familiar/social:** Las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado. Las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora en la adherencia a través de intervenciones que buscan el apoyo familiar, consejo familiar, búsqueda de apoyo familiar, etc.

¹¹⁰ O'Dea P. Glaucoma therapy: the pharmacist's role in compliance. *Am Pharm* 1988; 28: 38-42.

¹¹¹ Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutics regimens. En: Sackett DL, Haynes RB, eds. *Compliance with therapeutics regimens*. Baltimore: Johns Hopkins, 1976: 26-35.

Cánovas C, Francés I, García-Arilla E, Curcullo JM, Serrano M, Clerencia M. Cumplimiento terapéutico tras el alta hospitalaria en Geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontología* 1994; 29: 204-210.

¹¹² Orueta R, Gomez-Calcerrada RM, Núñez S, Sánchez J. Abordaje del cumplimiento terapéutico. *Medicina Integral* 1996; 28: 14-21.

¹¹³ Lucena MI, Rico JC, Tarilonte MA, Andrade RJ, González JA, Sánchez F. Conocimientos y actitudes de pacientes ambulatorios frente a algunos aspectos del tratamiento farmacológico. *Rev Clin Esp* 1990; 186: 447-449.

- ◆ **Intervenciones con dinámica de grupos:** las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones¹¹⁴. Éstas buscan la mejora de la adherencia a través de un aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente.
- ◆ **Intervenciones de refuerzo conductual:** Las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica. Las estrategias empleadas son: llamadas telefónicas recordatorias y de seguimiento, autocontrol del proceso por parte del paciente, recompensa tangible por la consecución de objetivos, seguimiento exhaustivo¹¹⁵, etc.
- ◆ **Combinación de intervenciones:** Obtiene resultados favorables en la mejora del cumplimiento terapéutico y del control de la enfermedad.

Intervención de educación sanitaria con otra de recordatorio, combinar una técnica conductual como la recompensa con otras intervenciones o la implicación de la familia con otras estrategias.

Intervenciones sencillas y factibles de realizar desde el ámbito de APS¹¹⁶: información escrita, información sobre el grado de control de las cifras tensionales y aviso telefónico en caso de no acudir a las citas de control.



Recomendaciones generales para las intervenciones ¹¹⁷

- ◆ Puede ser realizada por distintos profesionales médicos, especialmente enfermeras
- ◆ Integrar las intervenciones en la práctica clínica diaria
- ◆ No existe una intervención única sino que deba individualizarse en cada caso.
- ◆ Las evidencias disponibles avalan las intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento, buscar la colaboración familiar y los refuerzos conductuales y la combinación de intervenciones.

¹¹⁴ Salleras I. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. ED. Diaz de Santos. Madrid. 1990.

Trilla MC, Espulga A, Plana M. Educación para la salud. En: Martín A, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y practica clínica. 5ª Edición. Ed Elsevier. Madrid. 2003.

¹¹⁵ Kirscht JP, Kirscht JL, Rosenstock IM. A test of interventions to increase adherence to hypertensive regimens. Health Educ Q 1981; 8. 261-272.

Shepard DS, Foster SB, Stason WB, Solomon HS, McArdle PJ, Gallagher SS. Cost-effectiveness of interventions to improve compliance with anti-hypertensive therapy. Prev Med 1979; 8: 229.

¹¹⁶ (97) Takala J, Niemela N, Rosti J, Sievers K. Improving compliance with therapeutic regimens in hypertensive patients ina community health center. Circulation 1979; 59: 540-543.

¹¹⁷ Sánchez, O. **Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas** Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29-N.º 2-2005

Recomendaciones específicas para las intervenciones ¹¹⁸

- ◆ Promover la relación médico-paciente.
- ◆ Simplificar el tratamiento lo más posible.
- ◆ Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- ◆ Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico.
- ◆ Dar información escrita.
- ◆ Involucrar a la familia.
- ◆ Utilizar métodos de recordatorio.
- ◆ Reforzar periódicamente.
- ◆ Fijar metas periódicas.
- ◆ Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- ◆ Incentivar al paciente y llamarle si no acude a una consulta programada

Evaluación del comportamiento de la adherencia

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para:

- la planificación de tratamientos efectivos y eficientes
- para lograr que los cambios en los resultados de salud
- tomar decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación

Estrategias de Medición¹¹⁹

1. Solicitar a prestadores y pacientes sus calificaciones subjetivas sobre el comportamiento de adherencia.
2. Cuestionarios estandarizados administrados por los pacientes
3. Medición de dosis remanentes (por ejemplo, comprimidos) pueden contarse en las visitas al consultorio; sin embargo, los errores de recuento son comunes y dan lugar de manera característica a la sobreestimación del comportamiento de adherencia.
4. Una innovación reciente es el dispositivo electrónico de monitoreo que registra la fecha y la hora cuando se abrió un envase de medicamento, pero es de alto costo y excluye su uso generalizado.
5. Las bases de datos de las farmacias pueden usarse para comprobar el momento en que las prescripciones se despachan y redespachan con el tiempo y se interrumpen prematuramente. Un inconveniente de este enfoque es que la obtención del medicamento no asegura su uso.
6. La medición de niveles sanguíneos.

Las estrategias de medición deben cumplir con las normas psicométricas básicas de fiabilidad y validez aceptables. Ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combina medidas objetivas razonables y de auto-notificación factibles constituye la medición más avanzada.

¹¹⁸ Sánchez, O. **Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas** Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29-N.º 2-2005

¹¹⁹ OMS (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción

Con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad de las personas y la gestión de riesgos en salud el Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria¹²⁰. Propone:

- Identificar los **PROBLEMAS** en materia de seguridad de personas en el centro de salud y su gestión de riesgos. (organización, cultura, formación, sistemas de información y registro, evaluación, factor humano, participación ciudadana, el marco jurídico, la investigación)
- Identificar y priorizar los **PUNTOS CRÍTICOS** en materia de seguridad de personas y gestión de riesgos: formación desde un ejercicio de cultura de seguridad en el personal de salud, dar a conocer la verdadera dimensión del problema de riesgos en la atención de salud, incorporar indicadores de seguridad a la evaluación de los servicios de salud, formación e información sobre la existencia de riesgos de la población y del personal.
- Identificar **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN** en seguridad de personas y gestión de riesgos, valorando su importancia y viabilidad, para orientar la implementación y el desarrollo de políticas en este marco¹²¹

Funciones y acciones de los líderes de seguridad de pacientes¹²²

- Construir una cultura de seguridad
- Liderazgo de equipos de personas
- Integrar las tareas de Gestión de Riesgos
- Promover que se informe
- Involucrar y comunicarse con pacientes y públicos
- Aprender y compartir lecciones de seguridad
- Implementar soluciones para prevenir daños



Para profundizar las acciones específicas se recomienda la lectura del anexo 5

¹²⁰ Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.

¹²¹ Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

¹²² Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) La seguridad del paciente en 7 pasos extraído de http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. consultado el 5 de diciembre del 2007

6.- Gestión clínica

Los cambios en las organizaciones deben ir precedidos de un profundo análisis de su motivación y necesidad. En los procesos de transformación de centros de salud en centros de salud familiar, junto con la implementación del modelo integral con enfoque familiar y comunitario, se requiere un modelo organizativo capaz de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, lograr la motivación, participación, integridad del equipo de salud y alcanzar los resultados esperados.

Las personas ejerciendo sus derechos exigen una gestión eficiente de los recursos destinados a salud, eficiencia social¹²³. Identifican al médico y a la enfermera como sus interlocutores y hacia ellos dirigen sus expectativas. Por ello los profesionales deben trabajar con una visión integradora y multidisciplinaria, basada en el conocimiento clínico, dándole al centro de salud continuidad, solidez y madurez organizacional.

La gestión clínica 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 contratado y para gestionar el tiempo asistencial, tanto de la persona, familia, comunidad. Es la magnitud ética y clínica de la eficiencia¹²⁴

Se define también como un conjunto de acciones institucionales que buscan generar un valor añadido sobre los recursos utilizados en el desarrollo de la tarea asistencial, con el objetivo de conseguir la satisfacción de necesidades y expectativas de clientes internos y externos¹²⁵

La gestión clínica se puede definir como el más adecuado uso de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. La práctica clínica es un proceso que se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación profesional-usuario¹²⁶

La gestión clínica permite descentralizar la organización y funcionamiento de las unidades clínicas. Responsabilizando a los profesionales clínicos en la gestión de los recursos de la unidad asistencial, esto implica: autonomía y responsabilidad (Compromisos de gestión)

¹²³ Cossials, D (2000 Gestión Clínica Administración Sanitaria Volumen IV. Número 15

¹²⁴ Cossials, D (2000 Gestión Clínica Administración Sanitaria Volumen IV. Número 15

¹²⁵ Cossials, D (2000 Gestión Clínica Administración Sanitaria Volumen IV. Número 15

¹²⁶ Ayarza (s/f) Importancia del modelo de gestión en los proyectos de inversión extraído de <http://www.prematuros.cl/webjunio/gestion/modelogestion/modelogestiondrayarza.htm> consultado el 29 diciembre 2007

La Gestión de la unidad para otorgar atención: con calidad técnica, oportunidad, a un costo razonable y propiciando la satisfacción del usuario

El principal objetivo es promover la eficiencia y efectividad de la gestión de las unidades, fortaleciendo la descentralización y la gestión participativa, con autonomía y responsabilidad en los resultados de: actividad asistencial, calidad, administrativo financiero

La gestión clínica es la estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de los resultados.

Está basada en la codirección de clínicos y gestores para conseguir:

- ◆ Incrementar la eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias.
- ◆ Potenciar actividades que mejoren los resultados.
- ◆ Descentralizar la organización y el funcionamiento operativo de las unidades clínicas (autonomía).
- ◆ Basar el núcleo del modelo organizativo en el flujo de información.
- ◆ Asunción por parte del responsable clínico de la gestión de todo el personal de su unidad.
- ◆ Enfocar la gestión económica del centro a la producción y línea de producto.

Se pretende ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (Efectividad). Esto, acorde con la evidencia científica que haya demostrado su capacidad para cambiar favorablemente el curso clínico de la enfermedad (Eficacia). Con los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (Eficiencia)¹²⁷.

El método de la gestión clínica debe definir:

Su soporte: Centro de salud familiar como empresa de servicio

Su objeto: El proceso clínico.

Su sujeto primario: la persona, familia y comunidad (cliente externo)

Su sujeto secundario: el personal de contacto, trabajador (cliente interno)

El entorno: centro de salud familiar

Los proveedores: Información, laboratorio, radiología, farmacia, limpieza, vigilancia, etc.

¹²⁷ Ayarza (s/f) Importancia del modelo de gestión en los proyectos de inversión extraído de <http://www.prematuros.cl/webjunio/gestion/modelogestion/modelogestiondrayarza.htm> consultado el 29 diciembre 2007

El principal valor añadido del centro de salud es la coordinación de procesos y usos con los que se dota de coherencia y flexibilidad para una adecuada eficiencia y efectividad.

Procesos de la gestión clínica

Proceso primario: aquel que el cliente externo ve y sobre el que proyecta sus expectativas. Misión y justificación de la actividad asistencial.

Proceso paralelo: aquel que el cliente ve pero que no es el motivo primario de la asistencia.

Proceso secundario: aquel que es imprescindible para los dos anteriores y que el cliente externo puede o no ver.

Proceso terciario. Aquel que el cliente externo puede ver o no y que proporciona valor añadido organizativo, para que los anteriores puedan tener lugar.

Proceso externo. Proveedores de recursos físicos sin valor añadido, ni de conocimiento, ni información

La gestión clínica requiere:

- ◆ Una aptitud clínica para reestructurar el conocimiento tradicional y la capacidad de aprender.
- ◆ Un cambio de actitud positiva del clínico, que se expresa por el deseo de aprender más allá del límite de su tarea.
- ◆ Rediseño de procesos
- ◆ Una mayor competencia profesional

Factores de éxito para su implementación

- ◆ Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente¹²⁸.
- ◆ 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.

¹²⁸ Ayarza (s/f) Importancia del modelo de gestión en los proyectos de inversión extraído de <http://www.prematuros.cl/webjunio/gestion/modelogestion/modelogestiondrayarza.htm> consultado el 29 diciembre 2007

- ◆ Dotarse de la estructura organizativa y de control de gestión adecuada. Unidad de gestión dirigida por un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión sobre los recursos para el logro de los objetivos de la unidad: infraestructura, tecnología, insumos, fármacos, profesionales.
- ◆ Con el objetivo de lograr la mejor utilización de recursos, logrando incremento de la oferta y/o un ahorro y/o mejoras en la calidad de las prestaciones.
- ◆ Incorporar la participación de todo el equipo de trabajo, de acuerdo al rol de cada uno de ellos, su formación, su competencia y sus intereses.

Herramientas de la gestión clínica:

- ◆ Guías de práctica clínica
- ◆ Medicina basada en la evidencia
- ◆ Epidemiología Clínica
- ◆ 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.
- ◆ Promover la mejora continua
- ◆ Auditorías clínicas
- ◆ Reuniones de análisis de casos

Parámetros de actividad en la gestión clínica

1.- Calidad: - Científico técnica.

- ◆ Utilización de recursos.
- ◆ Adecuación de la indicación o prescripción.
- ◆ Coordinación y continuidad interniveles.
- ◆ Orientación al cliente.

2.- Costos: Presupuesto clínico.

- ◆ Sistema de información económico.
- ◆ Cuenta de resultados.

3.- Gestión recursos humanos

- ◆ Formación.
- ◆ Comunicación.
- ◆ Selección.
- ◆ Promoción.
- ◆ Evaluación del desempeño.
- ◆ Política de incentivos.

Evaluación de resultados

- ◆ Validación de datos aportados.
- ◆ Evaluación de la actividad.
- ◆ Evaluación de la calidad.
- ◆ Utilización de los recursos.
- ◆ Gestión de las personas.
- ◆ Gestión de los recursos económicos.

Estructura organizativa factores clave para garantizar el éxito

- ◆ Garantizar la viabilidad institucional
- ◆ Nuevo estilo de Dirección, líder gestor
- ◆ Implicancia cultural y comprometida de los profesionales
- ◆ Garantizar la equidad y la accesibilidad al cliente externo
- ◆ Captar las expectativas y las necesidades de los clientes y los profesionales
- ◆ Reducir los procesos redundantes y tiempo asistencial innecesario
- ◆ Presupuesto clínico.
- ◆ Sistema de información sólido.
- ◆ Plan de gestión de la unidad.
- ◆ Programa de mejora y rediseño de procesos.
- ◆ Sistema de autoevaluación
- ◆ Apoyo y metodología.

¿Qué es lo que se debe evitar en el proceso de gestión clínica?

- ◆ La confrontación
- ◆ La complejidad
- ◆ Las interacciones innecesarias
- ◆ El azar
- ◆ La fragmentación
- ◆ La saturación
- ◆ La desconexión de la realidad
- ◆ La información opaca

Pasos de la Gestión Clínica

- ◆ Lo primero en la gestión clínica es la identificación de sus usuarios, conocer cual es el servicio esperado por las personas, familiar y comunidad del centro de salud.
- ◆ Reconocer su cartera de servicios y procesos asociados (productos finales e intermedios, protocolos)
- ◆ Identificar los recursos disponibles (humanos, tecnológicos, insumos, infraestructura)
- ◆ Determinar su nivel de actividad actual
- ◆ Estimar producción potencial
- ◆ Definir cartera de productos y nivel de producción acorde con las necesidades de los usuarios y recursos disponibles. Es decir necesidad, expectativa, información y tiempo.
- ◆ Evaluar los procesos e implementar el mejoramiento continuo de los mismos.
- ◆ Seguimiento y evaluación
- ◆ Indicadores centinelas
- ◆ Auditorías de procesos
- ◆ Seguimiento de casos
- ◆ Cuenta de resultados obtenidos medidos en oportunidad, puntualidad, empatía, cortesía, tangibilidad, sensación de profesionalidad, conocimiento, habilidades, confianza y seguridad.
- ◆ Costos unitarios
- ◆ Encuestas de satisfacción usuaria

- ◆ La gestión clínica permite descentralizar la organización y funcionamiento de las unidades clínicas. Responsabilizando a los profesionales clínicos en la gestión de los recursos de la unidad asistencial, esto implica: autonomía y responsabilidad

¿Qué importancia tiene la gestión clínica?¹²⁹

Para el centro de salud

- ◆ Seguir evolucionando
- ◆ Ser viable
- ◆ Realizar su misión
- ◆ Configurarse como una organización de conocimiento y de servicio
- ◆ Incentivar el cambio del rol de los profesionales y directivos que deban liderar el proceso
- ◆ Abrirse a la comunidad y sociedad

2.- Para las personas

- ◆ Mejores resultados
- ◆ Asistencia más cercana
- ◆ Más información
- ◆ Mayor rapidez
- ◆ Asumir activamente su capacidad de expresión
- ◆ Asumir activamente su capacidad de decisión

3.- Para los profesionales

- ◆ Control real del proceso como vía para aceptar la responsabilidad
- ◆ Mayor papel social
- ◆ Mayor papel institucional
- ◆ Una carrera profesional
- ◆ Abandonar la comodidad actual
- ◆ Cambio de rol
- ◆ Una mayor aptitud, actitud, exigencia y competencia profesional
- ◆ Ampliar su campo de trabajo

¹²⁹ Cosialls, D (2000 Gestión Clínica Administración Sanitaria Volumen IV. Número 15

ANEXO 1 Objetivos de desarrollo del milenio de la ONU

En septiembre del 2000, los Jefes de Estado de 147 países y 42 ministros y jefes de delegación se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para emprender la tarea de determinar cómo mancomunar sus voluntades y su compromiso de realizar un esfuerzo conjunto para revitalizar la cooperación internacional destinada a los países menos desarrollados y, en especial, a combatir decisivamente la pobreza extrema.

Se identificaron objetivos que apuntan a la lucha contra la pobreza y el hambre, la reversión del deterioro ambiental, el mejoramiento de la educación y la salud, y la promoción de la igualdad entre los sexos, entre otros, denominados objetivos de desarrollo del Milenio.

Los objetivos fueron establecidos con la mayor claridad posible y se acordaron, metas cuantificadas, indicando el nivel que debían alcanzar en 2015 las principales variables económicas y sociales que reflejan los objetivos aprobados

En la Declaración del Milenio se propone el establecimiento de una asociación entre países desarrollados y de menor desarrollo relativo para lograr el cumplimiento de las metas. Esta asociación significa que, junto con el esfuerzo de los países en desarrollo, es necesario que el mundo desarrollado ayude activamente a corregir algunas de las inequidades y asimetrías presentes en la institucionalidad del proceso de globalización.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM- plantean que la salud es tanto un resultado como un factor determinante en el desarrollo de los países. Tres de los ocho objetivos se refieren explícitamente a los temas de salud, mientras que siete de las 18 metas más concretas son responsabilidad del sector salud. Este énfasis refleja un nuevo consenso mundial en el que la salud no sólo es un resultado del desarrollo, sino también uno de los principales factores determinantes para lograrlo (Kickbusch I. 2004).

En la Declaración del Milenio del 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General), los dirigentes de todo el mundo plasmaron una visión nueva para la Humanidad. Los dirigentes se comprometieron a no escatimar esfuerzos para liberar hombres, mujeres y niños, de las condiciones deshumanizadoras de la pobreza extrema .

Se estableció el año 2015 como fecha límite para alcanzar la mayor parte de los objetivos. Los que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal. Constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA

Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales; invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable

Mejorar considerablemente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Ello incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional

Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza

Atender a las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo

Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo

En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Muestras del progreso de los objetivos del Milenio alcanzado:

- Entre 1990 y 2004, la proporción de personas en una situación de pobreza extrema descendió desde casi una tercera parte a menos de una quinta parte.
- La escolarización infantil ha experimentado un progreso en los países en vías de desarrollo. La matriculación en los centros de educación primaria creció desde un 80 por ciento en 1991 hasta un 88 por ciento en el 2005. La mayor parte de dicho progreso se registró a partir del 1999.
- Ha aumentado la participación de las mujeres en política, si bien se trata de un aumento lento. Incluso en algunos países donde anteriormente sólo los hombres podían presentar su candidatura para cargos políticos, las mujeres ya han conquistado algunos escaños en los parlamentos.
- La mortalidad infantil ha descendido globalmente y se está demostrando la efectividad de las intervenciones adecuadas para reducir del número de muertes ocasionadas por las enfermedades con mayor tasa de mortalidad infantil, como el sarampión.
- Se han extendido las principales intervenciones para controlar el paludismo.
- Por último, la epidemia de tuberculosis parece estar al borde de un descenso, si bien el progreso no es lo suficientemente rápido como para reducir a la mitad las tasas de prevalencia y defunción para el 2015.

En el informe 2006 se destaca las disparidades dentro de los países, aquellos que viven en áreas rurales, hijos de madres sin una educación formal y familias más pobres no están progresando lo suficiente para alcanzar las metas.

Este hecho resulta especialmente evidente en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria y a la educación. A fin de alcanzar los objetivos, los países necesitarán movilizar recursos adicionales y destinar la inversión pública a beneficiar a los más pobres.

Alcanzar progreso rápido y a gran escala es factible. En general, las estrategias deben adoptar un enfoque variado que busque alcanzar un crecimiento económico que favorezca a los más pobres, incluyendo la creación de una cantidad considerable de oportunidades para conseguir puestos de trabajo digno. Esto demandará a su vez programas integrales para el desarrollo humano, especialmente en las áreas de educación y de la salud, enfoque a medio plazo para el gasto público. A fin de respaldar todos estos esfuerzos, será necesario contar con un adecuado sistema nacional de estadística y con un mejor sistema de responsabilidad pública.

Tabla resumen.

Objetivos	Metas	
<ul style="list-style-type: none"> Erradicar la pobreza extrema y el hambre. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. 	<ul style="list-style-type: none"> Niños menores de 5 años de peso inferior al normal. Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.
<ul style="list-style-type: none"> Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. Tasa de mortalidad infantil. Niños de 1 año vacunados contra el sarampión.
<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la salud materna. 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad materna. Partos con asistencia de personal sanitario especializado.
<ul style="list-style-type: none"> Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA. Tasa de uso de anticonceptivos. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
	<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. 	<ul style="list-style-type: none"> Muertes asociadas al paludismo. Población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo. Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis. Casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una alianza mundial para el desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a bajo costo en los países en desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> Población con acceso estable a medicamentos esenciales a precios razonables.

Ref. Este cuadro fue elaborado por la OPS en estrecha colaboración con la CEPAL. Para su preparación se contó además con valiosos aportes del UNFPA.

ANEXO 2 Reforma de Salud

La Reforma de nuestro actual Sistema de Salud se inspira en un conjunto de valores de amplio consenso ciudadano: equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

Objetivos de la Reforma a la Salud¹³⁰:

- ◆ Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común, que utilice como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de sus usuarios.
- ◆ Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y menores (y que les significa planes más caros y/o menor protección en el sistema Isapre).
- ◆ Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población (más envejecida y afecta a enfermedades crónicas y degenerativas), las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
- ◆ Aumentar la seguridad y confianza de las personas con el sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.
- ◆ Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos: una autoridad sanitaria fuerte en sus potestades de conducción política y regulación; un FONASA responsable de garantizar a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

Los objetivos para Chile definen metas concretas a alcanzar en áreas prioritarias, señalando las estrategias generales para el logro de cada objetivo, incluyendo intervenciones de eficacia comprobada en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en un contexto de eficiencia en la entrega de servicios y de satisfacción de los ciudadanos.

La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, cuyos componentes deben articularse para el logro de las metas. De esta forma, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias.

¹³⁰ Reforma de Salud extraído de <http://www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html>. consultado el 28 de diciembre de 2007

Los objetivos sanitarios reflejan las prioridades del sector, establecidas en base el análisis de los problemas de salud y de sus intervenciones, las cuales han sido debatidas y consensuadas con distintos actores del sector y representantes de los ciudadanos y usuarios, a través de las Mesas de Discusión de la Reforma.

El resultado de este proceso plantea que Chile enfrenta cuatro desafíos sanitarios en el siglo que comienza¹³¹:

a) el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;

b) las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto niveles socioeconómico;

c) responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena;

d) resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados. Todos estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de los servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos técnicos sanitarios, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

De estos desafíos se derivan los cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010:

- 1.- mejorar los logros sanitarios alcanzados,
- 2.- enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad;
- 3.- disminuir las desigualdades;
- 4.- prestar servicios acordes a las expectativas

En el diagnóstico de situación actual se identifica: Transición demográfica: población envejecida representada en la dinámica poblacional 1960-2020

- ✓ Disminución de tasas de mortalidad 12.1 a 6.6 por mil habitantes y natalidad 5 a 2.2
- ✓ Aumento población mayor 65 años de 4.% a 7.2%
- ✓ Mayor esperanza de vida al nacer en 18 años promedio 1950-1990
- ✓ Menor mortalidad infantil de 109 por 1000 nacidos vivos a 8.7 por 1000 nacidos vivos
- ✓ Menor tasa de fecundidad de 5 a 2.4 hijos por mujer

¹³¹ Minsal (2002) Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 extraído de <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf> consultado el 28 de diciembre del 2007

ANEXO N° 3 Características de la Familia en Chile¹³²

Las **familias nucleares** son una realidad creciente en nuestro país. Actualmente es una aspiración cultural en Chile por la posibilidad de acceder a una vivienda independiente. Este tipo de familia significa además menos conflictos con los parientes, la posibilidad de desarrollar un estilo de vida propio, mayor intimidad en la pareja y autonomía de los padres en la crianza de sus hijos. Pero implica una mayor carga para la pareja responsable del hogar, y el peligro de mayor soledad para la pareja y los hijos en el caso de viudez o separación conyugal.

La **familia extendida** en cambio implica que se convive con parientes, aunque las relaciones son más complejas, significa un gran apoyo en compañía y cuidado. Especialmente para los menores, enfermos y ancianos. Compartir vivienda y hogar es una expresión de solidaridad que ayuda a la sobrevivencia de todos los miembros del hogar. En 1992, 15.8% de las familias incluía algún nieto del jefe de hogar, el 8.3% algún hijo casado o separado, 7.8% algún yerno o nuera, 5.5% a padres o suegros, y 8.8% a otros parientes. En la mayor parte de las familias nucleares como extensas existe **una pareja a cargo** del hogar.

Tabla N°1: Composición Familiar 1970, 1982, 1992 y 2002. (Muñoz, Reyes, 1997, INE 2002)

Composición familiar	1970 (%)	1982 (%)	1992 (%)	2002 (%)
Nuclear	30.3	53.1	50.2	47.8
Extensa	64	39.8	33.7	40.6
Unipersonal	5.7	7.1	8.1	12
Total	100	100	100	100

El **tamaño** de las familias se ha ido reduciendo, de 4.4 personas por familia en 1982 a 3.6 en 2002. La mayor proporción de hogares en nuestro país está formado por 3 a 4 personas (44.9% en 2002). Se ha producido un descenso importante en la natalidad y fecundidad, y un aumento de las familias nucleares (formadas por uno o ambos padres y sus hijos). Los hogares unipersonales se han incrementado durante las últimas décadas. Corresponden fundamentalmente a hombres de edad media que trabajan en actividades de minería, pesca, ganadería, y viven sin familia. (Ver tabla N°1).

La estructura familiar predominante es la nuclear con hijos: 47.8% (1992: 50.2%), pero coexisten con otras formas de familia como por ejemplo los hogares biparentales sin hijos: 38.1% (41,6% 1992), hogares monoparentales 16.4%, hogares monoparentales nucleares: 9.7% (8,6% 1992) (de ellos el 85.1% de jefatura femenina, de ellos 29.4% jefe separada, 22.8% soltera con un aumento en la zona urbana 89.9% (87.9% en 1992).

Los hogares unipersonales constituyen el 11.6% (8.5% 1992), en la R.M. se encuentra 38.4% del total del país. Hay un predominio masculino 54.4% versus 45.6% femenino, el 44.5% son solteros y 18.2% separados con edades entre 35 y 44 años

La disminución del tamaño familiar se relaciona con el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la fecundidad, el espaciamiento de los hijos, el aumento de los hogares biparentales sin hijos y de hogares unipersonales.

¹³² Dois, A., Montero, L. (2007) Introducción a la comprensión de la familia desde el enfoque sistémico. Diploma de Salud Familiar y Comunitaria PUC

La **duración de la vida de la familia**, y cuánto tiempo se extiende cada etapa en nuestro país probablemente se prolonga por más de cincuenta años. Cuarenta de los cuales se viven en pareja. Respecto a la duración de cada etapa, el período de recién casados sin hijos es breve. Mientras que la familia con hijos de distintas edades se prolonga por cerca de 25 años. Es importante resaltar que la pareja vive gran cantidad de años sin hijos una vez que estos parten del hogar. Por otro lado la mujer sobrevive al marido, por cerca de casi 9 años.

Según el **ciclo vital familiar** las familias se distribuyen de la siguiente manera:

- 32% familias jóvenes: hijo mayor < ó = a 12 años
- 36% familias intermedias: hijo mayor entre 13 y 24 años
- 32% familias en etapa avanzada

Tabla N°2: Tipos de Familia según Ciclo Vital Familiar (%). (Muñoz, Reyes, 1997)

Etapas del ciclo familiar	Nuclear biparental	Nuclear monoparental	Extensa biparental	Extensa monoparental	Extensa amplia
Pareja joven sin hijos	82	0	18	0	0
Hijo mayor 0-5 a.	83	5	10	1	1
Hijo 6-12 a.	77	9	10	2	2
Hijo 13-18 a.	68	14	11	5	2
Hijo 19-24 a.	48	15	24	10	3
Hijo >25 a.	27	14	32	24	3
Pareja adulta sin hijos	72	0	24	0	4

Según los **tipos de unión**:

El 58.1% de los hogares tiene como jefatura una pareja casada (66.6% en 1992). La tasa de nupcialidad disminuyó de 7.7/1000 en 1980 a 4.2/ 1000 en 2001 y las convivencias aumentaron de 7.8% a 12.31% en 2002, igualmente, aumentaron las jefaturas de hogar de separados/ anulados: 6.4 % en 1992 a 8,1 % en 2002.

Jefes de hogar casados: Mayor número en zonas urbanas, aumentaron los hogares con un hijo: 15.8% a 20.2%, con un retraso la parentalidad de las parejas. Han disminuído los matrimonios con jefes de hogar católicos: 77.6% a 72%. La escolaridad a aumentado por sobre los 13 años: de 13.9% a 25.3%.

Jefes de hogar convivientes: Un poco más altos en zonas urbanas y en mayor proporción en la R.M con respecto a la resto del país: 40%, han disminuido desde 1992 en 0.7%, en general, el 26.4% corresponde a parejas sin hijos, 32.6% corresponde a parejas con un hijo. En su mayoría son católicos. Según la estratificación social: 13% N.S.E. bajo. Según la edad promedio de las parejas: 16% parejas entre 25 y 34 años y 8% en menores de 25 años (Encuesta Nacional de la Familia, 1998). El tiempo de convivencia promedio de 5 a 10 años.

Mujer Jefa de Hogar:

Según el CENSO de 2002 es aquella mujer que se considera jefa de hogar, que no vive con pareja, que trabaja y vive con sus hijos.

La mayoría vive en zonas urbanas (95.9%), 47.1%, en la R.M. con aumento en las regiones VIII y IX. Corresponden al 32% de los hogares (INE, 2002) Entre las jefaturas femeninas el 38.1% son separadas y 32.8% solteras, el aumento más importante está en el grupo de solteras. La escolaridad a aumentado progresivamente: en 1992 el 49.5 % tenían escolaridad básica incompleta; en 2002 el 33.9% con un aumento importante en aquellas con escolaridad mayor a 13 años (de 17.3% a 31.9%).

Envejecimiento Poblacional:

Chile se encuentra en la etapa de transición demográfica avanzada, definida por una baja tasa de natalidad (año 2004: 14,9/1000 habitantes) y de mortalidad (año 2004: 5,4/1000 habitantes), que se traduce en un crecimiento natural también bajo (año 2004: 1%).

La mujer chilena tiene actualmente mayores posibilidades de desarrollo educacional, laboral, académico y profesional, que sumado al fácil acceso para el control de su fertilidad, hace que la tasa global de fecundidad en 2004 fuese de 1,9 hijos por mujer (INE). Lo preocupante es que esta cifra es inferior a la tasa de recambio poblacional que es de 2,1 hijos por mujer, concepto que significa que los hijos nacidos por cada mujer no alcanzarían para renovar la población al momento del fallecimiento de sus progenitores. Es así que en 1990 se registraron 292.510 nacidos vivos ocurridos e inscritos y en 2004 solo 230.606 nacidos vivos, reducción equivalente a 21,2% (INE).

Una de las características de la transición demográfica de un país es que los grupos etáreos que forman su población no crecen simétricamente. Es así que hay un aumento progresivo de los grupos etáreos mayores de 65 años (año 2004: 8% de la población total), con una progresiva reducción de la población de 15 a 64 años, definida como la potencialmente activa de un país. Esto trae como consecuencia un mayor descenso de la natalidad, el envejecimiento poblacional, como también problemas sociales, económicos y de salud pública, derivados de ese fenómeno.

Sin embargo ha habido un aumento en la tasa de natalidad de adolescentes. El 83% de las adolescentes que se embaraza son solteras y corresponden al 16.6% de todos los embarazos.

Según los datos de Registro Civil, en 2001 el 50.5% de los nacimientos ocurrieron fuera del matrimonio (versus un 16% en 1960).

Estratificación Social:

Existe un 10% de familias de nivel socioeconómico alto, un 40% de estratos medios y 50% de estratos bajos, situación que se agudiza en los sectores agrícolas. Un hecho destacable es que hoy las familias **urbanas** alcanzan el 86.6% (2,5% más que 1992).

Un 5.6% de hogares son indigentes (no logran satisfacer las necesidades nutricionales de todos sus integrantes con sus ingresos). Un 21.7% de hogares pobres no indigentes, cuyos ingresos eran insuficientes para cubrir todas las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias. El 70% de la población tiene un ingreso menor al promedio nacional (CASEN, 1998).

En las familias de NSE más bajo el aporte de los mayores de 15 años es cercano al 30% del presupuesto familiar, por lo que es habitual que los estudios sean interrumpidos pudiendo optar a empleos no calificados y mal remunerados que aseguran la perpetuidad del círculo de la pobreza.

Al considerar los tipos de familia según el **nivel de ingreso**, destaca que se encuentra un menor número de familias extensas a mayor nivel de ingreso. Y más hogares unipersonales y aquellos constituidos por una pareja sola sin hijos. Las familias nucleares monoparentales, se distribuyen de manera similar en los distintos estratos socioeconómicos. Las familias monoparentales en una alta proporción, tienden a incluir a otros parientes, conformando familias extensas lo que es menos frecuente en los sectores más acomodados. De modo que la familia extensa en nuestro país se configura principalmente por razones de índole económica.

La jefatura de hogar es mayoritariamente masculina, siendo el hombre habitualmente el único proveedor, la participación de los cónyuges se asocia principalmente al aumento de los ingresos del grupo que les permite contar con ayuda en el cuidado de los hijos y en las tareas domésticas. Sin embargo un problema relevante es la compatibilización del trabajo remunerado con el no remunerado ya que al interior de la familia no se ha producido la flexibilización de roles ligados al género necesaria para cumplir con las funciones familiares.

Los hogares según **ciclo y nivel de ingresos** muestran que a mayor nivel socioeconómico, existen menos familias con hijos en el hogar, más parejas jóvenes sin hijos, y más parejas en etapa del nido vacío. De esto se deduce que las parejas retardarían el nacimiento de su primer hijo en tanto las de mayor edad, no se ven en la necesidad de compartir su hogar una vez que los hijos se casan.

A través de los datos obtenidos del último CENSO en líneas generales se puede observar que existe una tendencia a que la vida de la familia se desarrolle en espacios eminentemente urbanos. Se han desarrollado cambios en la forma de vivir en familia con aumento de hogares monoparentales y unipersonales y un aumento de las familias nucleares sin hijos. La vida familiar chilena se ha ido reduciendo en tamaño y empieza a prescindir de los hijos como definitorios de proyectos de vida de hombres y mujeres con una disociación progresiva de la relación parental y la conyugal.

El aumento de la convivencia y de los separados y anulados muestra una estructura familiar en un contexto de cambio, con la consiguiente inestabilidad de los vínculos, inseguridad y desprotección jurídica. La familia en Chile ha dejado entonces de ser una realidad unívoca y homogénea.

ANEXO 4 Seguimiento estrategia de continuidad en el modelo de cuidado crónico

Introducción.

Una enfermedad crónica, implica cambios en el estilo de vida de la persona y familia mantenidos por toda la vida. Requiere de intervenciones variadas, frecuentes e interdisciplinarias, para lograr el manejo de la enfermedad. Estas dos características exigen un acompañamiento y control permanente en todo el proceso desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Seguimiento en este modelo es:

- ◆ Evaluación permanente de las personas incorporadas al programa de crónicos, monitorizando la calidad de la atención y los resultados clínicos.
- ◆ Revisión constante para asegurar que los pacientes obtengan los servicios que necesitan y los beneficios para su óptimo estado.
- ◆ Método para asegurar el nivel de cumplimiento del plan de cuidados programado, generando las alertas para el control de riesgo.
- ◆ Evaluación periódica del paciente para mejorar la calidad de la atención y los resultados clínicos

Objetivos del seguimiento

- 1.- Garantizar el acceso a controles profesionales, adecuando el plan de controles en los pacientes que no logran los objetivos metabólicos con el tratamiento indicado.
- 2.- Coordinar los procedimientos de diagnóstico establecidos en el plan de cuidados
- 3.- Establecer plan para mantener la adherencia terapéutica
- 4.-Garantizar el acceso a un programa estructurado de educación
- 5.- Establecer y monitorizar la bitácora de exámenes de laboratorio

Acciones generales:

- Coordinar con todo el equipo para que las intervenciones se basen en el riesgo cardiovascular y no solo el control metabólico.
- Establecer todas las relaciones de coordinación, comunicación, cooperación entre los integrantes del equipo, para asegurar el cumplimiento del plan de cuidados.
- Acordar criterios de priorización para el seguimiento asignando responsabilidades.
- Diseño de registro de datos de importancia para el seguimiento.
- Obtener información de la población para hacer la gestión del seguimiento.
- Hacer gestión centralizada de casos, incorporando tecnologías de información como la ficha clínica electrónica.
- Monitorizar las metas en la bitácora de exámenes.

- Definir las intervenciones a realizar en el seguimiento.
- Establecer procesos de comunicación con todos los puntos de contacto de la persona nivel primario, secundario y terciario.

Acciones específicas:

- Incorporar como agente clave en el seguimiento a la persona y familia: conociendo su plan de cuidados programado, su equipo de cabecera, el lugar y fechas de atención
- Ayudar a las personas a comprender los objetivos y resultados esperados del tratamiento en todos los contactos de atención, especialmente después de un evento agudo como consulta de urgencia, hospitalización.
- Realizar diagnóstico de la profundidad de las intervenciones de apoyo que requiere la persona para el cumplimiento de su plan de cuidados.
- Establecer la red de soporte para la persona incorporando a la familia como proveedora primaria de cuidados.
- Realizar diagnóstico de factores potenciales que impiden el cumplimiento del plan de cuidados y proponer al equipo un plan de intervención.
- Realizar el monitoreo del programa de intervenciones, identificando brechas entre lo programado y lo efectuado y desarrollando planes de intervención.
- Recolectar información cuando el paciente está hospitalizado informando a su equipo de cabecera, participando en la preparación al alta y coordinando el control ambulatorio.

Ventajas de las acciones de seguimiento en un programa integrado de personas con condiciones crónicas¹³³:

- Mejora el control metabólico
- Mejora el uso de recursos
- Permite mejor adherencia a tratamientos y cuidados preventivos
- Personaliza la atención
- Favorece la satisfacción de la persona y del profesional

¹³³ Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 74(4)511-44.1996.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA.* 288(14)1775-9. 10/9/2002.-- Part Two. *JAMA* 288(15)1909-14. 10/16/2002.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs.* 20(6) 64-78. Nov-Dec 2001.

Wagner EH. Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1(1)2-4. Aug-Sept 1998.

ANEXO 5 Seguridad de pacientes

El Comité Europeo de Sanidad reconoce distintos elementos en un enfoque sistémico de la prevención de riesgos en la atención en salud¹³⁴

- ✓ Organización.
- ✓ Cultura de la seguridad.
- ✓ Evaluación de la seguridad.
- ✓ Fuentes de datos y sistemas de comunicación de incidentes.
- ✓ Factores humanos.
- ✓ Facultades de de las personas y su participación
- ✓ Educación para la seguridad del paciente.
- ✓ Programa de investigación.
- ✓ Marco jurídico.
- ✓ Aplicación de la política de seguridad del paciente.

Para orientar la implementación y el desarrollo de políticas en este marco¹³⁵ propone: .
ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DE LOS PACIE

A.- De las Organizaciones

- ✓ Constituir Unidades específicas de gestión de riesgos en las Instituciones.
- ✓ Establecimiento de un nuevo sistema de participación de los pacientes o sus organizaciones en la gestión del riesgo.
- ✓ Plan de inversiones en tecnologías de comunicación e información que de servicio a la gestión, a la clínica y a los pacientes.
- ✓ Creación de un centro / red de inteligencia que apoye la transformación de datos en información para la gestión clínica y sanitaria.
- ✓ Incentivar actividades de mejora en seguridad de pacientes en cada institución con participación de los profesionales.

¹³⁴ Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

¹³⁵ Elaboración propia a partir de la información recogida en el taller sobre seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

B.- De la formación y la cultura

- ✓ Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios.
- ✓ Sensibilización cultural de los profesionales en prevención de riesgos.
- ✓ Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal de salud
- ✓ Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y personas
- ✓ Formación Pregrado sobre Seguridad de pacientes y gestión de Riesgos a todos los estamentos profesionales.
- ✓ Campañas de información y sensibilización ciudadana sobre riesgos en salud
- ✓ Formación de todo el personal del Servicio por líderes locales y previamente formados.
- ✓ Dar formación a Directivos y personal sanitario sobre seguridad de personas.

C.- De la Evaluación

Creación de un grupo estatal multidisciplinario que diseñe el sistema de gestión de riesgos, su consenso, implantación y sistema de evaluación

Modelo de Acreditación centrado en la Seguridad del Paciente.

D.- De los Sistemas de Información

- ✓ Mejorar los sistemas de información y rediseñar los procesos.
- ✓ Impulsar sistemas de comunicación y análisis de incidentes.
- ✓ Establecimiento de sistemas de información protegidos para la comunicación, notificación de acontecimientos adversos.
- ✓ Establecer indicadores válidos y fiables para poder comparar situaciones y nivel de desempeño, en materia de seguridad, y en los diferentes niveles organizativos del Sistema.
- ✓ Establecer sistema de vigilancia sobre la magnitud y características de los riesgos.

E.- De la Investigación

- ✓ Implantar tecnología digital (programas soporte a decisiones, alertas, etc.), en los puntos de atención clínica a las personas (toma de muestra, cirugía, dental, procedimientos, etc.

- ✓ Identificar los factores latentes que influyen en cada centro.



FUENTE: Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.

Funciones y acciones de los líderes de seguridad de pacientes¹³⁶

Paso 1. Construir una cultura de seguridad

Familiarizarse con la estrategia de gestión de riesgos de su centro de salud
Asegurarse de que los asuntos de seguridad del paciente son discutidos en su centro de salud

Revisar presupuestos, planes de negocio y el desarrollo de servicios para asegurarse que se tienen en cuenta las cuestiones de seguridad del paciente

Promover una cultura de seguridad abierta y justa, estableciendo un ambiente de confianza y mecanismos sistematizados para abordar los eventos adversos

Promocionar el uso de Árbol de Decisión ante Eventos Adversos (IDT)

Paso 2. Liderazgo de equipos de personas

Reuniones con el miembro del equipo directivo con responsabilidad en Seguridad del Paciente, asegurando que la Seguridad del Paciente es abordada a alto nivel del centro de salud

¹³⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) La seguridad del paciente en 7 pasos extraído de http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. consultado el 5 de diciembre del 2007

Incluir la Seguridad del Paciente entre los planes de formación del personal del centro de salud

Paso 3. Integrar las tareas de Gestión de Riesgos

Revise sus estructuras y procesos para asegurarse que integran la seguridad del paciente y de la plantilla, quejas y negligencia clínica, riesgos financieros y riesgo ambiental

Paso 4. Promover que se informe

Promueva que se informe localmente de los eventos adversos

Asegúrese de que se completa un plan local de implementación de seguridad de paciente

Asegúrese de que se informa a la plantilla de los beneficios de informar

Paso 5. Involucrar y comunicarse con pacientes y públicos

Desarrolle un política de «organización abierta» con los pacientes sobre asuntos de Seguridad del Paciente y asegúrese de que pacientes y cuidadores son informados inmediatamente cuando un evento adverso puede causar daño

Asegúrese de que los pacientes y sus familiares reciben una disculpa inmediata, y son tratados con respeto y cordialidad

Paso 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad

Ponga el énfasis en que los Eventos Adversos sean investigados a tiempo por un equipo multidisciplinar

Promueva en el personal el Análisis de Eventos Adversos

Promueva el uso de la herramienta de aprendizaje de análisis causa raíz (ACR)

Identifique qué personas de la plantilla deben realizar formación en ACR

Promueva que el equipo directivo se involucre en la investigación del evento adverso y que participe en el equipo de ACR

Nombre al personal para el equipo de ACR

Paso 7. Implementar soluciones para prevenir daños

Utilice la información generada por el sistema de información sobre incidentes, evaluación de riesgos e investigación de eventos adversos, audite y analice para identificar soluciones locales

Evalúe los riesgos para los cambios que planea. Convierta lecciones aprendidas en prácticas, procesos y sistemas más robustos _

Promueva una postura proactiva en el diseño, evaluación y mejora de la seguridad del paciente .Incluya a todo el personal y a los pacientes

Compruebe los cambios que se han producido como consecuencia de informar sobre eventos adversos y ACR

Definición de términos¹³⁷

Incidente de Seguridad del Paciente: Cualquier incidente inesperado o no intencionado que pueda producir o inducir daño para una o más personas que están recibiendo asistencia sanitaria. «Incidente de Seguridad del Paciente» es un término paraguas que se usa para describir un incidente aislado o una serie de incidentes que ocurren a lo largo del tiempo.

Evento sin daño **Incidente de Seguridad del Paciente:** (Nivel de severidad: no daño). Un incidente de seguridad del paciente que no causa daño, pero no ha sido prevenido (impacto no prevenido) o un incidente de seguridad del paciente que ha sido previsto.

Cuasi-error **Incidente de Seguridad del Paciente:** (previsto) Cualquier incidente en la seguridad del paciente que potencialmente puede causar daño, pero que ha sido previsto. Como resultado no se producen daños a los pacientes del sistema sanitario

¹³⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) La seguridad del paciente en 7 pasos extraído de http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. consultado el 5 de diciembre del 2007

BIBLIOGRAFÍA

ORIENTACIÓN FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Susan Mc. Daniel, Thoms L. Campbell, David B. Seaburn. Editorial Springer – Verlag Ibérica. 1998

SALUD FAMILIAR: Un Modelo de Atención integral en la Atención Primaria. Carmen Hidalgo C., Eduardo Carrasco B. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999

MEDICINA DE FAMILIA: La clave de un nuevo Modelo. Julio Ceitlin; Tomás Gómez Gascón. SemFYC y CIMF. 1997

INTERVENCIÓN FAMILIAR: Guía práctica para los profesionales de la Salud. K. Eia Asen; Peter Tomson. Editorial PAIDÓS. 1997

PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA. Metodologías para la promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie Paltex n° 41. OPS/ OMS. 1999

De consultorio a centro de salud. MINSAL 1997

Modelo de Atención Integral en Salud. MINSAL 2005

Política de Salud y Pueblos Indígenas. MINSAL 2006

Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ OMS, agosto 2005.

http://www.paho.org/spanish/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf

Otras fuentes bibliográficas

OPS (2005) Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf. Consultado el 23 de octubre 2007.

Declaración de Alma Ata (1978, septiembre, 12). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y la UNICEF, párrafo 10.

Programa de Gobierno 2006-2010 disponible en http://www.gobiernodechile.cl/programa_bachelet/programa.pdf consultado el 15 de octubre 2007

A, Téllez. (2007) Atención Primaria: Factor clave en la reforma al sistema de salud

Starfield B, Shi L. Policy-relevant determinants of health: and international perspective. Health Policy 2001; in press)

Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344(8930):1129-33.

Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press, 1998.).

Starfield B, Shi L. Policy-relevant determinants of health: and international perspective. Health Policy 2001; in press)

Starfield B. La primacía de la Atención Primaria en los Sistemas de Servicios de Salud.

Starfield, B (1992). "Primary Care Concept, Evaluation and Policy". Oxford University Press

Shi L, Starfield B. Primary care, income inequity and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. Int J Health Serv 2000;30:541-555. Parchman ML, Culler S. Primary Care Physicians and Avoidable Hospitalizations. J Fam Pract 1994; 39:123-128

Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ 1999; 318:1515-1520.

Barbara Starfield The Primary Solution Put doctors where they count Originally published in the November/December 2005 issue of Boston Review

Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract 1998; 47:105-109

Barbara Starfield The Primary Solution Put doctors where they count Originally published in the November/December 2005 issue of Boston Review

Barbara Starfield The Primary Solution Put doctors where they count Originally published in the November/December 2005 issue of Boston Review

Organización Panamericana de la Salud (s/f) Análisis de la Política de la Atención Primaria en Chile

MINSAL (1997) Evaluación de la Atención Primaria

Encuesta Casen 2000

Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud (2005)

Organización Panamericana de la Salud (s/f) Análisis de la Política de la Atención Primaria en Chile

MINSAL (2006) Subsecretaría de Salud Pública "Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque cultural. Guía básica para equipos de salud",

MINSAL (2006) Política de Salud y Pueblos Indígenas.

Biblioteca Nacional del Congreso en Chile. Concepto de familiar extraído de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>. consultado 16 de diciembre 2007

Nelson, A., Vargas, C. Cambios en la familiar repercusiones en pediatría. Rev. Chilena de pediatría v.72 n.2 Santiago mar. 2001

Dois, A., Montero, L. (2007) Introducción a la comprensión de la familia desde el enfoque sistémico. Diploma de Salud Familiar y Comunitaria PUC

Política de Salud y Pueblos Indígenas, Minsal Febrero 2006

MINSAL (2007) Propuesta para una Política de Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en el Sector Salud

MINSAL (2007) Propuesta para una Política de Transversalización del Enfoque de Equidad de Género en el Sector Salud

Motta, P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo.

MINSAL (2006) Subsecretaría de Salud Pública "Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque cultural. Guía básica para equipos de salud",

Arratia A. Bioética y toma de decisiones. Cuad. Bioética 1999;39(3):152-21.

García D. Fundamentos de bioética. Madrid; EUDEMA, 1989;18-9.

Martín Espildora MN. Bioética y atención primaria. Cuad. Bioética 1999;35(3):569-72

Enfoque de Competencias para la Atención Primaria de Salud Chilena.(2007) Modelo de Trabajo para su Desarrollo en el Ámbito Público1 Montero, J., Rojas, P., Muñoz, M et col

Miguel Hernández Universita Manual de Diseño de Proceso **Servicio de Gestión y Control de la Calidad**

FONASA (2005) Díaz, E. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN SALUD http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/documento_de_trabajo_n__3.pdf

Interventions to improve patient adherence with medications for Chronic Cardiovascular Disorders. Special report. BlueCross BlueShield Association. 2003.

Stephen J. Spann, M.D., M.B.A. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria

Wagner et al: Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs 20 (6):64-78, 2001.

Ed Wagner MD, MPH MacCollInstitute for Healthcare Innovation Group Health Cooperative Improving Chronic Illness Care, a national program of The Robert Wood Johnson

Bodenheimer T., Wagner E., Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA 2002; 228:1175-1179

Piatt G., Orchard T., Emerson S et al. Translating the chronic Care Model Into the Community. Diabetes Care 29:811-817,2006.

Sánchez, O. **Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas**

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29–N.º 2-2005

P.R.E.C.E.D.E.: P (Predisposing o Predisponentes), R (Reinforcing o Reforzantes), E (Enabling o Facilitadores), C (Causes o Causas), E (Education o Educacional), D (Diagnosis o Diagnóstico), E (Evaluation o Evaluación).

Rogers, CR; Kinget, GM (1967) Capítulo V El terapeuta. En Psicoterapia y relaciones humanas. Alfaguara, Madrid. Pp111-131

Velicer,W. F, Prochaska, J,o, Fava, J. L. Et. Al (1998). Detailed overview of the transtheoretical model overview of the trnastheoretical model.extraído de <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>, consultado el 17 de diciembre 2007

Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC. When you change. In: Prochaska JO, Norcross JC & Di Clemente CC (eds). Changing for Good. New York: Avon, 1994, p 36-50.

Lacroix A, Jacquemet St, Assal JPh. Help your patients to improve self-management: building a therapeutic chain. The DESG teaching letter N° 9, WHO: Division of therapeutic education for chronic diseases. Geneva:1996, p 1-6.

Organización Panamericana de la Salud. Por la seguridad del paciente. Extraído de http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm consultado el 20 de diciembre 2007

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) La seguridad del paciente en 7 pasos extraído de http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf. consultado el 5 de diciembre del 2007

Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.

Reporte "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro" (To err is human: Building a safer health system) del Institute of Medicine de los Estados Unidos en 1999:

Estándares de seguridad para pacientes publicados en el 2001 por la Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO

Cantor MD. Telling patients the truth: A systems approach to disclosing adverse events. Quality in Health Care 2002 Mar.11(1):7-9.

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors,. JAMA 2003;289(8): 1001-7.

Joint Comisión Internacional Accreditation (2000) Manual de Acreditación para Hospitales.

Cosialls, D (2000 Gestión Clínica Administración Sanitaria Volumen IV. Número 15

Ayarza (s/f) Importancia del modelo de gestión en los proyectos de inversión extraído de <http://www.prematuros.cl/webjunio/gestion/modelogestion/modelogestiondrayarza.htm> consultado el 29 diciembre 2007

Reforma de Salud extraído de <http://www.modernizacion.cl/1350/propertyvalue-23007.html>. consultado el 28 de diciembre de 2007

