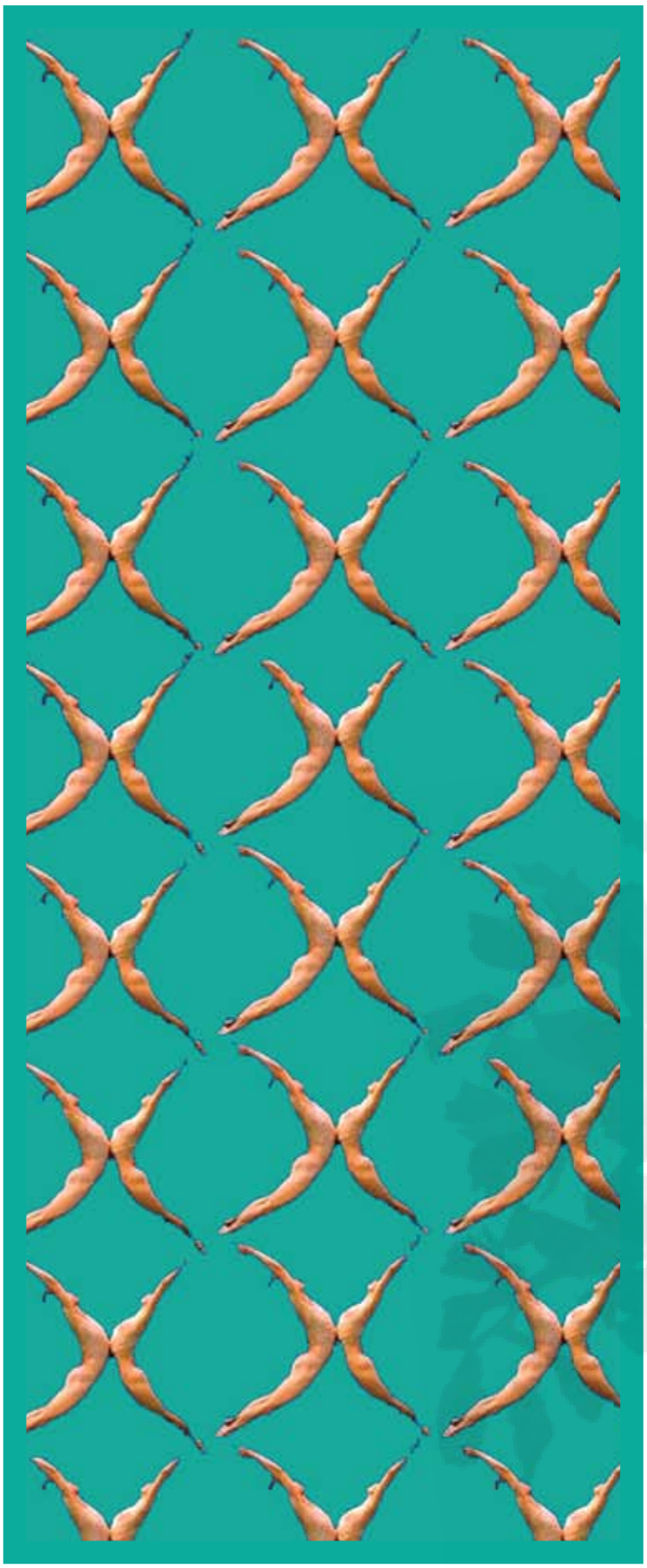


EN EL CAMINO A **CENTRO DE SALUD FAMILIAR**

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

EN EL CAMINO A
CENTRO DE SALUD FAMILIAR

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

2008

COLABORADORES

Este Libro surge como solicitud del entonces jefe de División de Gestión de Redes Asistenciales y hoy **Subsecretario de Redes Asistenciales Dr. Ricardo Fábrega Lacoa.**

Autoras

Dra. Ruth Depaux V.
Dra. Lidia Campodónico G.
E. U. Isabel Ringeling P.
Dra. Isabel Segovia D.

Coordinación edición:

Dra. Ruth Depaux

Colaboradores

T. S.	Clarisa Ahumada
Mat.	Hernán Aguilera
E. U.	Ivonne Alhers
Dra.	Ximena Acuña
Sr.	José Alvear Svitt
Mat.	Fanny Berlagoscky
Dra.	Gabriela Brignardello
Dra.	Carmen Castillo
Dr.	Cristián Carvacho
Dra.	Elizabeth Chandía
T. S.	Nora Donoso
T. S.	Flor Dragicevic
Dra.	Adriana Fuenzalida
Mat.	María Bernardita Fernández
Mat.	Patricia González
Nut.	Pamela Herrera
Dr.	Alfredo Jerez
Dr.	Luis Leiva
Dra.	Sandra Madrid
Dr.	Alberto Minoletti
Dr.	Joaquin Montero
Psic.	María Graciela Muñoz
E. U.	Mireya Muñoz
Dr.	Reinaldo Muñoz
Mat.	Sabina Pineda
E. U.	Victoria Pezoa
Sra.	Marcela Pessoa
Dr.	Juan José Pereda
Dra.	Blanca Peñaloza
Dr.	Álvaro Téllez
Dra.	Nancy Rodríguez
Dra.	Ximena Ramírez
E. U.	Luz María Rojas
Dr.	Sergio Santibáñez
Dra.	Patricia Sepúlveda
E. U.	Marla Solari
Dr.	Rodrigo Soto
Dra.	Francisca Toro
Psic.	Olga Toro
T. S.	Patricia Valladares
Dra.	Mónica Winkler
Dr.	Pedro Yánez
Sra.	Helen Zúñiga

Agradecemos especialmente la contribución al Documento final a:

T. S.	Clarisa Ahumada
Dr.	Rodrigo Araya
Mat.	Fanny Berlagoscky
T. O.	Soledad Bunger
T.S.	Nora Donoso
Sra.	Sandra Jordán
Dr.	Alfredo Jerez
Dr.	Antonio Infante
Sra.	Pamela Meneses
E.U.	Cecilia Moya
Dra.	Soledad García
Dra.	Teresa Carpintero
E. U.	Ximena Lorca
Dr.	Álvaro Téllez

Agradecemos el aporte generoso de los equipos de salud que a lo largo del país contribuyen con su esfuerzo a construir día a día con su experiencia las páginas de este y muchos libros.

A los y las Encargadas de Salud Familiar de los Servicios de Salud que acompañan a sus equipos en la ardua tarea de la transformación a Centro de Salud Familiar.

INDICE

PRESENTACIÓN Salud Familiar: Un Modelo de Atención Primaria para Chile. 7
INTRODUCCIÓN Salud Familiar: Un Modelo de Atención Primaria para Chile 9
CAPÍTULO I. Atención Integral con Enfoque Familiar 11
CAPÍTULO II. Introducción al Trabajo con Familias. 23
CAPÍTULO III. Desarrollando El Centro de Salud Familiar. La Orientación de un Cambio. 39
El Proceso de Transformación 43
Etapa Consultorio 45
Etapas en la Transformación a CESFAM 45
Etapa de Motivación y Compromiso 45
1. Orientación y guía del proceso 48
2. Capacitación 48
3. Dirección participativa 49
4. Diagnóstico de Salud / Planificación Local Participativa 49
5. Planificación del cambio 50

Etapa de Desarrollo 53
1. Dirección 54
2. Organización Interna.. 54
3. Capacitación 55
4. Sistemas de Información, Coordinación, Registro 55
5. Evaluación, Control Y Monitoreo 56
6. Relación Equipo, Usuario, Familia 57
7. Centro de Costo. 57
8. Trabajo con la Comunidad 58
9. Trabajo con la Red 59

Etapa de Fortalecimiento 63
1. Atención Basada en los Principios del Modelo 63
2. Dirección 66
3. Equipo de Salud. 67
4. Capacitación 67
5. Organización Interna 68
6. Programación Local 69
7. Gestión del Recurso Humano 70
8. Gestión de la Demanda 71
9. Sistemas de Información, Coordinación, Registros 72
10. Evaluación, Control Y Monitoreo. 73
11. Centro de Costo. 73

Etapa de Consolidación: Modelo Instalado **77**
El Centro de Salud Familiar o CESFAM. 78
1. El Equipo Y Su Trabajo 78
2. Liderazgo 81
3. La Gestión 81
4. Recursos Y Equipamiento 84
5. Capacitación 84
6. Integración 84
7. El Usuario Y Su Familia 85
8. La Comunidad 85
9. El Municipio 86

El Centro de Salud Familiar y las Instituciones Formadoras **88**
Anexo 1. El Modelo Biopsicosocial y el Proceso Salud Enfermedad 91
Anexo 2. Concepto y Generalidades sobre Familia en Chile 97
Anexo 3. Niveles de Intervención con las Familias 103
Anexo 4. Instrumento en salud Familiar 107
Anexo 5. Planificación Estratégica 115
Anexo 6. Población a Cargo y Sectorización 123
Anexo 7. Análisis del Grado Avance y Transformación a CESFAM Clasificación Según Etapas 127
Anexo 8. Bibliografía Recomendada Para Un Centro De Salud Familiar. 131

"Cada vez que actúo en conformidad con lo que es mi ser íntimo, no hay arrepentimiento posible. No tengo opción de hacerlo de otra manera. Prefiero eso que actuar tibiamente. Así correría menos riesgos, pero estoy segura de que mi corazón no estaría en paz"

K. M

PRESENTACIÓN

SALUD FAMILIAR:
UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CHILE

La Reforma de la Salud ha introducido cambios radicales que están transformando el Sistema de Salud Chileno. En su esencia, reconoce el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutiva y respetuosa.

La sustentabilidad técnica y financiera de este nuevo sistema, así como el cumplimiento de los objetivos sanitarios que el gobierno se ha propuesto, requiere de importantes transformaciones en el modelo de atención, en las entidades que proveen dichos servicios y en la cultura de los usuarios.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas. Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Acoge, trata, rehabilita y ayuda a las personas a su reinserción.

Más allá de los avances alcanzados en la transformación del modelo, el desafío persiste. Uno de los elementos fundamentales es consolidar una relación que ponga al usuario en el centro del quehacer, con respeto, empatía y compromiso entre usuarios e integrantes del equipo de salud. El ejercicio de los derechos y deberes de cada uno es un pilar primordial para el cambio cultural impulsado.

Es preciso potenciar las capacidades de la Atención Primaria, llevar los servicios lo más cerca posible de las personas, mejorar la calidad de las prestaciones, completar la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias, abrir nuevos espacios a la participación ciudadana y establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas locales.

Todos los establecimientos de Atención Primaria a lo largo del país deben estar a la altura de estas exigencias.

Algunos fueron pioneros en este proceso, siguiendo el camino trazado en 1993, cuando se inició la transfor-

mación de los Consultorios a Centros de Salud. A partir de 1998 y los años siguientes, otros se han sumado a la implementación de las nuevas orientaciones, hasta transformarse en Centros de Salud Familiar. Han mostrado que la tarea, por ambiciosa que parezca, es posible y reconfortante. Son los pioneros, a ellos nuestros agradecimientos.

Nos enfrentamos hoy al desafío de hacer realidad este Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario en todos los establecimientos de Atención Primaria del país, siendo nuestra meta que cada uno de ellos sea un Centro de Salud Familiar. Sabemos que no todos ellos se encuentran en el mismo nivel de desarrollo, pero estamos ciertos que, con el debido apoyo y orientación, sabrán alcanzar la meta.

La publicación de un libro como el que hoy presentamos, obedece a la necesidad de que cada equipo de salud, independiente del punto en que hoy se encuentre, pueda contar con un documento que le oriente sobre el camino a recorrer o que le permita reflexionar sobre lo ya recorrido.

Este es el sentido del libro que entregamos y que sintetiza la experiencia de los profesionales que han trabajado sobre el tema desde los distintos niveles del sistema y del mundo académico, y 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 Frabrega Lacoa
Subsecretario de Redes Asistenciales

INTRODUCCIÓN

SALUD FAMILIAR: UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CHILE

La necesidad de relevar el rol de la familia en el proceso de atención de la salud ha estado presente desde comienzos de la década de los noventa. En ese entonces, el Ministerio de Salud se suma a la iniciativa de la Universidad de Chile de formar médicos especialistas en Medicina Familiar, y, además inicia las primeras experiencias piloto de atención con enfoque familiar en organizaciones no gubernamentales.

En 1993, como consecuencia de la publicación del documento "De Consultorio a Centro de Salud", empiezan a surgir, en el nivel primario de atención, equipos de salud que lentamente muestran, en su diario quehacer, características propias del modelo que allí se describe.

En la introducción de dicho documento se lee: "Hoy se concibe al consultorio como un establecimiento con adecuada capacidad resolutiva, preocupado tanto de dar respuestas eficientes y eficaces a las necesidades específicas de salud de las personas y familias, como de contribuir, con lo mejor de sus esfuerzos, a mejorar el ambiente donde vive y trabaja la comunidad. En síntesis, comprometido con la calidad de vida de esa comunidad en la cual está inserto y a la cual sirve." Así se entendía el rol del Centro de Salud.

Las bases del modelo fueron planteadas ese año y mantienen su vigencia. Sin embargo, fue a partir de 1998, cuando se puso un mayor énfasis en la necesidad de poner a la familia como marco de referencia en el cuidado de la salud del individuo y también en considerar a la familia como unidad de cuidados. Desde ese momento surgen los primeros Centros de Salud Familiar.

Finalmente el año 2001, con la Reforma sectorial, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario es legalmente sancionado como la nueva manera de atender y se establecen las bases de una gestión en torno a redes asistenciales.

El libro, "De Consultorio a Centro de Salud", fue una interpelación a nuestras convicciones con relación a la Estrategia de Atención Primaria de Salud. Presentaba las bases para el cambio de Consultorio a Centro de Salud

El presente libro desafía a los equipos de salud a profundizar este cambio, a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en eje de desarrollo social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario.

El libro se ha organizado en tres capítulos y anexos:

Capítulo I
Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario: En este capítulo se describen los elementos esenciales que caracterizan el Modelo.

Capítulo II
Introducción al Trabajo con Familias: En este capítulo mediante preguntas y respuestas se hace un análisis de los principales desafíos que implica para el equipo de salud la incorporación de la familia como unidad de cuida-

dos y describe las estrategias básicas utilizadas para dar respuesta a la familia como sistema.

Capítulo III

Desarrollando el Centro de Salud Familiar: Capítulo esencial del libro. Reordena y organiza la experiencia acumulada a través de los años. Reconoce las dificultades y los riesgos a los que han debido enfrentarse los equipos de salud. Identifica las etapas por las cuales han ido transitando en su proceso de crecimiento y transformación y las sistematiza. Caracteriza para cada etapa los elementos fundamentales del cambio, así como los productos que dan cuenta de los logros alcanzados.

Anexos:

Nº 1. Modelo Biopsicosocial
Nº 2. Generalidades de familia
Nº 3. Niveles de Intervención Familiar
Nº 4. Instrumentos en Salud Familiar
Nº 5. Planificación Estratégica
Nº 6. Población a cargo y sectorización
Nº 7. Pauta: Análisis del grado de avance y transformación a CESFAM
Nº 8. Bibliografía recomendada para un CESFAM

Nos es muy grato ofrecer este libro a quienes, otorgando cuidados primarios, buscan mejores formas de responder a las necesidades de las personas, familias y comunidades.

A quienes recién comienzan su camino de transformación, esperamos que les facilite la ardua tarea de convertirse en un Centro de Salud Familiar; para los demás, será la oportunidad de hacer un alto y reflexionar sobre el camino recorrido, las lecciones aprendidas y los nuevos rumbos que deberán emprender.

Cap. I

"Hoy puede ser un gran día
Plantéatelo así
Aprovecharlo o que pase de largo
Depende en parte de ti"

J. M. S.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON **ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO**

1

Le tocaba ver al paciente número 15 de esa mañana. A esas alturas ya casi ni se acordaba que se había comprometido en ir a visitar a la Sra. Carmen, que a causa de una fractura de cadera la habían dado de alta hacía pocos días.

El bullicio de la sala de espera apenas le permitía poner atención a lo que Don Pedro le estaba empezando a contar.

Algo en su interior la tenía intranquila y creía saber por qué... una extraña sensación de que la persona que acababa de atender se había ido disconforme (...¿cómo era que se llamaba?...)... ¡y no podía concentrarse en lo que Don Pedro le decía...!

En el marco de la Reforma de Salud se plantea un Modelo de Atención cuyos elementos constitutivos se espera expresen las mejores respuestas a las necesidades de salud y a las expectativas que las personas tienen de dichas respuestas.

Los equipos de Atención Primaria desde principios de la década de los noventa venían intentando producir cambios en su quehacer en cuatro ejes: asistencial, organizacional, de la participación comunitaria y de la coordinación intersectorial. Sin embargo los cambios habían sido muy desiguales a lo largo del país.

2

...hasta que de repente algo se aclaró en su mente: "enfoque integral" ¡eso era!...ahora lo tenía claro. ¡de eso se trataba! "ese era un caso de los que le habían hablado en el curso". Entonces pudo concentrarse en Don Pedro. Ya retomaría la ficha anterior e intentaría arreglar el error.

En el Documento "Modelo de Atención integral en Salud", publicado por el Ministerio de Salud en el año 2005, se encuentran claramente representadas las características del Modelo y pueden resumirse como sigue:

- Que esté centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud;
- Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados;
- Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos;
- Que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada;
- Que trabaje en Red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.
- Que tienda al cuidado ambulatorio;
- Que abra espacios para la participación en salud y la intersectorialidad;
- Que promueva la mejora continua de la calidad de atención y
- Que en todo momento considere una adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.

3

Notó que Don Pedro salió satisfecho de la consulta. Dispuso de unos minutos para tomar la ficha anterior y volvió a leer el motivo de consulta: "Dolor lumbar recurrente, cefalea holocranea de larga data..." El apuro había hecho que no pidiera más antecedentes que los habituales para descartar algo orgánico e indicó antiinflamatorios y ejercicios para bajar de peso...alcanzó a vislumbrar ¿tristeza? en los ojos de ella... ¡pero le quedaban tantas personas todavía...!

Como una forma de asumir la integralidad de las situaciones de salud enfermedad de las personas y familias, se planteó la necesidad de inducir una mirada sistémica, poniendo el acento en ampliar el enfoque biomédico a un enfoque que fuera capaz de incluir las distintas dimensiones del ser humano que ayudara a comprender la experiencia manifestada en síntomas o signos.

Esto es el Modelo Biopsicosocial planteado por George Engel en el año 1977. (Anexo 1)

El modelo biomédico permitió grandes avances en el conocimiento y en desarrollos tecnológicos vinculados a la salud, pero este modelo se hace insuficiente al no considerar o minimizar la influencia de las variables psicosociales.

4

... empezó a pensar que tal vez la dolencia de la Sra. Irene, era una profunda experiencia de sufrimiento humano que ella no se había atrevido a diagnosticar, tratando sólo el dolor, sin buscar más allá...

La super especialización, el predominio de la tecnología y la deshumanización de su práctica, en lo que se ha llamado la crisis de la medicina, ha generado insatisfacción de los usuarios, pero también insatisfacción de los prestadores.

Esta crisis alcanzó a todos los ámbitos de los Sistemas de Salud y la red de cuidados primarios no fue ajena a esto.

Si se analiza los motivos de consulta en atención primaria, es posible encontrar que muchas de las dolencias de las personas no pueden ser clasificadas como enfermedades. La dolencia puede reflejar una etapa de la historia natural en la que aún no se expresa la constelación de síntomas que le son propios, pero también puede reflejar el malestar producido por situaciones de su contexto vital familiar, laboral o social. Ambas situaciones requerirán de un análisis y afrontamiento diferentes.

5

Entonces tomó la decisión: al término de la mañana, cuando terminara de atender tomaría el teléfono y llamaría a la Sra. Irene. Acordaría con ella una Visita al domicilio y vería la forma de revertir esta situación que había comenzado tan mal...

Los significados del malestar llevan a diferenciar la enfermedad como entidad abstracta, tener una enfermedad, sentirse enfermo y ser reconocido como enfermo, variantes que tienen expresiones diversas desde la perspectiva de quien la sufre.

El profesional podría ver a la persona desde la enfermedad abstracta y tratar el síntoma, o verla en forma holística, como un sistema, intentando comprender la globalidad. La perspectiva biopsicosocial enfatiza el segundo enfoque.

6

La Visita domiciliaria quedó acordada. En principio iría con la Técnico Paramédico de su sector, ya que necesitaba reponer el vínculo de aquella consulta anterior. Luego vería. Lo que la esperaba sería mucho más sorprendente.

Un alto porcentaje de estos malestares se resuelve sin consulta al Sistema Sanitario formal y las personas o familias con sus propios recursos, recobran un estado de salud más favorable. La gama de respuestas, por lo tanto, debe considerar esos recursos en primer lugar, siempre acoger, orientar, acordar estrategias y agregar intervenciones externas cuando lo anterior no es suficiente.

Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales.

7

Cuando conoció al esposo de la Sra. Irene, no pudo evitar un nudo en la garganta. Hacía 5 años, luego de un accidente laboral que dañó su médula, quedó parapléjico. Tenían un hijo de 8 años que iba al colegio en la mañana; una vecina lo iba a buscar al colegio, lo traía a la casa y le daba el almuerzo a él y a su marido...y así todos los días...

El equipo de salud es un componente más de las muchas interacciones que tiene la persona. Esto permite acompañarla plenamente, en las situaciones determinadas por su ciclo de vida en las que no podrá curar ni salvar, pero que la mayoría de las veces podrá aliviar y siempre cuidar.

8

Al volver de la casa de la Sra. Irene, nuestra médica de cabecera se preguntaba si sería posible seguir dando las indicaciones desde su escritorio, luego de haber conocido una realidad tan difícil como la que acababa de conocer.

La función entonces ya no es curar la enfermedad, sino cuidar la salud. Se pasa de una medicina centrada en la enfermedad a una atención centrada en la persona y su particular forma de vida, en su contexto familiar y social. Así, el rol de los profesionales se amplía a la promoción activa de la salud a lo largo de la vida de las familias, asumiendo una función de facilitador, reconociendo a la familia como responsable y cuidadora de su salud.

La unidad cuerpo/mente es real en la persona que tenemos enfrente. Por lo tanto, en el enfrentamiento del problema de salud es imprescindible observar y considerar esta unidad: no existen personas con problemas o enfermedades puramente físicas o puramente psicológicas, porque en los seres humanos coexisten múltiples dimensiones.

De esta manera se nos presenta una forma diferente de mirar el proceso salud enfermedad, más amplia y más inclusiva.

9

Tenía la sensación que su ser médico había tomado una dimensión distinta, ahora entendía cuando Gloria, la Trabajadora Social le venía a contar todas esas cosas pero ella poca atención le ponía. Ahora todo tenía sentido.

El acto terapéutico tiene un contenido y una forma, igualmente importantes. Como en cualquier encuentro humano, se establece un sistema, en el que tanto el profesional (o el equipo) como la persona (o la familia) están siendo mutuamente influenciados.

Dado que toda persona tiene una historia de vida particular, única, cada contacto genera en el profesional, emociones que deben ser abordadas de manera consciente, con el objeto de cuidarse para constituirse en un mejor apoyo para la persona o familia que solicita ayuda.

10

Le pareció que debía poner el caso en reunión de equipo de sector. Quería contarles primero cómo se sentía (tenía una mezcla extraña de culpa y alegría) y luego seguro que el resto del equipo le ayudaría a buscar formas de ayuda para la familia de la Sra. Irene.

En el enfoque de atención centrado en la familia **la comprensión del proceso salud enfermedad se hace desde el modelo biopsicosocial generando de esta manera una visión integral de la situación de salud de individuos y familias.**

La compresión diferente de la situación salud enfermedad, necesariamente debe traducirse en la búsqueda de respuestas más integrales, tanto desde el sistema de cuidado familiar como desde el equipo de salud. La posibilidad de abrirse a respuestas innovadoras es mucho mayor.

Entre los ámbitos relevantes del ser humano se reconoce a la familia como el que genera las mayores y más permanentes influencias.

En el Modelo de Atención Integral propuesto se releva como foco de atención la familia.

La familia influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros. Así mismo la situación de salud de cada miembro influye al sistema en su conjunto. Esta relación se ha expresado como la existencia en la familia de características que pueden ser factores protectores o de riesgo para determinadas alteraciones en la salud, en determinadas pautas de conducta, en la forma cómo la familia reacciona frente a la enfermedad, como cuidadora, como conceptualiza la salud o cómo se organiza el funcionamiento familiar frente a la enfermedad[1].

1 Salud Familiar. Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Carmen Hidalgo Eduardo Carrasco

11 ***Se había enterado que la mamá de la Sra. Irene vivía un poco lejos, en otra comuna, pero igualmente viajaba 2 horas, 3 veces a la semana, para ayudarla con el aseo y acompañar al nieto y movilizar a su yerno, pero la señora estaba anciana y a la Sra. Irene cada vez le daba más pena los viajes de su madre. Pero era la única manera que tenían para que la Sra. Irene pudiera trabajar...***

Se entiende por enfoque familiar la práctica clínica que recoge información sobre la estructura familiar, las relaciones familiares, las pautas de conducta relacionadas con la salud, las conexiones emocionales y los recursos familiares, con el fin de entender al individuo inserto en su contexto[2]. A partir de esta comprensión se logrará una mejor organización de las respuestas con los recursos familiares.

Por otra parte al incorporar la familia como unidad de cuidados, se está reconociendo -y ayudando a la misma familia a reconocer- que muchas situaciones necesitan de la participación de la familia como sistema, para incrementar la efectividad de la intervención.

12 ***Cuando la Sra. Irene pudo hablar de lo culpable que se sentía por hacer venir a su madre de tan lejos a cuidar a su esposo y a su hijo y su madre le dijo lo feliz que ella se sentía de poder ayudarla, pareció que se sacó un peso de encima. Una hermana del esposo se ofreció para venir algunos fines de semana a acompañarlo y así la Sra. Irene podía descansar un poco...***

La continuidad del cuidado es una aspiración de las personas y se constituye en uno de los principios relevantes del enfoque centrado en la familia. La atención personalizada y mantenida a lo largo del tiempo, permite un conocimiento acumulativo de las personas y familias a cargo, desarrollo de vínculos y un compromiso profundo entre los integrantes del equipo de salud y su población a cargo.

En la continuidad de los cuidados es importante comprender las siguientes dimensiones:

La continuidad cronológica se refiere al cuidado en salud y enfermedad (historia natural), y a lo largo del ciclo vital individual y familiar, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La continuidad geográfica se cumple al otorgar cuidados en los distintos lugares donde ocurra el contacto entre el equipo de salud y las personas o familias a cargo. Esto comprende el Centro de Salud, el domicilio, el colegio, el lugar de trabajo, el hospital, el lugar de internación permanente o transitoria y los lugares distantes al domicilio por situaciones laborales u otras.

La continuidad relacional está dada por la creación de vínculos afectivos, de compromiso, de conocimiento y confianza mutua, que es consecuencia de las dimensiones anteriores e influye en el resultado en salud.

En la continuidad de los cuidados es importante comprender las siguientes dimensiones:

- La continuidad cronológica: se refiere al cuidado continuo en salud y enfermedad (historia natural), y a lo largo del ciclo vital individual y familiar, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

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

- La continuidad geográfica se cumple al otorgar ciudados en los distintos lugares donde puede ocurrir el contacto entre el equipo de salud y las personas o familias a cargo. Esto comprende el Centro de Salud, el domicilio, el colegio, el lugar de trabajo, el hospital, el lugar de internación permanente o transitoria y los lugares distantes al domicilio por situaciones laborales u otras.

- La continuidad relacional se logra mediante la creación de vínculos afectivos, de compromiso, de conocimiento y confianza mutua, que es consecuencia de las dimensiones anteriores e influye en el resultado en salud.

13 ***Las siguientes oportunidades que algún miembro del equipo de cabecera atendiera a la familia de la Sra. Irene, ya sabría de qué se trata, por lo tanto le sería más fácil comprender las necesidades de cada uno.***

Además de los beneficios para el equipo de salud por el conocimiento que permite, se constituye en un elemento para la calidad de atención y una demanda sentida y expresada por la comunidad.

En un sentido global, como Sistema de salud, la continuidad puede ser comprendida, como la respuesta continua que se otorga a las personas en los distintos puntos de la Red de salud, tanto en los cuidados primarios como especializados, ya sea ambulatorio como en la atención cerrada, e independiente del lugar geográfico del país donde la persona se encuentre por razones laborales u otras.

En el análisis de situaciones de salud, el trabajo en equipo no jerarquizado es una característica esencial y condición necesaria para el enfoque multidisciplinario. La confluencia de miradas desde diferentes disciplinas aporta a un análisis más integral de la situación de salud, no sólo de individuos y familias, sino de la comunidad en su conjunto.

14 ***Cuando el equipo analizó el caso de la Sra. Irene lo más significativo fue descubrir toda la información que manejaban y que nunca habían puesto en común. Al parecer la familia ya se había movilizado para responder a sus necesidades y la mayor parte de sus síntomas era por el sufrimiento y cansancio de un problema llevado por tan largo tiempo, emociones no explicitadas, pero que al compartirlas, les había servido para sentirse mejor. Ahora el equipo debía jugar un rol protector de la salud mental en el largo plazo...***

Cada contacto con los individuos, familias, organizaciones e instituciones se visualiza como oportunidad para efectuar acciones promocionales y preventivas. Los aspectos curativos son enfrentados con un enfoque integrador de manera de minimizar el impacto de los problemas de salud, disminuir su recurrencia y lograr la adherencia de las personas al plan consensuado.

Se entiende la promoción de la salud como un compromiso multisectorial, incluida la comunidad. El equipo de salud se hace parte de las estrategias que la potencian, en miras a una mejor calidad de vida.

15 *Una idea que surgió en el equipo fue, sugerir a la Sra. Irene, su inserción a algún grupo comunitario. Ella estaba muy sola. En algún momento participó activamente en un grupo de apoyo solidario en su población, pero luego del accidente, se aisló...*

El equipo necesita introducirse en el contexto social, comunitario y familiar para mejorar la comprensión de las distintas dimensiones en que ocurre la vida de la población a cargo y una mejor utilización de los recursos existentes a nivel familiar, comunitario y social.

La conformación de equipos de salud multidisciplinarios a cargo de poblaciones pequeñas facilita el acercamiento.

16 *Antiguas compañeras del grupo de la Sra. Irene se acercaron a invitarla y ella se sintió menos culpable de dejar solo a su marido una tarde para poder compartir de nuevo con esas ideas que tanto le gustaban...*

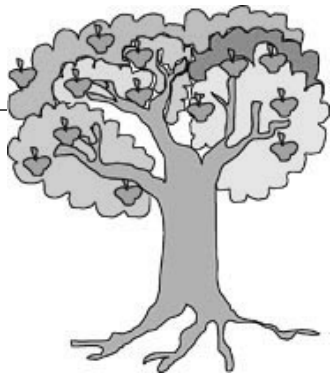
Se establece una relación equipo-comunidad que enfatiza una mayor responsabilidad por el autocuidado y el cuidado del entorno. La comunidad es parte del desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

La comunidad es un componente más de las distintas redes con las que cuentan las familias.

17 *No habían pasado muchos meses cuando al grupo de la Sra. Irene se le ocurrió la idea de formar un grupo de voluntariado para visitar a los domicilios de pacientes postrados para organizar tardes de entretenimiento, compartiendo con ellos y sus familias, juegos, conversaciones y algún tecito.*

Los integrantes del equipo conocen, valoran y optimizan los recursos comunitarios disponibles para cuidar la salud de las personas y familias a cargo.

LAS IMPLICANCIAS



Los parrafos anteriores describen los tres grandes cambios que se producen en el equipo de salud:

- Una forma distinta de analizar el proceso salud enfermedad. Desde una secuencia causa- efecto (pensamiento lineal) hacia una manera circular de comprensión de los fenómenos socio psico biológicos. (pensamiento sistémico)

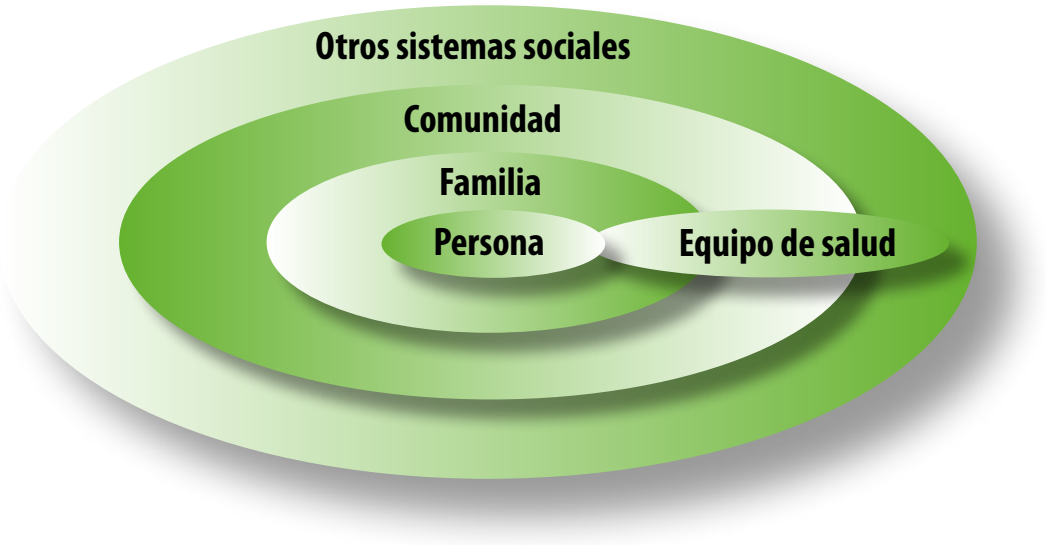
- Una forma distinta de relación con las personas, familias y comunidad, en la que su participación pasa a ser relevante en la promoción y prevención. En materia curativa la perspectiva del usuario es fundamental en el diagnóstico, en las intervenciones y en el seguimiento. Todo lo anterior implica también, una forma relacional diferente, entre los miembros del equipo de salud.

- Una forma distinta de hacer salud, tanto en el diseño de las intervenciones (más participativa) como en el tipo de respuestas que se implementa.

Estos cambios introducen exigencias de adaptación a los equipos de salud, en cuanto competencias técnicas y relacionales:

- Desarrollo de una actitud de profundo respeto por el otro
- Aceptación del otro como un ser distinto, único y autónomo
- Mejor entendimiento del contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.
- Interés por la persona, su historia, sus temores y expectativas
- Compromiso por el otro como ser social, aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.
- Reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.
- Explicar lo que el otro necesita saber.
- Informar con honestidad, siempre en sintonía con las necesidades de las personas y familias
- Continuidad en el vínculo que se manifiesta en el cuidado durante la vida y en ayudarlo a bien morir.

Un Modelo que pone en el centro de su quehacer a las personas y sus familias responde a las expectativas que aquellas tienen respecto al cuidado de su salud.



Para la persona:

- Reconocida de manera integral
- Escuchada, respetada, con posibilidad de opinar
- Activa en la toma de decisiones
- Con conocimiento y opinión sobre los riesgos y beneficios de las indicaciones profesionales
- Con claridad sobre sus deberes y respetada en sus derechos
- Responsable en el cuidado de su salud
- Capaz de utilizar los recursos personales y del entorno para el cuidado de su salud.

Para la Familia (Anexo 2)**:**

- Fortalecida desde su propia perspectiva
- Respetada en su diversidad
- Preparada para hacer frente y salir fortalecida de las crisis normativas
- Acogida y acompañada en sus crisis
- Potenciada en su capacidad de Autocuidado y sus factores protectores
- Con conocimiento de sus redes sociales
- Cuidada en su proceso salud enfermedad

Para la Comunidad:

- Fortalecida en su rol
- Informada y respetada
- Participativa en la toma de decisiones en materia de salud
- Co responsable en el cuidado de la salud de la población y del medio ambiente
- Con claridad en los deberes y derechos

De la misma manera este Modelo es una oportunidad para el Sistema en sí:

Para el Equipo:

- Comprometido con la integralidad del ser humano al cual sirve
- Con mayores habilidades y destrezas para la comprensión del proceso salud enfermedad
- Satisfecho en la relación con los usuarios
- Contento con su trabajo
- Respetado por usuarios y comunidad
- Resolutivo. Mayor sentido de logro
- Con sentido de pertenencia
- Cuidado en su propia integralidad

Para el Sistema Social:

- **En cuanto análisis del proceso salud enfermedad y logro de objetivos sanitarios:**
  - Mayor protagonismo del usuario en su diagnóstico
  - Mejoría en cobertura de actividades de promoción y prevención en salud
  - Pesquisa precoz de problemas sanitarios
  - Mejor resultado en problemas del ámbito psicosocial, patologías psicosomáticas, policonsultas y patologías crónicas en general
  - Disminución de muertes evitables
  - Mayor integralidad en las respuestas
  - Fortalecimiento del trabajo en red
- **En cuanto pertinencia cultural:**
  - Co construcción de procesos con respeto a la diversidad, a la historia local, a la cultura.
  - En cuanto focalización en los Determinantes de la salud (Anexo 3)
  - Fortalecimiento de la asociatividad
  - Mejoría en el uso del tejido social
  - Ejercicio práctico de la participación
  - Contribución a la creación de capital social
  - Aseguramiento del acceso a la atención de salud con equidad

La habían citado a control. La Sra. Irene se quedó un rato pensando antes de salir del Centro de Salud. Ese día la habían atendido como siempre a la hora, pero sintió que algo había cambiado.

Quizás sólo la sensación de sentirse más comprendida...

Una sonrisa iluminó su cara al salir.

Cap. II

"Sólo se ama lo que se conoce"
B.

INTRODUCCIÓN AL **TRABAJO CON FAMILIAS**

El trabajo con familias se basa en el enfoque biopsicosocial.

Respecto al enfoque biopsicosocial Borrel y Carrió dice: es "una filosofía del cuidado clínico y una guía clínica práctica. Desde el punto de vista filosófico, es una manera de entender como el sufrimiento y la enfermedad son afectados por diversos niveles de organización, desde el social al molecular".

"Desde el nivel práctico es una forma de comprender la experiencia subjetiva de la persona consultante como contribuyente esencial para lograr un diagnóstico acertado, resultados en la salud y en el cuidado humano".

En el primer capítulo se explicita que el Modelo biopsicosocial induce a reconocer cómo las diferentes dimensiones del ser humano y las interacciones que con ellas se producen (en este caso, la familia) explican la situación de salud de un individuo.

El análisis exclusivamente biológico de la salud – enfermedad deja de lado la realidad compleja del ser humano.

Esto es especialmente claro cuando se presenta una enfermedad en un integrante de la familia, por ejemplo, una Diabetes Mellitus. Si bien es cierto que el diagnóstico se fundamenta en exámenes de tipo biológico, desconocer la relación que la Diabetes tiene con estresores psicosociales, con hábitos de vida familiar, con interacciones que perpetúan una determinada conducta, etc, es dar una mirada reduccionista a un problema de salud de múltiples interacciones. Si además, en su manejo se deja de lado la consideración de cómo este diagnóstico afecta a quienes lo sufren y a la dinámica familiar y la relevancia que esta última tiene en una mejor compensación de la enfermedad, se pierde la oportunidad de mejorar los resultados.

El enfoque biopsicosocial y familiar ha sido operacionalizado por M. Stewart, Ian Mc Whinney y otros, en el método clínico centrado en la persona, a través de los siguientes elementos ineludibles:

1. Explorar la situación ("síntomas y signos" del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación)

2. Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.

3. Convenir con la persona la explicación y el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.

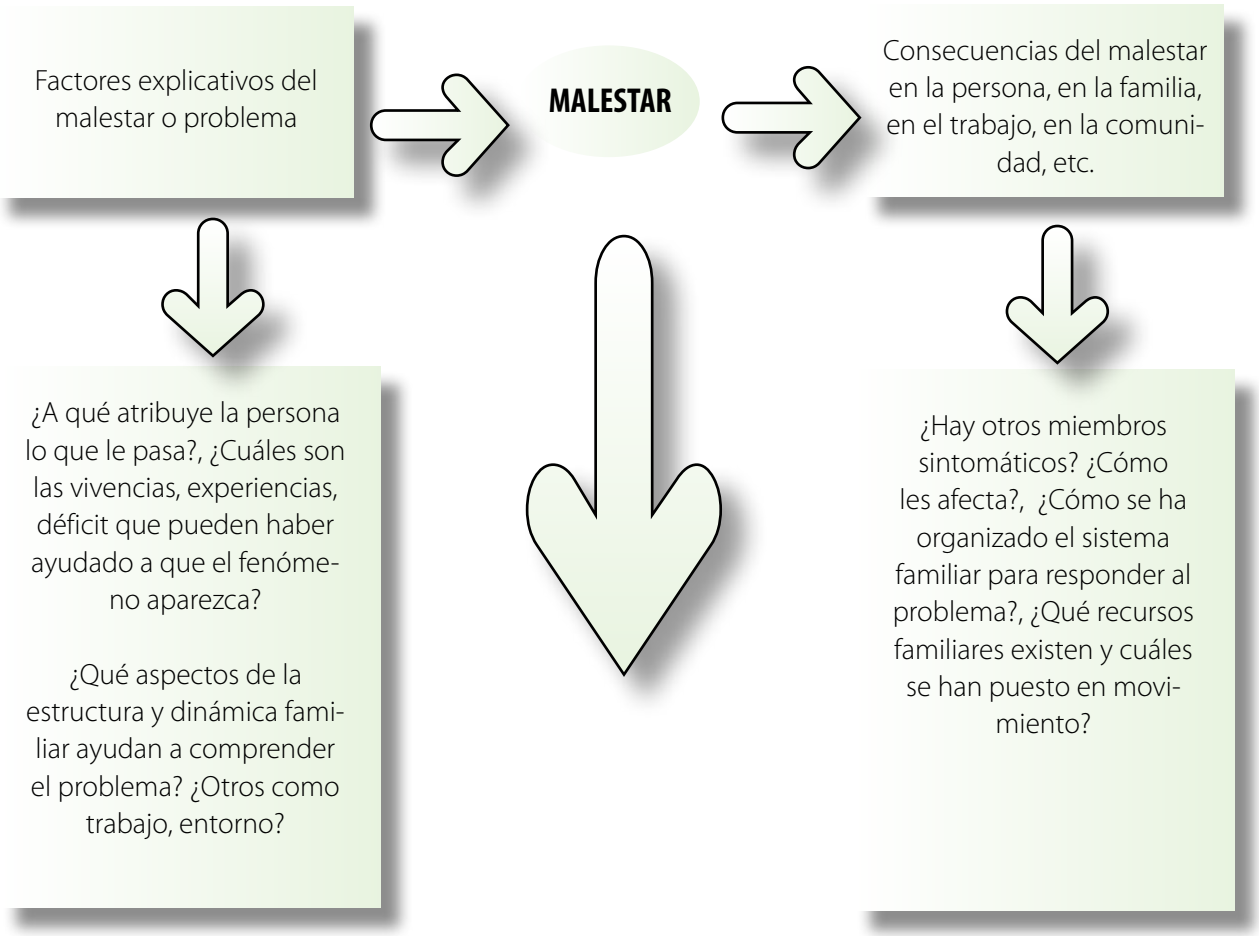
4. Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.

5. Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.

6. Usar de manera realista el tiempo y los recursos

La exploración del padecimiento o malestar implica preguntar respecto al padecimiento mismo, a los significados de él y sus consecuencias, desde la perspectiva de quien lo sufre.

Esquema: Ejemplo de exploración desde la perspectiva biopsicosocial :



¿Qué significa ese diagnóstico para ella? ¿Cómo está viviendo la persona lo que le pasa?, ¿Cuáles son los sentimientos, emociones, temores, etc., que están presente?, ¿Cuánto siente la persona tener el control de lo que le pasa?

¿ Al preguntar antecedentes familiares estoy haciendo enfoque familiar?

No necesariamente. Pueden ser un conjunto de preguntas que inicien el enfoque familiar, pero también pueden quedarse como antecedentes que solamente aportan información al entrevistador sin aumentar la comprensión del proceso, quedando como contexto, sin incorporarse como elementos de apoyo para la comprensión y para la intervención.

Lo anterior se traduce en el mantenimiento de las formas tradicionales de enfrentar los problemas por los cuales consultan las personas, sin que ellas perciban diferencias en la forma de intervenir, perpetuando el ciclo "más de lo mismo", sin lograr un cambio efectivo de conducta personal y familiar. Asimismo, los integrantes del equipo pueden sentirse decepcionados del enfoque, porque sus resultados no se aprecian. En este sentido es necesario aprender a hacer estas intervenciones desde el marco teórico y de contenidos que se explicita a continuación.

¿Qué es un sistema de atención centrado en la familia?

1 Es un sistema que incluye a la familia como marco de referencia para una mejor comprensión de la situación de salud enfermedad de un individuo. Implica aplicar el enfoque biopsicosocial con relación a la dimensión familia, considerando la influencia que la familia tiene sobre la salud de sus miembros y cómo la enfermedad afecta al sistema familiar.

2 Es un sistema que introduce a la familia como unidad de cuidados. Implica trabajar con la familia como sistema, aprender a evaluarla desde la perspectiva de su estructura, sus riesgos, los eventos estresantes, sus recursos, su organización, etc. y también implica generar intervenciones sistémicas.

Los equipos técnicos que trabajan con familias necesitan reflexionar sobre la relación que existe entre Familia y Salud.

De acuerdo a lo que plantean Daniel y Campbell en su Libro Orientación Familiar en Atención primaria:

- 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

Otros elementos de esta relación son los aspectos genéticos involucrados en una mayor o menor probabilidad de presentar problemas de salud, el contagio de enfermedades infecciosas por la cercanía física, etc.

Por lo tanto la familia podría enfermar a sus integrantes o sanarlos. En la familia se adquieren hábitos nocivos y/o saludables. En la familia se puede encontrar el apoyo necesario para sacar adelante a una persona o se puede perpetuar su sufrimiento. Si una persona enferma, no enferma sola: afecta al sistema en su conjunto.

El enfoque familiar estará presente en todo análisis que requiera ahondar en la comprensión de un problema y estará internalizado en el actuar cotidiano de cada integrante del equipo de salud.

Un afrontamiento más avanzado, de acuerdo a los niveles de intervención de Doherty y Bird (Anexo 3) lo constituye la familia como unidad de atención y cuidados.

Para el logro de lo anterior, los profesionales deben aprender a evaluar a la familia como sistema, utilizar instrumentos acordes, plantear diagnósticos familiares e intervenir de acuerdo con estos diagnósticos.

¿Cuáles son los objetivos del enfoque familiar y del trabajo con la familia como sistema?

Un primer objetivo es comprender mejor, ampliar la mirada desde el problema hacia sus múltiples dimen-

siones. El comprender mejor aumenta la empatía, consolida el compromiso, mueve a la acción, hace más realista cada intervención.

Consecuencia del anterior, un segundo objetivo es influir de manera más efectiva en las conductas y factores que producen los daños. Cuando las intervenciones preventivas se hacen en un marco de respeto, de afectividad, basadas en las etapas de motivación al cambio, aumentan las probabilidades de adhesión activa a las conductas esperadas y mejoría de los resultados.

Un tercer objetivo es poder intervenir más integralmente frente a un problema de salud detectado. El diagnóstico es seguido de una entrevista que busca entender cómo la enfermedad afecta a la persona que la vive, desde lo emocional, lo laboral, lo familiar y social.

Un cuarto objetivo es 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.

En la misma línea de ciclo vital, un quinto objetivo es anticiparse a las crisis ligadas al desarrollo, es decir a aquellas dependientes de la etapa en la cual se encuentra un individuo o su familia.

Ejemplo

La señora Berta, de 50 años, casada, 2 hijos adolescentes, tiene los diagnósticos de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, desde hace aproximadamente 5 años. Desde el momento de los diagnósticos, ha pasado por épocas de compensación y otras de descompensación no atribuibles a enfermedades concomitantes. Ha sido visitada en su casa por la enfermera y la asistente social, no identificando factores que ayuden al equipo a comprender que está ocurriendo y las intervenciones educativas ensayadas no han dado resultados.

➪ **Desde la perspectiva tradicional el equipo analiza la situación de la siguiente forma:**

- **¿Cuál es el problema?:**
  Paciente portadora de enfermedades crónicas con inestabilidad en su compensación.

- **¿Por qué ocurre esto?**
  El análisis causa efecto planteado por el equipo puede considerar una o más de las alternativas siguientes: (ejemplos).

  - Poco compromiso con su autocuidado
  - No respeta las indicaciones dietéticas con frecuente salidas del régimen.
  - Se olvida de tomar los medicamentos o no los toma de forma correcta.
  - Puede existir otra patología concomitante

➪ **Desde la perspectiva sistémica el equipo se plantea objetivos a desarrollar en conjunto con el sistema consultante:**

- **Mejorar la comprensión del problema:**

  - ¿Qué significa para usted tener esta enfermedad? (desde las emociones)
  - ¿Hay más personas en su familia que sufren este problema?
  - ¿Cómo se manifiesta el apoyo de su familia?,
  - ¿Hay problemas en su familia y cómo le afectan? (en el sentido de descompensación de sus patologías)
  - ¿Qué importancia atribuye su familia a las enfermedades que usted padece?

- **Influir de manera mas efectiva:**
  - ¿A qué atribuye usted su descompensación?
  - ¿Cómo podría contribuir usted para mejorar su salud?

- ¿Cómo cree usted que podemos ayudarla?
- ¿Ha descubierto otras formas para ayudarse?
- ¿En qué casos le ha ido mejor?
- ¿Cómo le puede ayudar su familia?

- **Intervenir más integralmente:**
  - ¿Cómo le ha afectado el tener estas enfermedades?
  - ¿En qué le puede ayudar su familia?
  - ¿Cuánto conoce usted y su familia del problema de salud que usted tiene?
  - ¿Cómo afecta esta enfermedad su desempeño? (en sus labores habituales)
  - ¿Ha pensado integrarse a algún grupo o club que funcione cerca de su domicilio?
  - ¿Qué piensa su pareja de la enfermedad que le aqueja? ¿Cómo le afecta?

- **Incorporar la mirada de ciclo vital:**

  - ¿Cómo se ve usted en 10 años más?
  - ¿Cree usted que estas enfermedades le afectarán en su vida futura?
  - ¿Podrán afectar a otros miembros de su familia?
  - ¿Qué piensan sus hijos de su enfermedad?
  - ¿Sus hijos han hecho alguna modificación en sus hábitos de vida?

- **Anticiparse a las crisis:**

  - (Climaterio, jubilación, salida de los hijos de la casa, embarazos de los hijos)
  - Fomentar la asociatividad
  - Mejorar la comunicación intrafamiliar

Todo lo anterior, trabajado con la persona, se complementa con entrevista a otros miembros de la familia, aplicando instrumentos, evaluando los recursos propios y familiares, los mecanismos de afrontamiento utilizados, etc., con un trabajo continuo.

"Desde el punto de vista teórico-metodológico, la perspectiva sistémica capacita al profesional para efectuar una gestión que genere acciones de cambio, en la cual las conexiones y relaciones que se establecen en la interacción son vitales para superar el estancamiento y ensanchar las posibilidades de la unidad de análisis llámese: individuos, grupos, organizaciones o comunidades; mostrando alternativas nuevas y distintas de acción, con la construcción de significados e historias distintas para leer la realidad, de tal manera que la unidad de análisis co cree, a partir del aporte del profesional, otra realidad posible [3]".

¿Cuál es el concepto de familia[4] con el cual van a trabajar los equipos?:

Desde un punto de vista práctico, la definición más aceptada por los equipos es "conjunto de personas que viven bajo un mismo techo". Desde un punto de vista social, la familia es considerada como la "unidad básica de la sociedad y el núcleo donde se desarrollan los individuos, se cuida y socializa a sus miembros".

Desde la perspectiva integral, familia es el conjunto de personas que son reconocidas como tal por quien la describe. Es decir, cada persona define su familia. En este sentido, entonces, podría ser que el número de miembros excediera a los que "viven bajo un mismo techo" o "cocinan juntos".

Pero en definitiva el concepto de familia está dado por la realidad sociológica y prima la propia definición que la familia hace.

El equipo está abierto a esta definición.

¿Qué se entiende por salud familiar?:

La OPS hace referencia a la salud de la familia como un

3 Aportes al tema familia de Ángela María Quintero Velásquez. Medellín. Colombia

4 Concepto de Familia Congreso Nacional de Chile

"campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna".

"La visión de salud familiar conlleva un reconocimiento social de los problemas de salud, y en este contexto, se reconoce la indivisibilidad de la madre, el padre y el niño en el proceso de las intervenciones de salud, por lo que la intervención en un miembro de esta unidad familiar conlleva a situarse en su contexto de vida social, para comprender mejor los efectos biológicos"

Horwitz, Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis.

La salud familiar puede considerarse entonces, como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar. Incluye el estado de salud físico y mental individual, y el nivel de interacción entre los miembros de la familia.

Para influir en la familia ¿es preciso que esté toda o parte de la familia presente?

Como todo sistema cumple con el principio de equifinalidad, esto quiere decir que no importando dónde intervengamos, se producirán efectos a nivel del sistema familiar. Lo que define la intervención como familiar es el foco y no la cantidad de personas presentes.

Por eso el carácter de familiar de la consejería no está dado por la presencia de más de un integrante de la familia sino por el objeto de la misma. La acción pretende desde uno o más miembros poner el foco en el cambio del sistema familiar.

¿Cuándo trabajar con la familia como sistema?:

No hay un criterio único. Está más indicado cuando las aproximaciones individuales no han dado los resultados esperados, cuando el problema de salud ha generado un cierto impacto en la salud de la familia o cuando el involucramiento familiar es imprescindible para el manejo de un problema de salud determinado.

Preguntas tales como las siguientes, pueden orientar la decisión:

- ¿El problema de salud puede tener su origen en patrones familiares de interacción o comportamiento? ¿La información que aporte la familia mejorará la comprensión del caso?
- ¿El problema de salud impactará en la dinámica familiar o en una reorganización de sus roles?
- ¿La evolución del problema se verá beneficiado con un compromiso familiar?
- ¿Las decisiones frente al problema de salud debieran ser tomadas de manera compartida entre dos o más miembros de la familia?
- ¿Hay otros miembros sintomáticos o en riesgo?
- ¿El problema se está viviendo con sufrimiento de otros miembros?

En general se acepta lo siguiente:

Ámbito	Afrontamiento
Casos agudos predominio biológico	Manejo habitual
Caso 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 o familiar

¿Cuáles son algunos de los elementos que ayudan a esta tarea?

1 Comprender las teorías que sustentan el trabajo con familias, tales como:

- Teoría general de sistemas, aplicada a los sistemas familiares.
- Enfoque interaccional de la comunicación
- Teoría del ciclo vital
- Teoría de las crisis
- Teoría de los factores de riesgos y factores protectores

2 Introducir registros de información familiar: la recopilación sistemática de información relevante de la familia ayudará al equipo a la adecuada toma de decisiones con la familia. Será necesario disponer de registros donde poner esa información. Usualmente los equipos han mejorado el registro en la ficha clínica individual, han diseñado cartolas familiares, carpetas o fichas familiares.

3 Utilizar instrumentos para evaluar estructura, dinámica, redes, etc, como por ejemplo: genograma, ecomapa, PRACTICE, APGAR familiar, Círculo familiar, etc.: Estos instrumentos ayudan al individuo a cambiar el foco desde sí mismo hacia su familia, permitiendo una mejor comprensión de su situación de salud y de la necesidad de trabajar con la familia, en algunos temas.

¿Qué otros elementos deben ser desarrollados para responder a los objetivos planteados?:

- Incorporar la práctica del análisis en equipos multiprofesionales. Lograr la transdisciplinariedad.
- Desarrollar la creatividad para generar respuestas innovadoras
- Ser capaces de inducir el uso prioritario de los recursos familiares y comunitarios.
- Mediante las intervenciones familiares desarrollar en familias e individuos las capacidades para enfrentar de manera adecuada futuros problemas.

¿Cuáles son los instrumentos de abordaje familiar, más útiles en los cuidados primarios?(Anexo 5)**:**

Para tener un acercamiento a la familia como sistema se han diseñado una serie de instrumentos, que aportan, de acuerdo a la pertinencia de su uso, información sobre la estructura, dinámica y procesos familiares, así como de los eventos estresantes y recursos familiares.

El más utilizado es el ***genograma*** (familiograma, árbol familiar), que es útil como apoyo diagnóstico y terapéutico. Al hacerlo de manera participativa con un miembro sintomático, permite cambiar desde el foco individual del problema hacia el foco familiar. 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 claves para quien mire la figura. Al ser complementado con líneas de interacción familiar enriquece la compresión de aspectos interesantes de la dinámica familiar; estas líneas podrían ir en esquema aparte para facilitar su análisis.

Un segundo instrumento es el ***eco mapa***, que 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.

Por su parte el ***apgar familiar*** hace una aproximación a los procesos familiares, como adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afectividad, capacidad de resolución.

El ***círculo familiar*** también es aprovechado para desviar el 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.

El ***mapa familiar*** utiliza un bosquejo del hogar para conocer de forma intuitiva 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 familiar y regulan sus relaciones; cómo utilizan la vivienda; quién ocupa cada habitación; dónde habla la familia; dónde se discute; dónde se ocultan en momentos de conflicto; etc.

Todos los instrumentos ayudan a la persona a situar su problema en el sistema familiar, a buscar en ella una mejor comprensión de lo que le pasa y a movilizar sus propios recursos en la búsqueda de soluciones. Lo mismo ocurre con el profesional o equipo tratante.

El uso de uno o más de estos instrumentos forma parte de lo que llamamos "Estudio de familia", que alude a la búsqueda de un mayor conocimiento de la familia para comprender mejor su situación de salud o la de uno o algunos de sus miembros.

Es importante no dejar de nombrar la clasificación de las familias según las etapa del ***Ciclo Vital*** en que se encuentra, que aporta a situarlas de acuerdo a sus tareas, expectativas, conflictos potenciales y probables crisis. Consecuentemente el equipo adquiere la posibilidad de anticiparse a eventos estresantes y apoyar a la familia en su proceso de crecimiento y desarrollo.

¿Cuáles son los valores, actitudes, habilidades y destrezas que caracterizan a los integrantes del equipo de salud?:

- Respeto, honestidad
- Aceptación de los propios límites
- Capacidad de comprometerse
- Actitud empática
- Incorporar la práctica reflexiva para mejorar los propios procesos comunicacionales y técnicos.
- Saber hacer entrevistas relacionales
- Utilizar correctamente las etapas del cambio
- Manejar las etapas del duelo
- Manejar la incertidumbre propia del enfoque biopsicosocial
- Utilizar correctamente los instrumentos para evaluar familias
- Nunca dañar

¿El modelo centrado en la familia genera conflictos éticos?¿de qué manera la bioética orienta la toma de decisiones en los equipos de salud?

Los dilemas éticos en general han estado focalizados en el ámbito hospitalario en temas tales como la eutanasia, el aborto, el encarnizamiento terapéutico, etc.; sin embargo el contacto cotidiano con los pacientes y en especial la Atención Primaria nos pone día a día frente a dilemas éticos.

La ética es el estudio de lo que está bien y lo que está mal en la conducta humana.

La bioética se preocupa de la aplicación de sus principios en los actos que nos relacionan con los pacientes y las decisiones que les afectan.

Autonomía: es la capacidad del ser humano de autogobernarse, de tomar decisiones libremente, de acuerdo a la propia valoración que hace de las situaciones sobre las que decide. Se aplica por lo tanto al respeto de las decisiones de cada individuo, tomadas con base a información útil, sea aportada por los técnicos en salud u obtenida por otros medios. Esto no quita al equipo de salud su responsabilidad en su rol educador.

Beneficencia: es la búsqueda del bien hacia el otro, no es un decidir sobre lo que el otro necesita, es buscar en

conciencia y en un marco de respeto por el otro, aquel bien que el otro requiere, teniendo en cuenta sus opiniones, deseos, necesidades. Se aplica por lo tanto a las conductas que los técnicos en salud toman sobre las personas, familias o comunidad.

No maleficencia: es no dañar, es no efectuar acciones que puedan provocar daño psíquico, físico o social. Incorpora también el evitar actitudes y acciones potencialmente dañinas. Siempre en la elección del bien debe considerarse si ese bien aumenta la probabilidad de daño. Es el primer principio aplicado a los técnicos en salud en sus decisiones sobre las personas.

La verdad: es no mentir, decir la verdad al otro en el momento y de manera oportuna, es no engañar. Incorpora la noción de respeto por el otro en el sentido de no quitarle, por desinformación, la oportunidad de tomar sus decisiones.

La privacidad y la confidencialidad de la información: es mantener protegida la intimidad del otro, no divulgar la información que manejo, es permitir hablar de sus cosas en un ambiente de intimidad, es respetar su pudor.

El consentimiento informado: es el acto libre, voluntario, informado de aceptar ser parte de, recibir, participar, etc. de tratamientos, intervenciones, investigaciones, etc., sin presiones de ningún tipo, incluyendo aquellas decisiones determinadas por la ignorancia o por la insuficiente información.

La fidelidad: Mantener el compromiso. Ser leal a ellos. No sólo en aquellos compromisos explícitos sino también en los implícitos.

La ética en general nos ordena, nos muestra un camino a seguir en nuestra relación con los otros.

En la relación con alguien en déficit (la persona) surgen múltiples situaciones en las cuales es posible pasar a llevar estos principios, si no se tiene claro su valor rector:

En la atención de salud:

- Tomar decisiones sobre las personas sin escuchar ni pedir su opinión.
- Pasar a llevar sus creencias, sentimientos, deseos.
- No respetar su privacidad.
- Sentirnos superiores a ellos.
- Actuar no teniendo la beneficencia como principio rector.
- Efectuar acciones que dañan.
- No valorarlo como un ser autónomo.
- Mal trato explícito e implícito
- Aprovecharnos de su situación de déficit para lograr beneficios personales.
- No informar sobre su enfermedad para permitirles comprender mejor lo que les pasa.
- Abandonar el rol educador bajo un falso concepto de respeto a la autonomía.
- Ocultar parte de la verdad e impedir una toma de decisiones adecuada

En la investigación:

- Investigar sobre las personas sin informar claramente sobre los riesgos.
- No solicitar su consentimiento. (Principio de la autonomía)
- No sacarlos de la investigación cuando se ha demostrado que el riesgo es alto. (Principio de la no maleficencia)
- No respetar la vida por sobre todo.
- Negar intervenciones cuando estas existen, dejando grupos control sin tratamientos.

En el desarrollo de la atención centrada en la familia se pueden generar por lo menos 2 situaciones:

- Mayor conciencia del equipo respecto a los principios fundamentales de la bioética
- 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

de la familia, intervenir en problemas que no son considerados como tales, sin tomar en cuenta la opinión de la familia, etc.

La existencia de un Comité de bioética al interior del Centro de Salud facilita la toma de decisiones en temas complejos. Por ejemplo:

- ¿Cómo actuar frente a aquellos casos en que hay conflictos éticos?
- Si una familia no es consciente de un problema, ¿es ético evidenciarlo?
- ¿Cómo se puede clasificar a las familias según vulnerabilidad o riesgo, para efectuar un trabajo que respete la justicia social (distribución y priorización en el uso de los recursos) y la efectividad de las intervenciones?
- ¿Es ético "abandonar" a una familia por "estar muy dañada"?
- ¿Cómo priorizar los problemas detectados respetando la autonomía y la justicia social?
- ¿Cómo proteger al colectivo frente a una conducta autónoma no responsable?
- ¿Cuál es el límite entre la negociación y la manipulación?
- ¿Cómo respetar la autonomía en la adopción de conductas de riesgo sin abandonar el rol educador?

¿Cómo 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.

El equilibrio siempre es la norma.

Cuando la experiencia de los equipos para el trabajo con sistemas familiares es muy incipiente, comenzar a "ensayar" 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 segunda forma de aproximación al diagnóstico de salud de la familia es mediante la aplicación de algún instrumento de tamizaje a familias sin problemas evidenciados.

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.

Sin embargo lo anterior no elimina la responsabilidad de acoger, de educar, de motivar, de orientar y de cuidar, poniendo al servicio de las familias la disposición a actuar cuando las condiciones lo permitan. Es necesario recordar que escuchar, educar, estar atentos, etc., son formas de intervención que ponen 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.

¿El trabajo con familias hace perder la especificidad de cada profesión?

Por el contrario. Es la especificidad de cada disciplina lo que enriquece la mirada del equipo y son las habilidades particulares de cada uno lo que ayudará a intervenir de manera más efectiva. Existirán áreas de traslape en las acciones, que lejos de hacer perder la identidad profesional, se constituyen en espacios de mutuo crecimiento.

¿Qué no hacer con las familias?

- Ignorarlas
- Usar los recursos externos sin haber primero apelado a los recursos propios de la familia.

- Menospreciar el valor del vínculo.
- Establecer alianzas en desmedro de algunos integrantes de la familia.
- 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.

¿Cómo pueden los equipos incorporar el enfoque de género en un modelo centrado en la familia y comunidad?[5]:

Incidir en la igualdad de derechos requiere considerar a las mujeres y hombres en sus iguales capacidades. Por lo tanto:

- No 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.
- Favorecer en los hombres la expresión de emociones y afectos, de igual manera que en las mujeres.
- Rescatar los roles de responsabilidad de todos los seres que están en el entorno.

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 la desigual distribución del poder en la toma de decisiones que existe entre mujeres y hombres.

Se debe considerar que la sobrecarga de trabajo de las mujeres, por sus múltiples roles tiene un impacto en la salud y en la necesidad de servicios, el trabajo doméstico de las mujeres en el cuidado de niños, enfermos y adultos /as mayores, es poco valorado social y económicamente. Por tanto se puede identificar a las mujeres como receptoras activas y propositivas para el sistema de salud, e incorporar a los hombres en oportunidades de ser informados y de familiarizarse con los servicios de salud.

Se requiere 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.

¿Cómo pueden los equipos incorporar el enfoque de salud intercultural en un modelo centrado en la familia y comunidad[6]?

El enfoque de salud intercultural surge de la necesidad de considerar la diferencia cultural como un factor determinante de la salud. Así como las dimensiones biológica, social y psicológica son abordadas desde la Salud Familiar, el enfoque intercultural propone la consideración de la dimensión cultural y plantea la necesidad de su abordaje. Las diferencias culturales son obviamente más notorias en el caso de los usuarios indígenas, y para ello el Ministerio de Salud dispone de un Programa de Salud y Pueblos Indígenas, y diversos instrumentos normativos que establecen la necesidad de adaptar culturalmente la oferta de servicios de salud para las poblaciones indígenas.

Este Programa responde a la situación social especialmente desfavorable de los pueblos indígenas en Chile, que en el área de la salud se traduce en un perfil de

5 Aporte Fanny Berlagoscky, SSMN
6 Aporte Unidad Pueblos Originarios Ministerio de Salud

morbi-mortalidad deteriorado respecto del resto de la población. En esta situación incide la pobreza a que actualmente se encuentran sometidos los indígenas, pero también la incapacidad tradicional de los equipos de salud para generar una comunicación efectiva con los usuarios indígenas, producto de una visión etnocéntrica que no es sensible a las diferencias culturales.

Los indígenas ven y piensan el mundo desde otros códigos, y todavía poseen sistemas propios de interpretación y de intervención sobre el ciclo de la salud y la enfermedad. El Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio intenta también valorar y promover el uso de los recursos culturales propios como factores protectores y aun como estrategias terapéuticas válidas y efectivas.

A nivel de Atención Primaria de Salud, y en el marco del modelo de salud familiar, es preciso tomar en cuenta que la primera etapa para la incorporación del enfoque de salud intercultural, debería consistir en un contacto con el Servicio de Salud respectivo a fin de sostener una entrevista con la persona encargada del Programa, y a partir de esta acordar un plan de trabajo conjunto que, esquemáticamente, podría contener los siguientes pasos, asesorados de cerca por los expertos del tema del propio Sistema de Salud:

- Conocer las representaciones sociales que el grupo de una etnia diferente a la nuestra tiene de los conceptos de salud y enfermedad y cómo piensan ellos que se resuelven. Conocer los patrones culturales por los cuales se rigen esas familias.
- Capacitación del equipo en cultura y salud indígena.
- Investigación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud dependientes de la cultura (creencias, interpretaciones, modos de conducta, etc) presentes en la población indígena atendida por el CESFAM.
- Identificación de autoridades tradicionales y médicos indígenas en el territorio del CESFAM.
- Proceso de acercamiento horizontal e invitación a trabajar en conjunto con la red de salud, apoyando los circuitos ya existentes de itinerarios terapéuticos interculturales.

Los itinerarios terapéuticos interculturales son una realidad comprobada y presente en varios territorios del país, y consisten en el movimiento espontáneo de las personas en búsqueda de salud, de solución para sus problemas de salud, a través de diferentes sistemas médicos, en relaciones de alternancia o de simultaneidad.

Por último es necesario tomar en cuenta que los patrones de vida familiar están igualmente sujetos a códigos culturales, y que tanto la estructura como el funcionamiento de las familias indígenas posee notables diferencias con las familias no indígenas, básicamente a partir del hecho de la importancia atribuida a las relaciones de parentesco, a menudo íntimamente ligadas a la vida religiosa y ritual, así como la vigencia de las familias extendidas y de los clanes familiares, concebidas como grandes redes de familias extensas al interior de las cuales todavía existen, además de instancias rituales comunes, lazos de solidaridad y reciprocidad con un gran potencial sanitario, si se las aborda desde los modernos puntos de vista de la promoción de la salud y de la movilización social.

Bibliografía:

(1)La familia: una aproximación desde la salud, Silvia Martínez Calvo. Rev. Cubana Med. Gen Integr 2001;17(3):257-62
(2)Pautas familiares de riesgo y su influencia sobre el desarrollo infantil Mª J. Rodrigo López.
(3)La familia como recurso en atención primaria: atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar: I. Yurss . Médico de Familia. Unidad de Programación y Docencia. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea.
(4) Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Isabel Louro.
(5) Horwitz N, Florenzano R, Ringeling P., I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol. OPS 1985; 98 (2): 144 - 53.
(6) Orientación familiar en AP. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud: Susan Mc. Daniel; Thomas L. Cambell; David B. Seaburn

Cap. III

"Elige siempre lo que sea mejor,
sin importar lo difícil que parezca,
pronto la costumbre lo convertirá en algo fácil y
agradable "

P.

DESARROLLANDO EL **CENTRO DE SALUD FAMILIAR**

LA ORIENTACIÓN DE UN CAMBIO

El proceso de transformación del Centro de Salud a Centro de Salud Familiar, se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario que releva a la Atención Primaria de Salud (APS) como un eje fundamental para el logro de una mejoría en la calidad de vida de la población.

El Ministerio de Salud promueve el desarrollo de los Centros de Salud Familiar a nivel de todo el país, con políticas de fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y de apoyo a la gestión local. En esta tarea se suman los Servicios de Salud, cuyo rol se caracteriza por impulsar o potenciar el cambio, acompañar al equipo de salud, sensibilizar a los funcionarios y autoridades comunales sobre la necesidad de la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario, y, en algunos casos, crecer en este proceso junto al equipo de APS.

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 intersector, 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 la enfermedad y en el equipo.

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, introduce nuevos y desafiantes caminos a los equipos de salud.

La sustentabilidad del cambio, con sus profundas implicancias culturales, metodológicas y de enfoque, nos exige considerar algunos objetivos fundamentales, independiente de la ubicación en que nos encontremos en el Sistema de Salud, tales como:

- **Lograr la adherencia al cambio de Modelo de Atención de todos los actores involucrados:** Autoridades nacionales, regionales y locales, Equipos técnicos de los Servicios de Salud, Equipos de Salud, Comunidad, Academia.

¿Cómo?
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.

- **Asegurar un proceso que se retroalimente a sí mismo; que no tenga una connotación normativa del cambio, sino de acompañamiento creativo.** Este acompañamiento será permanente, adecuando los objetivos al momento de su evolución.

¿Cómo?
Desde el Ministerio, con lineamientos estratégicos claros, coherentes con el Modelo; con programas que armonicen el quehacer de los equipos, con elementos formativos hacia directivos y equipos que complementen las necesidades globales para responder a los grandes requerimientos; con flexibilidad en los planteamientos para permitir las adecuaciones locales que den coherencia a la puesta en práctica del Modelo.

Desde el Sistema de Salud apoyando, orientando, pensando en conjunto, escuchando la experiencia del otro, diseñando, monitoreando y evaluando juntos, manteniendo la coherencia.

Desde la Academia produciendo los cambios curriculares que aseguren la entrega de profesionales con competencias acordes al Modelo.

Desde la relación Docente Asistencial en un proceso de crecimiento y desarrollo permanente de colaboración mutua.

Desde la Formación continuada como proceso de desarrollo humano en busca de más y mejores respuestas a los problemas de salud de las personas y a la promoción de la salud.

- **Asegurar la participación efectiva, evitando la instrumentalización.**

¿Cómo?:
Reconociendo el derecho de participación de las decisiones, abriendo espacios de participación, reconociendo el valor de la opinión del otro, acogiendo, aceptando el control social.

Desarrollando los espacios para ser fuente de capital social

- **Mantener un proceso continuo de reconocimiento de brechas** de recurso humano, financiero e infraestructura que permita una adecuación realista a las exigencias de calidad que requiere un Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y Comunitario.

¿Cómo?:
Desde el Ministerio de Salud, manteniendo la opción por un Sistema basado en la APS, buscando mejorar las condiciones de resolución de los problemas de salud de las personas de manera ambulatoria y cercana a su contexto vital, reconociendo las necesidades y brechas.

Desde los Servicios de Salud, con un apoyo a la gestión que ayude a la búsqueda y logro del cierre de brechas en las materias aludidas.

Desde los Municipios, con una gestión óptima de los recursos traspasados, que de cuenta de su adhesión al Modelo de Atención Integral.

EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN:

La tarea de avanzar hacia la transformación de los Consultorios y Centros de Salud, a Centros de Salud Familiar, pone a los equipos el desafío de acoger los elementos del cambio e introducirlos en un sistema en marcha.

Será preciso entender dónde están los énfasis del cambio y sus implicancias en nuestra forma de acercamiento a la comprensión de la salud enfermedad, en los fenómenos relacionales y en los modos en cómo hacemos salud, desde la promoción hasta el abordaje de los problemas por los cuales las personas consultan.

De lo biomédico a lo biopsicosocial

De lo individual a lo familiar y comunitario

Del paternalismo a la autodeterminación

Cambio en la forma de pensar el proceso de salud enfermedad

Cambio en la forma de relacionarse

Cambio en la forma de ejercer la práctica en salud

Para describir el proceso de transformación hemos recurrido a una etapificación con una nomenclatura clásica (etapa inicial, de motivación, de desarrollo, de fortalecimiento y consolidación), sin embargo el contenido de estas etapas ha variado en función del escenario actual y de un cambio que orienta hacia Centro de Salud Familiar, independiente de la etapa de desarrollo en la que el Centro se encuentre.

Desde que a principios de los años 90 se inicio la transición a Centros de Salud, muchos equipos fueron recorriendo su camino cotejando sus cambios con lo planteado en el Manual "De Consultorio a Centro de Salud". Muchos de esos Centros hoy ya son Centros de Salud Familiar.

De acuerdo a la experiencia desarrollada por los equipos que han sido pioneros en este proceso, hemos podido distinguir las etapas que describiremos.

Estas etapas generalmente cursan de manera progresiva y los elementos que las caracterizan suelen no tener un avance homogéneo siendo usual observar aspectos de distintas etapas en un mismo momento.

La duración de cada etapa es muy variable de un equipo a otro. Depende de factores tales como, el grado de claridad, la madurez y la organización del equipo o de los apoyos externos con los que cuenta, entre otros.

El ciclo de desarrollo de un Centro de Salud Familiar 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.

Esta etapificación tiene un objetivo didáctico y orientador del proceso. Las etapas definidas son las siguientes:

ETAPAS EN LA TRANSFORMACIÓN A **CESFAM**

Etapa Consultorio:
El equipo no ha comenzado cambios por propia iniciativa y continúa desarrollando su accionar de manera tradicional. Se cumple (o no) con las metas, por cumplimiento de orientaciones normativas. Se registra la información requerida. Responde de acuerdo a la oferta de que dispone.

Etapa de Motivación y Compromiso:
El equipo cuestiona su accionar y sus resultados, analiza críticamente su relación con los usuarios y las evidencias de insatisfacción. Se perfilan liderazgos e intenciones de cambio buscados por el equipo. Empieza a analizar la relación entre oferta y demanda. Inicia capacitación en equipo, para comprender el Modelo y los fundamentos del cambio. Planifica el cambio.

Etapa de Desarrollo:
El equipo ha iniciado la implementación de estrategias de transformación. Analiza y cambia sus sistemas de registros. Sectoriza su población y conforma los equipos de cabecera de manera participativa. Ha iniciado nuevas formas de trabajo con la comunidad y con el intersector. El trabajo en equipo se fortalece y comienza a mirar a la familia como unidad de atención.

Etapa de Fortalecimiento:
El equipo puede mostrar resultados de su proceso de cambio. Está o ha incorporado el concepto de riesgo familiar y trabaja en función de aquel: la familia se ha introducido como unidad de atención. El enfoque biopsicosocial se hace parte de un quehacer habitual en el análisis de los problemas de salud. Hay nuevas formas de gestión técnica. Se trabaja en conjunto con la red sectorial y el intersector.

Etapa de Consolidación:
El equipo da evidencias de mayor madurez y creatividad. Los resultados sanitarios son evidentes. Se cuenta con diagnóstico completo de las necesidades de la población, se buscan las soluciones en conjunto con la red de salud e intersectorial La Comunidad participa activamente. Los usuarios tienen un rol relevante en el mejoramiento de la atención. Hay una apropiación del enfoque sistémico por parte del equipo.

ETAPA **CONSULTORIO**

Si lo asimilamos a las etapas del cambio corresponde a la Etapa Pre contemplantiva, es decir aún no nos hemos puesto en la posibilidad de cambiar.

Se dice que en esta etapa las personas no reconocen tener problemas y si lo hacen no reconocen tener necesidad de cambiar o atribuyen sus problemas a variables poco manejables con los cambios propuestos. En general Al proponer cambios en esta etapa, las personas son más resistentes.

En general hay insatisfacción del equipo de salud por el trabajo y sus resultados. No es muy diferente lo que ocurre con los usuarios.

Se trabaja en función de objetivos del equipo, de corto plazo, sin evaluación de impacto.

Los administradores mantienen un modelo de gestión con escasa participación de los funcionarios lo que incrementa los niveles de insatisfacción.

La población recurre a atención de urgencia y se responde con criterios curativos.

La sensación de estar haciendo lo justo y necesario empieza a ser una preocupación

Los reclamos de los usuarios empiezan a provocar inquietud

ETAPA **DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO**

El camino de transformación se inicia a partir de la constatación de la necesidad de generar algunas modificaciones al interior del Sistema por diferentes razones.

Esta motivación puede surgir porque el equipo de salud se da cuenta de la urgencia de introducir cambios en la forma de responder a las necesidades de salud de las personas, generado por estímulos externos, como por ejemplo, los cambios legales promovidos por la Reforma a la salud, o por efecto demostración de Centros con mayor desarrollo del Modelo, o una sumatoria de diferentes factores.

La principal característica de esta etapa es el cuestionamiento del quehacer habitual, confrontándolo con signos que indican insatisfacción tanto del equipo, como de los usuarios. Sin embargo, como en el quehacer aún no han ocurrido cambios, gran parte del tiempo se ocupa en resolver problemas internos de gestión.

Las características predominantes en esta etapa son la reflexión, la participación y la capacitación, que ayuden a los procesos de motivación, sensibilización y toma de decisiones para iniciar el camino de cambio.

Los principales procesos son:

- **Motivación al cambio:** Esta no siempre está presente en todos los miembros del equipo, por lo que se debe generar espacios para la información y la reflexión, donde las personas puedan compartir su visión, sus temores e ideas innovadoras.

Esta etapa es un llamado a abrirse a la creatividad a tra-

vés de la incorporación planificada, de espacios flexibles, en los que la expresión de opiniones, sueños y valores de todos, sean considerados.

- **Sensibilización sobre la necesidad de cambio y las ventajas de incorporar el Modelo de Salud Familiar:**

  al equipo de salud
  a las autoridades comunales
  a la comunidad

Este rol suele ejercerlo una persona o un conjunto de personas motivadas y capacitadas en el modelo de Salud Familiar. La experiencia muestra, entre otros, que luego de una pasantía en el país o en el extranjero, o alguna vivencia de capacitación enriquecedora, se adquiere la motivación para promover al interior de su Centro el cuestionamiento que inicia el proceso.

- **Toma de decisión de iniciar el camino de cambio**

La consecuencia natural de la reflexión interna es asumir el desafío de iniciar el cambio, aunque siempre surgen resistencias, que son esperables y deben ser asumidas como tales, pero trabajadas conscientemente.

En esta etapa es posible que el proceso pueda sufrir retrocesos, razón por la cual el liderazgo es muy importante, siendo relevante que no se pierda el objetivo y el trabajo constante con el equipo.

Para que exista un avance sostenido se requiere los siguientes pasos:

1 Orientación y guía del proceso:

Se hace necesaria la existencia de un grupo de personas que pueda promover el proceso de implementación del Modelo, abordar las resistencias que se generen y ser capaz de convocar, seducir, sumar. Capaz de incorporar una visión de futuro y de dinamizar los procesos existentes.

A este grupo se ha dado en llamar Equipo Gestor. Lo usual es que esté conformado por integrantes del equipo de salud, de diferentes disciplinas, capacitados en el Modelo de Atención Centrado en la Familia, reconocidos por sus pares, comprometidos con el cambio de modelo y en un número tal que permita un trabajo efectivo. En otras ocasiones está conformado por los jefes de sector cuando el proceso de sectorización ha precedido a la reflexión de los equipos.

El Equipo Gestor está al servicio de los procesos, con vinculación a las tareas habituales del Centro y con retroalimentación permanente a la Dirección.

La tarea del Equipo Gestor es facilitada por un liderazgo claro y convocante de la Dirección del Establecimiento, apoyada por las Direcciones o Corporaciones de Salud.

La permanencia de este equipo en el tiempo, estará determinada por la evolución de los procesos al interior del Centro, independientemente que en el futuro se pueda reactivar éste, o formar otro equipo, si las circunstancias lo requieren, variando sus funciones de acuerdo al grado de desarrollo del Centro.

2 Capacitación

Tiene como principal objetivo comprender los alcances del modelo, sus principios y cómo éste puede ser respuesta a las insatisfacciones percibidas por el usuario y por el equipo de salud.

Temáticas:

- Problemas de salud y sus respuestas actuales
- Situación de salud del país
- Atención primaria, Alma Ata

- Fundamentos del cambio
- Cambio y resistencias al cambio
- Modelo y principios de la salud familiar
- Brechas en cuanto Modelo
- Ejes del cambio
- Influencia del Modelo en lo asistencial y en lo organizacional

En la Etapa de Motivación y Compromiso las metodologías más recomendables a utilizar son las que toman los principios de la educación de adultos, con experiencias vivenciales (ponerse en el rol de usuario, equipo de salud, autoridades, etc), que permitan reflexionar sobre las creencias personales y desde allí ir construyendo una sensibilidad distinta en el hacer salud.

3 Dirección participativa

Se requiere un liderazgo flexible, coherente entre el discurso y la práctica que se va adecuando al equipo, dependiendo de su grado de madurez. Un liderazgo creíble, que establece vínculos y se gana la confianza. Establece mecanismos de comunicación y flujo de información. Favorece la retroalimentación permanente con el equipo. Reconoce el momento que vive el equipo, sus motivaciones, su necesidad de capacitación. Recoge, escucha las opiniones del equipo. Es sensible a los conflictos y los aborda.

Esta Dirección participativa toma decisiones en conjunto con otras personas del equipo. Se concreta en la conformación del Consejo Técnico o en otra instancia decidida localmente. El trabajo en equipo coordinado facilitará el diseño de estrategias coherentes con los principios fundamentales del Modelo de Salud Familiar, y que permitirá un desarrollo sustentable en el tiempo.

La tarea fundamental de la Dirección, en esta etapa, es planificar los cambios necesarios que sustenten una estructura física y organizativa que sea funcional a la implementación del Modelo de Atención, trabajando integradamente con el Equipo gestor.

Un instrumento de gran valor en esta etapa es la Planificación Estratégica (Anexo 6) con la matriz de análisis FODA (definición de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). Para este análisis el trabajo en grupos pequeños, incorporando a los menos convencidos, pareciera ser el más conveniente.

El análisis FODA da insumos para una planificación coherente con la realidad evaluada y para identificar los factores críticos (diagnóstico organizacional).

Este análisis además permitirá al equipo establecer las brechas en cuanto, habilidades y destrezas, de recursos y organización, entre otros, y proponer mecanismos para su superación. Lo anterior ayudará a enfrentar con menos tensiones el cambio y adaptarse a los nuevos requerimientos.

4 Diagnóstico de Salud / Planificación Local Participativa

Un Diagnóstico basal sanitario es conveniente para que el equipo evidencie su realidad sanitaria sin entrar en diagnósticos demasiado exhaustivos en esta etapa. Esta actividad busca que el equipo de salud mire y analice la información disponible, construya su realidad socio sanitaria y demográfica, e identifique las brechas de información existente, como base para posteriores evaluaciones del impacto en la salud de la población, por los cambios implementados.

Habitualmente se incorpora a la comunidad en la ejecución de diagnósticos locales. También se le informa sobre los principios del modelo de Salud Familiar, acogiendo sus sugerencias e inquietudes.

Dependiendo del grado de desarrollo de la relación existente entre equipo y comunidad, será posible que en esta etapa ya se establezca la Planificación local

participativa como parte del proceso para avanzar de manera coherente con el Modelo centrado en familia y comunidad. No podrá realmente ser comunitario si las y los usuarios no participan en el Diagnóstico de salud y definición de a lo menos algunas prioridades.

5 Planificación del cambio

Un supuesto básico de este Modelo es la participación y el crecimiento armónico de los miembros del equipo. El ejercicio de la planificación brinda esta oportunidad al permitir crear en forma colectiva, aprender por ensayo y error, ejercitar la tolerancia, el respeto por el otro y aceptar las diferencias.

Es necesario planificar cuáles son los ámbitos a trabajar y que serán implementados en la siguiente etapa, como una forma de preparar al equipo para enfrentar los desafíos o requerimientos del modelo. El objetivo es establecer los ámbitos, asignar responsabilidades y determinar metas, que sean evaluables al corto plazo (idealmente 6 a 12 meses).

Esta planificación incluirá a lo menos las siguientes 6 grandes áreas:

- Desarrollo de registros de familia y pre diseño de sistemas de información, coordinación, monitoreo y evaluación.
- Reorganización interna: Sectorización y conformación de equipos.
- Desarrollo del RRHH: capacitación, determinación de brechas de competencias.
- Adecuación de la infraestructura.
- Sistemas de atención al usuario.
- Relación con la Comunidad.

Con la definición del cronograma concluye la primera etapa.

RIESGOS EN ESTA ETAPA:

A partir de la experiencia de algunos Centros de Salud Familiar se ha observado entre otras cosas, lo siguiente:

- 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., procesos fundamentales para avanzar en esta etapa.
- 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.

PROBABLES CRISIS EN LA ETAPA DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO:

Las resistencias al cambio muchas veces no se expresan directamente, aparecen como dificultades que pueden ser muy reales tales como, falta de tiempo, insuficiencia de recursos, sobrecarga de trabajo, etc. El equipo gestor debe observar permanentemente esta dinámica y ser capaz de re-encantarlos cada vez, cuando se vencen estas resistencias y los equipos se ponen a trabajar en conjunto, aparece la creatividad, la capacidad de propuesta y los recursos acompañando a las buenas ideas.

Los principales problemas que afectan al equipo son:

"Otra pega más con el mismo sueldo"
Las causas que explican esta percepción pueden tener distintos orígenes. Entre las más habituales se encuentra la desconfianza en la perdurabilidad en el tiempo del cambio propuesto, el miedo a que se genere de manera permanente mayor sobrecarga laboral y la presión de seguir respondiendo a la demanda asistencial.

Cuando aún no se han adquirido las habilidades para desenvolverse con seguridad en esta nueva modalidad de trabajo, el pensar en el cambio se torna amenazante.

Los equipos que logran ver el cambio como oportunidades que facilitarán el desempeño de su trabajo en el futuro cercano, se desprenden rápidamente de esta pesada carga, asumiéndola como una tarea distinta y más reconfortante, en lo personal y como equipo.

Es fundamental el acompañamiento permanente del equipo bajo un proceso de supervisión formativa, el compartir responsabilidades, el ejercicio de un trabajo en equipo, la capacitación continua, entre otras, logran suavizar este proceso.

"¿Otros lo podrán hacer tan bien como yo?", "¿La institución podrá prescindir de mi trabajo?"

El conocimiento y la certeza de ciertas técnicas, programas, etc., manejadas hasta el momento, se pone en cuestionamiento frente a la necesidad de incorporar nuevos conocimientos, habilidades y competencias relacionadas con ciencias de la conducta, entre otros, así como el compartir con los demás miembros del equipo de salud y comunidad, temas que le eran propios. Esto genera incertidumbre y sensación de pérdida.

El conocimiento va asociado a poder. Como el modelo exige transferencia de conocimientos y habilidades entre los distintos miembros del equipo y desde y hacia el usuario y comunidad, surgen temores asociados a la pérdida del poder que se ostenta y la posibilidad de ser prescindible.

En la mirada del modelo, son fundamentales los aportes que todos y cada uno hacen desde su disciplina al cumplimiento de la misión y objetivos. Lo anterior significa respetar profundamente las especificidades de cada componente del equipo, valorando el rol de cada uno.

PARA LOS QUE LIDERAN LOS CAMBIOS

- *¿Cuáles son los principales temores de sus colaboradores?*
- *¿Qué medidas concretas han tomado para disminuir esos temores?*
- *¿Cuánto ha informado del por qué y para qué del cambio?*
- *¿Qué medidas concretas ha tomado para que las personas entiendan y asuman los nuevos requerimientos?*
- *¿Cuánto tiempo de la semana dedica a escuchar a las personas?*
- *¿Cuánto ha hecho participar a las personas en el proceso de transformación de su Centro?*

La Etapa de Motivación y Compromiso es fundamental para la sustentabilidad y desarrollo del modelo. Omitirla o apurarla, imponiendo el nuevo Modelo tiende a aumentar las resistencias y retrasar el desarrollo de competencias que posibiliten al equipo de salud hacerse cargo de la salud de su población.

PRODUCTOS ESPERADOS DE LA ETAPA DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO:

- Equipo y autoridades motivados y sensibilizados: Adhesión explícita al cambio.
- Diagnóstico inicial organizacional y sanitario realizado.
- Equipo con diagnóstico de competencias para comenzar la implementación del Modelo de Salud familiar.
- Equipo gestor constituido. Planificación y cronograma de cambio.
- Relaciones establecidas con la Comunidad para información e inclusión en el proceso de cambio. Idealmente Planificación local participativa

Cambio guiado
Capacitación universal

Disminuir las tensiones que todo proceso de cambio genera

IDEAS FUERZA:

Reflexión
Participación
Capacitación

Motivación

Sensibilización

Toma de decisión para iniciar el cambio

ETAPA DE DESARROLLO

Esta etapa está caracterizada por el crecimiento como equipo en términos de madurez organizacional y funcional y la incorporación o desarrollo de las estrategias que permiten la implementación del Modelo. Está, por lo tanto, centrada en los procesos que fueron señalados por el equipo en su Planificación Estratégica al término de la etapa anterior, destinada a llevar a la práctica los principios que caracterizan el Modelo.

¿Cómo hacer posible los principios del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario?

Cualquier estrategia gana su sentido cuando se inserta en los principios que la fundamentan

Muchas experiencias de sectorización quedaron sin un camino claro de avance al no fundamentarse en los principios del Modelo y como respuesta a una necesidad de operacionalizar el Modelo Biopsicosocial. Por esta razón es necesario que toda estrategia sea asumida a partir del análisis del Modelo, los principios, elementos que lo constituyen, y cómo las estrategias facilitan el trabajo de los equipos.

En la Etapa de Desarrollo los principales ámbitos a considerar son:

- **Dirección**
- **Organización Interna: Trabajo de confianzas y relaciones**
  - Sectorización
  - Conformación de equipos de cabecera
  - Definición de equipos transversales
  - Adecuación de los servicios de apoyo
  - Adecuación de la infraestructura
  - Redefinición y reorganización del SOME
  - Reuniones de equipo planificadas
- **Capacitación**
- **Sistemas de Información, Coordinación y Registros**
- **Evaluación, Control y Monitoreo**
  - Del cambio de Modelo
  - De la calidad de atención
- **Relación Equipo - Usuario /Familia**
- **Centro de Costo**
- **Trabajo con la comunidad**
- **Trabajo en Red**

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 en los cambios que se implementen y asumir la responsabilidad de tener una población a cargo. 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.

Todos lo elementos que a continuación se desarrollan se realizan con la participación del equipo y éste debe comprender el para qué de ellas.

- Sectorización (Anexo 7): 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. Tiene que ver con la capacidad limitada que tenemos como personas de abarcar grandes ámbitos.

- Conformación de equipos de cabecera: El equipo de cabecera es el subconjunto de miembros del equipo de salud organizado para hacerse cargo del cuidado continuo de una población específica y encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios.

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

La posibilidad de responder a las necesidades de cada grupo poblacional pasa por la constitución de estos equipos dentro de cada establecimiento. La característica funcional de estos equipos es de relaciones de continuidad y confianza mutua con sus familias a cargo.

En general los equipos de cabecera están conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales, y médicos. Esto varía según la realidad epidemiológica y la disponibilidad de recursos.

En términos de dotación, las horas asignadas a cada sector deben responder a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad.

- 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, sin estar adscritos a los equipos de cabecera, se constituyen en equipos transversales según su especificidad, trabajando en forma coordinada e integrada con los equipos de cabecera, con un flujo constante de información.

Además de su rol en la salud de la población, los equipos transversales 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.

Es necesario recordar que el trabajo mutlidisciplinario no implica perder la especificidad de cada disciplina, sino, al contrario implica una complementariedad entre saberes que permite un abordaje más integral de la situación de salud enfermedad de las personas.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- El organigrama definido será funcional a los requerimientos del Modelo en desarrollo, reflejando la nueva estructura organizacional.

3 CAPACITACIÓN

Objetivo: Desarrollo de competencias y habilidades que permitan a las personas, un desempeño acorde con el Modelo de Salud 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

Relevancia particular tiene la capacitación para el trabajo con familias.

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 resolutiva
- Aportar en cuanto a geo referencia y equidad en acceso y uso del Sistema

En relación a los principios del nuevo Modelo habitualmente el equipo analiza los registros clínicos en uso y realiza adaptaciones o innovaciones que faciliten la continuidad en la atención y el enfoque familiar. Aparecen entonces, por ejemplo, hoja de ingreso según grupo etáreo que incorpora la mirada de riesgo biopsicosocial individual y familiar, hoja de problemas que resume el historial de la persona rescatando los principales diagnósticos biológicos, psicológicos o sociales, cartola o ficha familiar, destacando listados de factores de riesgo, factores protectores, etapa de ciclo vital familiar, cartola única de patologías crónicas tanto de adultos como de niños y jóvenes y otros, que van permitiendo al equipo adentrarse al universo de información con un enfoque amplio.

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 y de 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 en el manejo de la información.

5 EVALUACIÓN, CONTROL Y MONITOREO

Objetivos:

- Hacer seguimiento del grado de implementación del Modelo
- Evaluar la calidad de atención y mejora 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.

5.1 Del cambio de Modelo

El objetivo es monitorear la puesta en práctica de los principios del modelo, con el objeto de fortalecer el cuidado de la población a cargo y medición sistemáti-

ca 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 el desarrollo e implementación de los elementos esperados.

De 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 u otros.

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 que distingue a la persona que consulta como un

otro integral, un otro capaz, un otro con derechos y deberes, un otro diferente (en cultura, en etnia, en religión, en género, etc).

Si bien el cambio de actitud pareciera ser el más fácil, el más inmediato y que no requiere inversión económica, salvo aquella destinada a la capacitación, la profundidad de él, requiere de un "darse cuenta" que habitualmente necesita un proceso educativo vivencial.

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

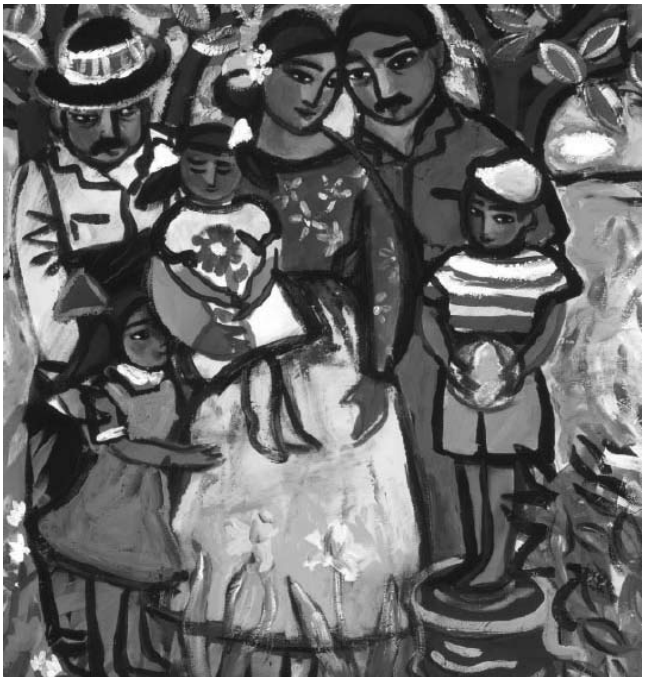
Objetivos:

- 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 tiene 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.

Desde distintos ámbitos el equipo recibe señales de la importancia de la participación de la comunidad en salud, comienza a crear espacios estables de diálogo, análisis y búsqueda conjunta de soluciones a problemas detectados, estableciéndose una relación de confianza y colaboración mutua.

También en esta etapa suele observarse en el equipo de salud una explicitación más clara de los temores que la participación comunitaria le produce.

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 ve la participación 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.

Existe una planificación anual de actividades con responsabilidades definidas.

Adicionalmente ayuda a un mejor logro de las metas sanitarias y eficiente uso de los recursos comunitarios y de salud.

9. TRABAJO CON LA RED

Para la organización del Centro de Salud Familiar el trabajo en red tiene dos dimensiones:

- ➤ Trabajar en red como parte (nodo) de la Red Asistencial
- ➤ Trabajar como parte (nodo) de la red social y comunitaria.

Ambas dimensiones se establecen en el ámbito territorial.

Se entiende por trabajo en la red asistencial, a la interacción entre establecimientos que se orientan al logro de los objetivos sanitarios y garantizan la continuidad de los cuidados de salud de las personas y familias. Por lo tanto la red es dinámica, no es un modo de organización sino el establecimiento de vínculos para interactuar fluidamente.

Gestionar en red es, instalar valores, principios y objetivos comunes como centro y motivo de su accionar . En el caso de la red pública de salud el usuario es su razón de ser y al mismo tiempo el eje sobre el cual deben funcionar las redes, respetando el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad en salud, así como el uso eficiente de los recursos. Es decir instalar una cultura de red.

El CESFAM es un cambio de una cultura organizacional tradicional a una donde se ha desarrollado la capacidad de escuchar al otro, de poner al centro el propósito o fin común de la red.

La red asistencial cuenta con herramientas de gestión en Red como el CIRA (Comité Integrador de la Red Asistencial), la programación en red, la participación en las distintas redes, la Intersectorialidad.

James Wolf[7], define a ***las redes*** partiendo de la base de que el servicio público siempre involucra a varias organizaciones que deben trabajar juntas y donde se precisa una serie de relaciones para ejecutar y alcanzar soluciones a los problemas. El trabajo intersectorial es una versión de trabajo en red.

7 Wolf, James F. (1966) En: Refounding democratic public administration: modern paradoxes, postmodern challenges, Gary L. Wamsley y James Wolf (eds) Thousand Oaks: Sage Publications.

RIESGOS EN LA ETAPA DE DESARROLLO:

Descuidar los aspectos biológicos por un deslumbramiento con el rol de los factores psicosociales en el proceso salud enfermedad.

Pensar que el equipo debe abordar en forma aislada los determinantes sociales sin considerar la colaboración multisectorial, descuidando su tarea específica, cual es el cuidado de una adecuada y oportuna atención de salud (entendida como un Determinante más de la salud).

PROBABLES CRISIS EN LA ETAPA DE DESARROLLO:

El desarrollo trae aparejadas situaciones de crisis, que como toda crisis significa dolor, oportunidad y desafíos:

"¿Cómo nos van a evaluar?"

La confrontación de los desafíos del nuevo Modelo con los desafíos y exigencias del trabajo habitual genera un cuestionamiento de la coherencia de los sistemas de evaluación.

"¿Me alcanzará el tiempo?"

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 variable con el usuario según su necesidad.

"¿Y quién me cuida a mi? ¿Quién se preocupa por mí?"

Cuando la relación se establece como relación de ayuda, implica vínculos más profundos con las personas y una posibilidad de desgaste emocional que debe ser considerada y por lo tanto acogida por los administradores, quienes debieran planificar acciones de cuidado para el equipo.

De igual manera el equipo programará y realizará acciones de autocuidado que sean sistemáticas y que recojan las necesidades de sus miembros.

- ¿Y si nos equivocamos?" ¿Y si nos evalúan mal?
- ¿Cómo puedo cuestionar lo que he hecho siempre?
- ¿Escucharán mis opiniones si son divergentes?
- ¿Valdrá la pena expresarlas?"

El sistema jerárquico tradicional llevó a los equipos a ejecutar la acciones sin una actitud crítica, por lo que el camino de crecimiento hacia la toma de decisiones

fundamentadas, se presenta 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. La madurez que el equipo va adquiriendo, los logros progresivos y una mayor capacidad crítica, ayudan a sobrepasar los temores y a crear con mayor libertad emocional.

"¿Se eliminarán las Jefaturas y los Programas de salud?

Normalmente se tiende a pensar que la existencia de estos no es necesaria y que incluso atenta con los principios del Modelo. La experiencia ayuda a comprender la necesidad de que estos roles persistan como una forma de coordinar normas, organizar respuestas, dar mirada epidemiológica, etc.

"¿Podemos dejar de cumplir las metas sanitarias?

Es necesario tener en cuenta que, por estar esta etapa, centrada en producir condiciones propicias al modelo, se corre el riesgo de descuidar logros sanitarios ya alcanzados. Por lo anterior es preciso generar estrategias que velen por el cumplimiento de dichas metas.

Este cambio de mirada nos permite seguir trabajando, sin descuidar las metas sanitarias y compromisos de gestión, y de a poco ir reforzando en el quehacer diario la integralidad en los cuidados, el enfoque familiar, la prevención, etc. Cumplir las metas siempre debe estar en los objetivos éticos cuando aquellas metas influyen en los resultados en salud.

PRODUCTOS ESPERADOS DE LA ETAPA DE DESARROLLO:

- Dirección participativa
- Equipos de cabecera conformados, con población a cargo y tareas definidas.
- Equipos transversales conformados con tareas definidas
- Equipos de apoyo comprometidos con los usuarios
- SOME sectorizado
- Espacios físicos readecuados a las necesidades del modelo
- Equipo con tiempos protegidos para reflexión, análisis y planificación de tareas.
- Plan de capacitación en ejecución.
- Registros adaptados a las necesidades de información.
- Sistemas de evaluación y monitoreo en ejecución.
- Relación de confianza entre equipos y usuarios. Equipo que escucha y acoge.
- Equipo conoce y se hace cargo de los recursos disponibles.
- Interacción permanente con la comunidad organizada, en un clima de colaboración mutua.

La Etapa de Desarrollo tiene una duración variable; lo habitual es que sea alrededor de un año. Si bien es cierto que presenta variadas fuentes de crisis, también permite al equipo constatar sus reales capacidades de organización, de trabajo en equipo y poner al usuario como foco de su quehacer.

IDEAS FUERZA

Trabajo en equipo

Participación

Apertura

Reorganización

Relación de confianza

Colaboración equipo – comunidad

Colaboración equipo- Red de salud

Para lograr el paso de una etapa a otra y garantizar su sustentabilidad en el tiempo, lo que no puede faltar es el incondicional apoyo a los equipos locales de salud para que vivencien, con profundidad, su proceso de cambio y de esta manera:

- Tomen conciencia de la necesidad del cambio y acepten el desafío.
- Expresen su voluntad de cambio en gestos tangibles.
- Asuman que la resistencia al cambio es un hecho natural e inevitable, que con frecuencia genera temor e incertidumbre.
- Interpreten los signos de resistencia como señales de advertencia:
- ¿Se está en la dirección correcta?
- ¿El ritmo será el adecuado?
- ¿Qué aspectos del proceso se han descuidado?
- ¿Qué estrategia debe ser corregida?
- Formulen como equipo, el planeamiento estratégico para su propio proceso de cambio.

ETAPA DE FORTALECIMIENTO:

Esta etapa, a través de una profundización de los cambios iniciados en las etapas anteriores, se centra en desarrollar procesos que fortalezcan el trabajo con familias y comunidad y en hacer cada vez más efectivo el trabajo del equipo.

La madurez adquirida por el equipo los hace estar centrados en el logro de los objetivos en salud más que en la resolución de conflictos de adaptación.

El enfoque familiar y la familia como unidad de atención, son abordados de manera sistemática por el equipo de salud incorporándolo como una forma habitual de trabajo. Se crean metodologías para tal efecto y se usan o adaptan instrumentos de evaluación y abordaje de las familias.

Se organizan formas de recogida de información familiar y se pone mayor énfasis en el seguimiento de las personas o familias en estudio.

Los resultados intermedios y finales comienzan a mejorar: mayores coberturas, más compensación, mejor adhesividad a programas, mayor resolutividad.

Se produce una integración del trabajo de los sectores al quehacer global del centro, con una misión y visión compartidas.

Todos los ámbitos del CESFAM muestran un desarrollo coherente, armónico.

Existe un reconocimiento explícito de una constatación del cambio por parte de las autoridades

El Centro se encuentra incorporado y participa activamente tanto a las redes locales, intersectoriales como en las de salud. Se ha internalizado el trabajo en redes, pasando a ser parte de la cultura organizacional del establecimiento.

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

EN LA ETAPA DE FORTALECIMIENTO LO PRIMORDIAL ES LA ATENCIÓN BASADA EN LOS PRINCIPIOS DEL MODELO:

- Enfoque sistémico.
- Trabajo con familias: enfoque familiar y familia como unidad de cuidados.
- Continuidad de los ciudados
- Promoción y prevención.
- Compromiso con la población a cargo.
- Comunidad como sujeto.
- Trabajo en Red.
- Intersectorialidad.

Los ámbitos del cambio se referirán a:

- ATENCIÓN BASADA EN LOS PRINCIPIOS DEL MODELO
- EQUIPO DE SALUD
- CAPACITACIÓN
- ORGANIZACIÓN INTERNA
- PROGRAMACIÓN LOCAL
- GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO
- GESTIÓN DE LA DEMANDA
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN, COORDINACIÓN, REGISTROS
- EVALUACIÓN, CONTROL Y MONITOREO
- CENTRO DE COSTO

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 desarrolla guías anticipatorias, protocolos, flujogramas.

- Se crean nuevos o se adaptan registros en uso en otros lugares.

- Se define 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 intersector.

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 Participativa , 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

La 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 de la Dirección se puede destacar:

- El rol integrador, cuidando el desarrollo armónico de los equipos y sus integrantes.
- 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, Servicio de Salud, MINSAL, Intersector y comunidad.
- El manejo adecuado del presupuesto, 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 obtención 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 entrega de cuenta de procesos y resultados ante la comunidad, autoridades comunales, Servicios de Salud y el Ministerio de Salud.

El desarrollo de liderazgos flexibles que permiten la participación del equipo en las redes de salud y en las redes locales, estimula la creatividad, y da confianza a las personas para representar a la institución con las atribuciones adecuadas para la toma responsable de 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 resolutividad 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

La 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, incorporando en ellas el enfoque familiar.
- Desarrollo de 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 la educación de adultos, de trabajo con familias, de consejería, de trabajo en equipos multiprofesional, etc., junto al compromiso por el desarrollo de la APS, a nivel nacional, se expresa en una 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 la APS como un excelente escenario formativo para las actuales y futuras generaciones de profesionales de la salud.

5 ORGANIZACIÓN INTERNA

Objetivo:

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

Se asignan nuevos roles, se fortalece el trabajo de los sectores, lo que se traduce en mayor cohesión y estabilidad de los miembros del equipo, mayor permanencia en las funciones y menor rotación profesional.

Los ámbitos a considerar son:

- ***Gestión sanitaria sectorizada, equipos de cabecera:***

El mayor logro de esta etapa es la gestión sanitaria sectorizada.

En esta etapa 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 de sector 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, consensuado con su población a cargo y planifica su quehacer compatibilizando las normas ministeriales con la realidad y demandas locales y con 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.

- ***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.

- ***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 y promoviendo su coherencia con el modelo de salud familiar.

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.

6. PROGRAMACIÓN LOCAL

Desde el momento que el eje del accionar pasa a ser la persona y su ciclo vital, los programas ministeriales adquieren un rol ordenador, normativo – referencial, cuya aplicación toma en cuenta la realidad sanitaria local.

La Programación está orientada a resultados.

El trabajo de los sectores busca responder de manera cercana a las necesidades de las personas, incorporan-

do en la programación los énfasis que den cuenta de las prioridades.

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.

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 ejemplo: asistencia telefónica a pacientes crónicos, enfermera gestora de casos, asistencia domiciliaria por promotores de la salud, en un trabajo coordinado con los equipos de cabecera, 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.)

7. 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
- 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 se preocupa de producir una transición "suave" armónica 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 y permitir a los trabajadores y trabajadoras compatibilizar los intereses personales con los 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.

8. GESTIÓN DE LA DEMANDA:

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 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 y 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 protegi-

dos 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 de los resultados 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.

9. SISTEMAS DE INFORMACIÓN, COORDINACIÓN, REGISTROS.

Objetivos:
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.

10. EVALUACIÓN, CONTROL Y MONITOREO

Al igual que en la Etapa de Desarrollo esta dimensión busca evaluar:

➪ ***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.

➪ ***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.

11. 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:

- ***Relación con la Red Asistencial:***

- 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

- Si el resto de la red mantiene un enfoque biomédico, centrado en el equipo, con relaciones de po-

der genera inconsistencias con los elementos del Modelo, las que son percibidas por los usuarios.

- La mayor autonomía en las decisiones no siempre es efectiva por las limitantes existentes en el Sistema.

- La fundamentación de 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.

- Al ser receptor de capacitaciones diseñadas en otros niveles, no se consideran las necesidades del equipo.

- La planificación de diversos programas de intervención, diseñados en otros niveles, no siempre preserva la mirada biopsicosocial de los problemas y pre determina respuestas parciales (muchas veces biomédicas) a los mismos. El equipo debe tener una mirada crítica de los programas generando respuestas que reviertan tal situación.

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.

- **Valoración de las capacidades**

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.

Este riesgo tendrá una resolución espontánea al ir teniendo claridad sobre las propias competencias, objetivos y resultados.

- **Seguir siendo considerados como un nivel de "baja complejidad"**

La tarea de la APS en escenarios sociosanitarios 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.

Existe cada vez mayor comprensión de la complejidad de los temas abordados en APS, evidenciada en los análisis y discursos públicos, lo que se traduce en la práctica en un mayor apoyo financiero a distintos programas, aumento de los recursos para profesionales de salud mental, incorporación de otros técnicos y profesionales, flexibilización, por ejemplo, del uso de los tiempos (rendimientos, concentraciones), entre otros.

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.

- **Retrocesos en cuanto modelo**

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.

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.

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.

Exigencia de múltiples datos, que, sin mecanismos informatizados, sobrecarga a los equipos. Riesgo adicional: deshumanizar la atención al dar más tiempo a las tareas administrativas de llene de registros, que a la atención del usuario.

La informatización será un elemento que ayude a los profesionales a disminuir los tiempos de registro para aumentar los tiempos de contacto humano.

Pérdida de integrantes del equipo, por renuncias, traslados, etc., genera tensión y displacer (duelo), tanto por los vínculos existentes como por la experticia adquirida, debiendo enfrentarse a un nuevo integrante que requiere ser capacitado.

La consolidación del Modelo debiera producir mayor estabilidad en los equipos, aún con esto será necesario considerar la existencia de generaciones de reemplazo que puedan integrarse a los equipos de manera más fluida.

- **Salud mental del equipo:**

La cercanía a la realidad de los problemas de las familias, produce una sobrecarga emocional mayor que la habitual, fundamentalmente en los equipos de cabecera[8]. Las tareas de estos equipos en el cuidado continuo de sus familias determina un estar permanentemente alerta a los requerimientos de los usuarios, usar nuevos instrumentos, llenar nuevos registros, asistir en el domicilio, etc., lo que produce cansancio y sensación de inequidad en la distribución del trabajo.

8 http://www.diezminutos.org/documentos/burnout/quees.html

En este escenario el autocuidado de los equipos pasa a ser una necesidad impostergable que requiere la planificación de tiempos propios, recursos y actividades claramente establecidas y un análisis de las tareas que pueden ser relevadas de los equipos de cabecera, según los recursos disponibles.

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 el avance sostenido 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.

PRODUCTOS ESPERADOS DE LA ETAPA DE FORTALECIMIENTO:

- Aplicación sistemática del modelo biopsicosocial en el enfrentamiento del proceso salud enfermedad, enfatizando la prevención y la promoción, en concordancia con las diversas dimensiones del ser humano.

- Equipos trabajando activamente con su población a cargo, con enfoque familiar e integrando a la familia como unidad de atención. Se han definido instrumentos para detectar el riesgo y se actúa en concordancia con ello, para la priorización de intervenciones en familia. Existe una utilización sistemática de los instrumentos de salud familiar.

- Equipos de cabecera estables, con roles definidos, que conocen su población a cargo (manejan información relacionada con la situación de salud de sus familias y entorno), que programa y evalúa su actividad anual.

- Equipos transversales trabajando de manera coordinada con los equipos de cabecera, con manejo de criterios, lenguaje común.

- SOME sectorizado que armoniza su relación con el usuario a los requerimientos del modelo: amabilidad, respeto, disposición a resolver problemas y minimizar la burocracia.

- Infraestructura en consonancia con las necesidades de atención. Se han mejorado los espacios para la atención de familias. Una característica es la eliminación de todas las barreras físicas que impiden una relación cercana con los funcionarios: rejillas, vidrios, etc.

- Equipo con tiempos protegidos y autogestionados para reflexión, análisis, planificación de tareas y actividades de autocuidado.

- Plan de capacitación que se genera desde las necesidades específicas de los equipos y estamentos, en plena concordancia con la Misión de la Institución y con la perspectiva de desarrollo de la red del S. Salud.

- Registros validados y de uso generalizado, de utilidad práctica para los procesos de evaluación de intervenciones y monitoreo de indicadores.

- El perfil de consulta muestra cambios con aumento explícito de motivos de consulta del ámbito psicosocial.

- Los profesionales no temen abrir preguntas a ámbitos psicosociales, por disponer de herramientas para su abordaje y las familias confían en que aquellas demandas serán acogidas.

IDEAS FUERZA

Capacitación continua

Madurez grupal

Compromiso

Actitud anticipatoria

Conocimiento: hacerse cargo

Promoción y prevención

Enfoque psicosocial centrado en la familia

Interacción equipo – comunidad

Satisfacción

ETAPA DE **CONSOLIDACIÓN:** MODELO INSTALADO

LA VISIÓN

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.

El enfoque biopsicosocial es una práctica real.

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.

I EL CENTRO DE SALUD

1.- El Equipo y su trabajo
- a) El enfoque biopsicosocial y familiar
- b) Calidad de atención
- c) Desarrollo del equipo
- d) Trabajo en Red
- e) Uso de los recursos
- f) Relación con las familias y comunidad
- g) Actitud anticipatorio
- h) Trabajo con la Comunidad

2.- Liderazgo

3.- La Gestión
- a) Cultura de la calidad
- b) Gestión del recurso humano

4.- Recursos y Equipamiento

5.- Capacitación

6.- Integración

II EL USUARIO Y SU FAMILIA

III LA COMUNIDAD

IV EL MUNICIPIO

I. EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR O CESFAM:

Un Centro de Salud Familiar es el 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.

El equipo ha pasado desde un enfoque lineal del proceso salud enfermedad a uno relacional, holístico.

El CESFAM es reconocido y validado en la red.

1. EL EQUIPO Y SU TRABAJO:

La estabilidad de los Equipos lograda en esta etapa, facilita un mantenido desarrollo institucional.

Una característica del Equipo de Salud es la posesión de habilidades y destrezas que les permiten interaccionar con usuarios, familias y comunidad de manera efectiva, utilizando adecuadamente los recursos y las instancias establecidas. Esto genera crecientes niveles de calidad en los procesos y en los resultados en salud, y por ende satisfacción, tanto de los integrantes del equipo, como de los usuarios.

¿Cuáles son las señales de un equipo de trabajo productivo?

- Fijan objetivos realistas
- Cumplen metas
- Se escuchan unos a otros
- Solucionan conflictos de manera constructiva.
- Dan retroalimentación
- Se relaciona de manera activa con la red en mutua confianza.

Algunos de los ámbitos en los que se evidencia la madurez del equipo son:

- **Enfoque Biopsicosocial y Familiar**

Siendo el más relevante de los principios del Modelo, este se ha constituido en una práctica habitual en los equipos. La aplicación sistemática de instrumentos de evaluación familiar, recogida de información de las familias e intervenciones planificadas son habilidades adquiridas y aplicadas de acuerdo a las situaciones de salud enfermedad de los individuos. Esto se refleja en un mejoramiento continuo de la calidad de atención.

- **Calidad de atención:**

- Los conocimientos adquiridos han permitido operacionalizar el enfoque biopsicosocial en la práctica diaria, lo que se evidencia en el registro en la ficha clínica y en el enfrentamiento integral de los problemas. Como impacto se produce un cambio en el perfil y número de consultas, y, a largo plazo, disminución en la incidencia de problemas de salud ligados a factores de riesgo prevenibles y controlables.

- Los planes de intervención, son negociados con la persona o familia, siempre en un marco ético. La preocupación por el respeto a la individualidad, autonomía, la justicia social, la no maleficencia, se materializa con la creación de un Comité de bioética y/o espacios de reflexión sobre el tema, de manera de favorecer la toma de decisiones acordes a estos principios.

El equipo desarrolla elementos que protejan los derechos de los usuarios y respeta su dignidad, autonomía y bienestar, controlando la negligencia y asegurando las buenas prácticas.

La continuidad de los cuidados es una realidad.

Hay una preocupación por elaborar y/o adaptar guías clínicas y/o protocolos con el objeto de resguardar el enfoque familiar y la calidad de la atención con criterios claros del actuar profesional.

Se agiliza la atención y la equidad en la calidad.

Igualmente, se generan registros necesarios que facilitan el accionar, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones. Estos registros incluyen datos de factores protectores, de riesgo y de problemas de salud y su seguimiento.

Planifica sus intervenciones en base a las metas sanitarias nacionales y locales.

El equipo es capaz de percibir la demanda implícita en la población poli consultante, patología psicosomática o de difícil resolución y de crear formas de enfrentamiento de estos problemas, de manera de controlar la poli consulta, detectar a la población que no acude al Centro y responder de manera satisfactoria a sus necesidades.

El equipo hace uso de la evidencia existente o la genera cuando no existe. Define líneas de investigación en base a temas que le plantean interrogantes a nivel local y que le permitirán el diseño de intervenciones. El foco está puesto en el mejoramiento de los procesos de atención, por lo tanto el tipo de investigación será de tipo operativa, experimental o cuasi experimental, cuantitativas y cualitativas, concordante con una permanente preocupación por el mejoramiento continuo de la calidad.

La investigación operativa y la investigación acción son metodologías adecuadas para la generación de conocimiento local, ayudando tanto a equipos como a las comunidades en la adquisición de información útil para la toma de decisiones y generación de propuestas locales, que puedan además, retroalimentar políticas públicas.

El manejo de información relevante de la comunidad

y de la red asistencial, permite una adecuada toma de decisiones y manejo de recursos.

El realizar 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.

- **Desarrollo del equipo:**

El equipo de salud se preocupa de su desarrollo personal y profesional, mediante una educación continuada, como respuesta a las exigencias de cuidar de manera integral y continua la salud de su población a cargo y de fomentar el mayor bienestar posible. Lo anterior asegura una atención de calidad técnica y humana y un ambiente laboral satisfactorio.

Hay una 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. En esta valoración se considera experto en atención primaria y salud familiar, y visualiza claramente el rol complementario de los otros integrantes de la red, para dar respuestas integrales. Este criterio de realidad se manifiesta también en la visión sobre el rol de la comunidad y sus ámbitos de acción.

Existe preocupación por la formación de "Generaciones de reemplazo", compartiendo conocimientos y experiencias, como una forma de dar estabilidad a los procesos. El equipo se acepta como docente para las generaciones venideras, asumiendo el rol de modelo en la formación de pre- y postgrado, de profesionales y funcionarios, así como de integrantes de otros equipos de salud.

Es capaz de utilizar estrategias innovadoras frente a recursos limitados y los conoce, analiza y gestiona de manera eficiente. Se caracteriza además por su 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.

En su interacción mantiene relaciones horizontales y acepta un liderazgo flexible y compartido. Colabora con la dirección, y se responsabiliza de su quehacer.

El respeto a la diversidad se hace parte del quehacer con la incorporación de la pertinencia cultural, el enfoque de género y, en general, la aceptación de las diferencias. Participa con la comunidad y familias en la solución de sus problemas, teniendo presente el respeto a las diferencias culturales.

- **Trabajo en Red:**

El equipo 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.

A través del conocimiento de las redes, favorece el uso óptimo de éstas, recurriendo en primer lugar a las redes familiares y comunitarias que son las más cercanas y de menor costo, y en su defecto a otras redes institucionales. Lo anterior valida las redes primarias de la familia y aumenta su empoderamiento, constituyéndose en un potenciador del desarrollo social.

El concepto de red se encuentra incorporado a su quehacer cotidiano, lo que se manifiesta en una revisión periódica de la funcionalidad de los flujos establecidos, para poner precozmente los elementos de mejora necesarios y asegurar fluidez en los canales de información así como un transito expedito de las personas en la red.

- **Uso de los recursos:**

El equipo es responsable de sus recursos y de su quehacer, tornándose altamente resolutivo.

En este sentido, 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.

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, por lo cual se ocupa de potenciar su desarrollo y el cuidado de su propio bienestar.

- **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.

Las puertas a la comunidad y sus cauces de expresión están abiertas en una interacción de respeto mutuo.

- **Actitud anticipatoria:**

En conjunto con usuario y/o familia se preocupa de la salud, fomentando el autocuidado y los hábitos de vida saludables, incluyendo el desarrollo de factores protectores, la no-adquisición de conductas de riesgo y la prevención de los problemas prioritarios.

Con relación a la población beneficiaria que no consulta, se preocupa de potenciar sus recursos, fomentar estilos de vida saludables, a través de estrategias comunitarias y de diseñar en conjunto con ella formas de acercamiento a las diversas prestaciones existentes, en caso de que esta población esté en riesgo o presente problemas.

2. LIDERAZGO:

El tipo de liderazgo concordante con la misión es visionario y motivador hacia un futuro claro y compartido.

Es respetuoso con el ritmo del equipo y flexible con los tiempos de desarrollo y crecimiento de su integrantes (liderazgo situacional), fomentando el desarrollo de las capacidades de los integrantes del equipo y de la comunidad organizada.

Es democrático, asegurando espacios claros y definidos de participación, comparte información y la responsabilidad en la toma de decisiones.

Es analítico y propositivo en la búsqueda de respuestas a las necesidades del recurso humano.

Es cálido, empático, convocante, favoreciendo el compromiso y el sentido de pertenencia al equipo. Valida a las personas permitiendo que aporten lo mejor de sí mismas.

Un elemento relevante es cómo el liderazgo en salud influye en las respuestas que los otros sectores dan a los determinantes sociales de la salud.

3. LA GESTIÓN

El estilo de liderazgo mencionado se materializa en una gestión democrática, innovadora, competente, resolutiva, eficiente y flexible, coherente con el modelo de salud familiar.

Se caracteriza por tener un objetivo claro: población sana, lo que se entiende como una población con mayores grados de bienestar, con acciones de auto cuidado y con mayor desarrollo de factores protectores.

Para un mejor logro de los objetivos sanitarios 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.

Lo anterior se basa en una adecuada utilización de la información epidemiológica y de recursos, lo que permite:

- Efectuar el diagnóstico de situación de salud.
- Establecer las brechas entre lo existente y lo deseado, con énfasis en la equidad.
- Determinar prioridades en función de criterios de vulnerabilidad, frecuencia, gravedad, impacto, costo u otros.
- Definir los recursos involucrados.

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

La ejecución de las actividades se desarrolla 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.

La evaluación es permanente con relación al logro gradual de los objetivos, utilizando la información generada de manera sistemática, abarcando estructura, proceso y resultados. Tiene la característica de ser reflexiva al darle un sentido del por qué y para qué, lo que determina el qué evaluar y la necesidad de producir información nueva, cuando esto sea pertinente. 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 y de los Servicios de Salud y como estándares, las metas nacionales. Pero, entendiendo que estas metas son promedios obtenidos, la mirada debe estar puesta en el mejor logro de la salud de la población.

Es 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 Centros 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. Al delegar funciones, la dirección asume con mayor preponderancia el rol de coordinación, tanto dentro del Centro de Salud como con la Comunidad, el Municipio, la Red Asistencial, el Intersector, las Universidades, otras Instituciones y Organizaciones, favoreciendo la participación en el más amplio sentido, creando, integrando y fortaleciendo redes.

3.1 Cultura de la calidad:

La calidad se acepta 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.

Asumiendo como concepto de calidad la "provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario" (Adaptación de R. H. Palmer), su medición y el mejoramiento están integrados al quehacer habitual.

Traduce, en esencia, el cambio cultural en el desempeño del equipo de salud.

¿Qué se espera?

Espacios de evaluación y mejoramiento continuo, y Equipos EPS funcionando de manera periódica, con ámbitos definidos.

Competencias establecidas para la ejecución de los procesos de evaluación y mejoramiento continuos.

Mejorar la resolutividad es un resultado esperado del cambio de modelo. La resolutividad en este Modelo amplía su alcance a todas las áreas relacionadas con mantener el mejor estado posible de salud individual y familiar. Esto implica monitorear el impacto de la resolutividad en la promoción de la salud (ejemplo: familias realizan habitualmente actividad física), en el manejo de los factores de riesgo (ejemplo: disminución del consumo de cigarrillos), en el manejo de los problemas de salud (ejemplo: compensación de una persona con patología crónica), en la rehabilitación (ejemplo: mantener la capacidad funcional en la vida diaria), en el bien morir (ejemplo: preparación al paciente y su familia).

Ejemplos de indicadores de impacto

Disminución de:

- Prevalencia de Diabetes Mellitus, HTA, obesidad, etc.
- Incidencia de amputaciones en personas de Diabetes
- Prevalencia de Depresión en mujeres en edad media
- Prevalencia de consumo de drogas en escolares
- Incidencia de accidentes cerebrovasculares
- Número de hospitalizaciones evitables
- Tasa de consultas de urgencia

Aumento de:

- Porcentaje de población que realiza actividad física
- Porcentaje de familias que participan en acciones de promoción.

3.2 Gestión del recurso humano:

Existe una política conocida de manejo y cuidado del recurso humano, que incluye perfiles definidos para roles específicos y trabajo en equipo, mecanismos de selección, incorporación, mantenimiento, desarrollo y alejamiento. Define sistemas de incentivos y de evaluación periódica de desempeño. .

En el ámbito del desarrollo busca fortalecer al equipo con conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan enfrentar de manera adecuada la tarea de cuidado efectivo y dotarlo con las herramientas y recursos suficientes que le permitan manejar el estrés y sustentar saludablemente la relación de ayuda.

Considera las expectativas personales y profesionales de sus funcionarios, implementando medidas que brinden mayor satisfacción en diversos ámbitos: capacitación, recreación, autocuidado, espacios físicos adecuados, equipos de trabajo formadores, carreras funcionarias, estabilidad laboral, entre otros.

Se fortalecen políticas que promueven el autocuidado del personal, favoreciendo ambientes saludables de trabajo, con gratos climas laborales y espacios de cuidado continuo.

Ámbitos del cuidado de la salud de los trabajadores:

- 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)

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.

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.

La organización del equipo considera la adecuación de horarios de trabajo (flexibilidad) 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.

Se espera que el equipo cada vez desarrolle más actividades fuera del centro de saludcon énfasis en actividades de prevención a nivel familiar en los domicilios, e institucional, por ejemplo en las escuelas.

Hay una evaluación realista de la cantidad de recurso humano necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

4 RECURSOS Y EQUIPAMIENTO

Los recursos y equipamiento serán acordes a la cartera de servicios y en función de la mejor capacidad resolutiva posible, de acuerdo a las políticas establecidas.

- Disponibilidad de Recursos y Equipamiento de acuerdo a lo requerido por el Plan de salud integral familiar.

- Existencia de apoyo tecnológico apropiado y acorde al nivel de desarrollo.
- Planta física que responde a la necesidad de desarrollar el trabajo con familias y comunidad.

Todos estos elementos serán definidos con criterios epidemiológicos, financieros, éticos, de justicia social, tendiendo a un cierre continuo de las brechas existentes en esta materia.

5 CAPACITACIÓN

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.

Se estructuran programas de actualización permanente, favoreciendo la reflexión crítica y el mejoramiento continuo de la calidad.

Entre los temas emergentes se consideran, entre otros, los siguientes:

- 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.

6. INTEGRACIÓN

El Centro está posicionado en los mejores niveles dentro del país, en los ámbitos académico, asistencial y pre-

ventivo. 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.

II. EL USUARIO Y SU FAMILIA

Un buen reflejo del desarrollo adquirido es tener usuarios contentos, satisfechos porque se sienten bien tratados, se les escucha y considera su opinión, perciben preocupación por su familia, se les orienta, se responde a sus necesidades y se acogen sus reclamos y sugerencias.

Entre otras características el usuario:

- Es propositivo respecto a las demandas hacia el equipo de salud y con relación a su propio cuidado, el de su familia y vecinos.
- Hace uso de su red comunitaria y social.
- Aumenta su comprensión de los factores de riesgo y protectores y su compromiso con el cuidado personal, el de su familia, comunidad y medio ambiente.
- Conoce la gama de acciones comunales en salud, y hace un uso apropiado de éstas.
- Amplía sus motivos de consulta más allá de la morbilidad tradicional, como reflejo de la percepción del cambio experimentado por el equipo de salud, de los nuevos vínculos establecidos y del mejoramiento de las competencias para manejar efectivamente la demanda.
- Participa en la elaboración del plan de cuidado continuo y en un clima de confianza y respeto es capaz de reconocer sus limitaciones en la comprensión de los planes de cuidado y tratamiento acordados y/o en sus dificultades, para ponerlo en práctica.
- Es capaz de pedir ayuda por y para otros integrantes de su familia, en el convencimiento de que se estructurarán diversos tipos de ayuda, de acuerdo a la situación planteada y en la confianza de que se realizará un manejo cuidadoso de la información entregada al equipo, especialmente en temas más sensibles.
- Reconoce a su equipo, y se establece una relación de afecto que lo lleva a manifestar formas de reconocimiento y cuidado hacia su equipo generándose una mayor comprensión con éste, ante eventuales cambios en las acciones planificadas.

El mayor conocimiento de sus derechos, como por ejemplo las garantías de atención y tratamiento, de un más amplio manejo de información sobre temas de salud así como de sus deberes, favorece su empoderamiento, lo que se manifiesta en mayor participación y el ejercicio del control social.

- Tiene más 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
  - Etc.

III. LA COMUNIDAD

El empoderamiento que caracteriza al usuario también se observa en la comunidad, lo que resulta de la serie de interacciones puestas en marcha en las múltiples

instancias de participación que progresivamente se han ido creando.

Se manifiesta en:

- 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.

El ejercicio del control social frente a los procesos que dan cuenta de la atención de salud, es efectuado a través de su participación en los diferentes espacios donde su opinión puede ser manifestada. Por ejemplo: 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.

El Consejo de desarrollo u otra estructura creada, 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.

La comunidad organizada participa en todas las etapas del diagnóstico participativo, tales como planificación, ejecución y evaluación.

Se crean otras instancias de trabajo con la comunidad dependiendo del contexto:

Las llamadas Mesas de trabajo son estructuras más operativas que los Consejos de Desarrollo local, o complementarios a estos, y definen claramente los ámbitos concretos de trabajo. Estas estructuras son más afines a los Centros Comunitarios de salud familiar, Postas de salud rural, Estaciones médicas de barrio, USAF, etc.

IV EL MUNICIPIO

Consciente de su rol en el desarrollo comunitario 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.

El Municipio 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. El Municipio 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 proactivo.

POSIBLES RIESGOS EN ESTA ETAPA:
Entre otros:

- 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

PROBABLES CRISIS EN LA ETAPA DE CONSOLIDACIÓN

- 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 necesidad de capacitación no contemplada.
- Entrar en una rutina consolidada, sin descubrir las innumerables oportunidades de mejora.

Alcanzar la Etapa de Consolidación es asumir el dinamismo de las necesidades en salud, con estrategias que reafirmen la capacidad del equipo para mantenerse atentos a las nuevas oportunidades y desafíos.

IDEAS FUERZA

Ética de los Cuidados
Capacitación continuada
Análisis crítico
Calidad de atención
Mirada colectiva
Participación Comunitaria

Trabajo con familias

Desarrollo del equipo

Trabajo en Red

Comuna saludable

EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR Y LAS INSTITUCIONES FORMADORAS

El Centro de Salud Familiar tiene entre sus funciones, la formación en el área de la salud, tanto la de sus propios funcionarios, como la de otros equipos y estudiantes de pre y post grado de las diferentes carreras de la salud y grupos comunitarios.

El CESFAM se transforma, de esta manera, en campo clínico para las distintas instituciones formadoras, entre las cuales destacan, las Universidades.

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 y currículas y para la comunidad, garantía de mejor calidad.

En este sentido la ejecución de investigaciones locales se ve favorecida por el apoyo de instituciones académicas que ayudan a la búsqueda de recursos adicionales, y el aporte de recursos docentes calificados en investigación, de manera de asegurar la calidad de los estudios que se realicen, y que estos produzcan impacto positivo en el mejoramiento de los procesos locales y en definitiva en la salud de la población.

Para quienes no tengan una cercanía geográfica con instituciones formadoras, esta relación puede efectuarse a distancia, a través de los medios informáticos en uso.

Se hace necesario regular la presencia de alumnos en los Centros, adaptando los recursos y su organización, de manera de no interferir con la adecuada provisión de servicios, asegurando una atención éticamente correcta y una formación de calidad.

REFLEXIONES **FINALES**

"Dentro de 20 años lamentarás más las cosas que no hiciste, que las que hiciste, así que suelta amarras y abandona el puerto seguro. Atrapa el viento en tus velas. Explora. Sueña. Descubre".

M. T.

Este Libro recoge parte de las múltiples experiencias aportadas en forma generosa por muchos integrantes de los equipos de salud distribuidos en nuestro largo territorio nacional, así como de Servicios de Salud, Municipalidades, Universidades, Ministerio de Salud, comunidad, las que fueron recogidas para servir de acompañamiento a Ustedes en este camino a un Centro de Salud Familiar.

Nuestra población busca hoy, más que nunca, ser atendido con comprensión y calidad, participando activamente en este desafío: su propia salud y la de su familia.

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario se plantea como misión dar respuesta en forma efectiva y eficiente a las necesidades de salud brindando a los equipos herramientas que facilitan el logro de los objetivos y la respuesta a las demandas de los usuarios.

La sistematización de las experiencias en este libro nos ofrece la oportunidad de mirar nuestros procesos, inspirar nuestras decisiones, tener una meta a alcanzar, poder bosquejar un camino a recorrer, re-encantarnos en la búsqueda de mejores respuestas y seguir avanzando en esta histórica transformación.

Imprime en Ustedes, los inquietos y esforzados equipos de salud de atención primaria, la necesidad de revisión permanente de sus prácticas y la búsqueda de la excelencia. Así esperamos que los nuevos capítulos de este libro sean escritos con el valioso aporte de la experiencia de cada uno de Ustedes.

Quedan muchas experiencias por vivir, el camino es largo, los procesos son dinámicos y ellos serán recogidos en nuevos libros que seguirán guiando a los equipos que día a día dan vida a este MODELO.

EQUIPO EDITOR

Dra. Ruth Depaux V.
Dra. Lidia Campodónico G.
E.U. Isabel Ringeling P.
Dra. Isabel Segovia D.

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL Y **EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD**

El modelo de atención integral con enfoque familiar hace suyo el modelo biopsicosocial propuesto por George Engel en 1977, gracias a la continuidad temporal y multigeneracional que le permite al equipo de salud atender en forma sistémica el proceso salud-enfermedad de los miembros de las familias.

George Engel critica el modelo tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas y los califica de dogma. Se basa en la Teoría general de sistemas, propuesta inicialmente por Von Bertalanffy.

Von Bertalanffy formula a mediados de los años 60, la Teoría General de los Sistemas, un nuevo paradigma en el que sostiene que la naturaleza está ordenada en sistemas jerárquicos, tanto orgánicos como inorgánicos. La aparición de este paradigma plantea a la ciencia pasar del modelo reduccionista del siglo XIX a un enfoque sistémico, lo que en medicina se traduce en el paso del modelo biomédico a un enfoque biopsicosocial.

Los puntos esenciales de esta nueva epistemología son:

1. No existe el observador objetivo y prescindente.

2. La presencia del observador y sus instrumentos perturban al fenómeno de una manera no determinable.

3. No hay un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son productos de ambos.

4. La causalidad de todo fenómeno es múltiple. Las relaciones de causalidad son complejas y no lineales.

5. Se introduce el concepto de incertidumbre.

6. No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. Los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades

7. Siempre debe tenerse en cuenta el contexto.

8. La subjetividad del observador es parte del proceso.

La enfermedad hasta esa época es considerada como un modelo unifactorial, sólo disfunción biológica, reducido a un proceso simple de causa efecto, en que se otorga más importancia a la enfermedad, que al estar o sentirse enfermo y permite una relación de poder y obediencia de la persona que consulta.

El modelo biomédico desarrollado a partir del siglo XVII responde a la necesidad del ser humano de construir creencias o teorías que le permitan ordenar el mundo de una manera tranquilizadora, pues tolera mal la incertidumbre.

Se basa en el paradigma cartesiano, en que los fenómenos complejos se pueden conocer por el método analítico reduciéndolos a sus partes mínimas. Sólo son válidos los fenómenos observables y repetibles, el observador es objetivo y se puede prescindir de su subjetividad, las relaciones causales son lineales y simples y por lo tanto se pueden formular leyes perfectas de causalidad, efecto y magnitud.

Engel propone el modelo biopsicosocial como un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

En este modelo no existe el observador objetivo, éste siempre es comprometido, la presencia del observador por sí perturba al fenómeno, no hay nada que pueda considerarse un fenómeno en sí, la conjunción entre el operador y el fenómeno crea una nueva condición en la que aparecen productos que son de ambos, la causalidad de todo fenómeno es múltiple y compleja, es imposible conocer el momento en que aparece un fenómeno, y por ende las secuencias causales, no es posible fragmentar un fenómeno para su estudio, sino deben ser considerados en su totalidad, siempre debe considerarse el contexto, la subjetividad del observador es parte del proceso.

EL MODELO BIOMÉDICO Y EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

1. El modelo biomédico se basa en una concepción patologista.

Las enfermedades se estudian como entidades existentes e independientes.

Contienen categorizaciones que les son propias, independientes del sujeto que las padece. Por lo tanto, se les puede establecer con certeza una causa, una determinada evolución y resultados invariables de las intervenciones terapéuticas.

Dado que las personas sufren enfermedades categorizables el asunto es descubrir y curar enfermedades estableciendo un diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto la enfermedad es el centro de la escena y la razón del encuentro entre el profesional de salud y la persona necesitada de cuidados.

El modelo biopsicosocial considera la salud y la enfermedad como un continuo.

Muchas veces no es necesario buscar categorías o enfermedades en cada contacto con las personas que nos consultan, sino más bien comprender el malestar y el contexto de las personas y el rol de sus interacciones.

El profesional ve a la persona y su malestar en forma holística, como un sistema.

Muchas veces el sistema consultante (persona o familia), con sus propios recursos, recobra un estado de salud más favorable. Por lo tanto la respuesta no siempre debe ser determinar un tratamiento; puede simplemente acoger la dolencia, acordar con el paciente una estrategia para enfrentarla y abstenerse a intervenir.

El objetivo principal entonces es cuidar la salud.

2. El modelo biomédico es reduccionista.

Fenómenos extremadamente complejos se reducen a fenómenos elementales fisiopatológicos, exclusivamente físicos. Padecer una diabetes, por ejemplo, se reduce a las alteraciones bioquímicas, fisiopatológicas de la diabetes; es decir a sus componentes más elementa-

les y de menor complejidad, no considerando las implicaciones psicológicas y sociales de enfermar.

Muchas veces se establece una entidad independiente del sujeto que la padece y del contexto sociocultural en el cual vive y se enferma

El modelo biopsicosocial considera al sujeto como parte de un sistema.

La forma en que afecta un determinado estímulo o noxa a un integrante de un sistema, depende de interacciones que se dan en el sistema.

Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales.

El considerar sólo algunos aspectos, excluyendo a otros, induce a más errores.

3. El modelo biomédico busca como fin último la curación

La competencia o éxito profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas. De ahí la sensación de fracasar cuando no se pueden curar determinadas enfermedades o la frustración frente a la enfermedad crónica y la muerte, determinando muchas veces el "abandono" de la persona que no responde a estas expectativas.

El modelo biopsicosocial, reconoce los límites de su acción y es aplicable en salud y enfermedad, en la vida y en la preparación a la muerte.

Esto permite acompañar plenamente a personas y familias, sin frustración ni rabia, en aquellas situaciones en las que el quehacer profesional no llevará a salvar la vida, ni a la curación. También implica definir claramente el momento en el cuál la complementariedad profesional ayudará a un mejor diagnóstico o a una intervención más integral, derivándola a otros niveles de la red, teniendo siempre presente que el compromiso con la persona no se pierde. El cuidado continuo sigue estando en el equipo de cabecera.

4. El modelo biomédico valora lo objetivo.

La relación profesional-usuario para ser científica debe ser objetiva. Esto supone que el profesional puede dejar fuera de la interacción con los paciente su propia subjetividad y su propio bagaje cultural y social.

Así mismo, los pacientes que también tienen incorporado este modelo, demandan del profesional respuestas precisas, certezas, y suponen que el profesional solo participa como observador.

El modelo biopsicosocial considera que no existe el profesional objetivo.

Siempre el profesional estará influido por su experiencia (creencias, mitos, sentimientos, etc.). Esto puede ser o no consciente, pero siempre está presente.

Por otra parte, cada contacto genera en el profesional emociones diferentes que tiñen la consulta.

Si el profesional es consciente de esto podrá apoyar de mejor manera y no negará los procesos que le afectan.

5. El modelo biomédico divide mente/cuerpo.

La idea cartesiana de la división mente / cuerpo determina que la tarea curativa se divida; los médicos, enferme-

ras y otros profesionales de la salud, se ocupan del cuerpo, de lo somático y sólo los psicólogos o psiquiatras se ocupan de la mente. Esta es una división arbitraria.

El modelo biopsicosocial considera la unidad mente y cuerpo

La persona es una unidad cuerpo/ mente /espíritu. Por lo tanto, en el enfrentamiento del problema de salud es imprescindible observar y considerar esta unidad.

Las enfermedades psicosomáticas y los trastornos de somatización reclaman permanentemente a la medicina una concepción holística.

No existen personas con problemas o enfermedades puramente físicas o puramente psicológicas, porque en los seres humanos coexisten ambas dimensiones.

Esto exige al profesional ser un experto entrevistador, debiendo centrarse en la persona enferma y su contexto y no en la enfermedad.

6. El modelo biomédico hace diagnósticos sobre la base de procedimientos

Habitualmente procedimientos de tipo biológico, que pueden incluir una gama amplia de instrumentos de tecnología sofisticada, se utilizan para construir una unidad diagnóstica.

Si se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico o bien se informa al paciente que "no tiene nada". No considera las diferentes formas del sufrimiento humano.

Lo que hace el sufrimiento humano se desconoce, porque se considera fuera del ámbito científico.

El modelo biopsicosocial "diagnostica" problemas

El sufrimiento humano se hace parte del diagnóstico se reconoce, se considera dentro de la competencia del profesional.

Este diagnóstico es contextualizado, siendo el contexto primario, la familia. Reconoce las diversas formas del sufrimiento y las lleva al campo de la medicina "científica".

De ninguna manera deja de lado los aspectos biológicos de la enfermedad ni desea cambiar el modelo de causalidad biológica a uno de causalidad psicosocial, sino que desarrolla modelos de pensar la salud que incluyen la complejidad de lo que acontece a las personas con su salud.

7. El modelo biomédico considera como recursos para el tratamiento elementos externos

Para un tratamiento más adecuado utiliza recursos externos a la persona y a la relación profesional - paciente.

La persona consultante idealmente debe ser pasiva y la familia mantenerse al margen. El profesional es la autoridad, el experto y establece una relación vertical.

Se supone que las personas no son responsables ni de sus problemas ni de sus soluciones.

El modelo biopsicosocial considera el valor terapéutico de la relación equipo -persona

Se reconoce que en el proceso de la consulta, las pautas de comunicación, el entorno y condiciones del momento, ejercen una gran influencia. Estos factores, entre otros, determinan el resultado de la interacción.

Este modelo establece una relación de ayuda, respetando las responsabilidades de la persona sobre su cuidado y reconoce los otros componentes que influyen en su salud (familia, entorno), como aliados relevantes

en el proceso de conservación o mejoramiento de la salud.

El modelo biopsicosocial, como referente para una nueva manera de comprender el proceso salud enfermedad, tiene su aplicación práctica en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario: un desafío para los equipos de salud, que buscan mejorar su actuar en pro de la salud de las personas.

Referencias Bibliográficas:

- *Medicina de Familia: La clave de un nuevo Modelo. Julio Ceitlin; Tomás Gómez Gascón. 1997*
- *Medicina de Familia: Ian McWhinney. 1996*
- *Medicina Familiar. Robert Taylor*

CONCEPTO Y GENERALIDADES **SOBRE FAMILIA EN CHILE**

CONGRESO NACIONAL

- La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

- En la actualidad, destaca la familia nuclear o conyugal, la cual está integrada por el padre, la madre y los hijos a diferencia de la familia extendida que incluye los abuelos, suegros, tíos, primos, etc.

- En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

- La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

- La base de la familia en Chile es el matrimonio, el cual está regulado por el Código Civil.

SERNAM, 1994, p.5

> "Un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables (…) La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación".

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (INE-CELADE)

Los hogares son cada vez más pequeños. N°de personas por hogar:

1992	2002
4	3,6

Aumenta la tercera edad como grupo

1992	2002
8,8	11,3

La población crece a un ritmo cada vez más lento:

1960	2002
2,4%	1,2

Las personas viven más, sobretodo las mujeres:

1971 (62)	2001 (75)
60 H /64 M	72 H / 78 M

Aumentan las mujeres jefas de hogar y el mayor aumento se observa en los hogares biparentales (del 13 al 26%)

1992	2002
25 %	32,5

Cambios en la composición de las familias. La familia nuclear con 2 padres sigue siendo la principal forma de estructuración de los hogares, pero…

1992	2002
50 %	47 %

Jefe de hogar casado

1980	2000
66,6 %	58,1 %

Los hogares unipersonales aumentan: jóvenes, 3ª edad…
10%: monoparentales

1992	2002
8 %	12 %

La familia tiende a desinstitucionalizarse.
N° de matrimonios:

1980	2004
84 .001	53.403

- En el año 2000, más del 48% de los nacimientos se produjo fuera del matrimonio. (INE).
- En 1970 de cada 100 matrimonios 2 se anulaban, mientras que en el año 2000, de cada 100 matrimonios 10 se anulan. (INE).
- A pesar del embarazo adolescente (15,7% en 2002), se observa un aumento en la edad para casarse y tener hijos. Aumenta de 27 para hombres y 24 para mujeres en 1992, a 29 para hombres y 26,7 para mujeres en el 2004.
- Aumenta la cantidad de hogares con 2 padres y sin hijos (del 7,5% al 9,3% entre 1992 y 2002).
- El embarazo adolescente, entre los años 2003 y 2004 alcanzó el 14,9%, entre el total de embarazos.

Funciones básicas DE LA FAMILIA:

- Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana. Toda sociedad regula las actividades reproductoras de sus adultos sexualmente maduros. Una manera de hacerlo consiste en establecer reglas que definen las condiciones en que las relaciones sexuales, el embarazo, el nacimiento y la crianza de los hijos son permisibles: REPRODUCCIÓN, CRIANZA, CUIDADO

- Función educativa- socializadora: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc. El objetivo generalizado es la integración de los miembros más jóvenes en el sistema establecido, moralmente o jurídicamente: CULTURA, CREENCIAS, NORMAS, CONDUCTAS DESEABLES

- Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa. En ella cabe distinguir: mantenimiento de los miembros no productivos; división de las tareas domésticas, como aprendizaje de la división del trabajo en el mundo laboral: SUBSISTENCIA

- Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

- Función protectora (Psicológica): se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos. Satisfacción de la necesidad y el deseo de afecto, seguridad y reconocimiento, tanto para los padres como para los hijos. También se incluiría el cuidado a los miembros de más edad: afecto, base emocional, lazos, sentimientos de pertenencia

El Modelo de E. Duvall, describe 8 tareas básicas de la familia.

- Conservación física.
- Distribución de los recursos.
- División del trabajo.
- Socialización de los miembros.
- Reproducción, inclusión y liberación de miembros de la familia.

- Interacción.
- Ubicación de los miembros en el núcleo social mayor.
- Mantenimiento de la motivación y la moral.

La Psicóloga cubana, Isabel Louro B. plantea que: La familia *"es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala microsocial"*.

En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud.

Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético - morales y espirituales.

La Médico Familiar chilena, Patricia Villaseca, describe como funciones de la familia las siguientes:

- Espacio de Convivencia
- Espacio de Protección
- Espacio de Cuidado
- Espacio de Socialización
- Espacio de Humanización
- Espacio de Satisfacción de necesidades

TIPOS DE FAMILIA:

- Nuclear: Formada por la pareja, con hijos o sin ellos: monoparental, nuclear simple, biparental.

- FAMILIA EXTENSA: A la familia nuclear, en cualquiera de sus tipos, se agregan otros miembros ligados o no consanguíneamente.

- FAMILIA COMPUESTA: variante de la familia extensa en la que, bajo el mismo techo, viven 2 parejas, con hijos o sin ellos.

- FAMILIA UNIPERSONAL: Integrada por una sola persona

- FAMILIA NUCLEAR RECONSTITUIDA: Aquella en la que uno de los miembros de la pareja viene a ser parte de la familia, pudiendo o no haber estado casado antes y aportando o no hijos de uniones anteriores.

DINÁMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que esta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir (Satir 1980, Pérez 1989, De La Revilla y Fleitas 1994, Huerta 1998).

Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y las crisis por las que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas, 1994)

PROCESOS FAMILIARES: ADAPTABILIDAD

- La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normatización de la relación entre los miembros de una familia, en función de las demandas situacionales o del desarrollo.

- Conceptos ligados: liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, roles, normas para la relación interpersonal y grupal, etc.

- Balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio-no cambio) y la comunicación clara, abierta y consistente.

- 4 tipos de familias: rígida, estructurada, flexible y caótica. El más bajo nivel de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las caóticas. Los niveles intermedios de esta dimensión clasifican a las familias como estructuradas o flexibles.

PROCESOS FAMILIARES: COHESIÓN

- Unión emocional que tienen los miembros de una familia
- Conceptos relacionados: límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación .
- Cuatro niveles de cohesión: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas. Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.

Rituales familiares

- Los rituales o rutinas familiares, son patrones o hábitos de conducta que las familias desarrollan en su vida diaria.
- Muchas veces corresponden a tradiciones que las familias heredan.
- Muchas veces son los padres que establecen rutinas vividas por ellos en su infancia.
- Dan a los niños un sentido de identidad y pertenencia, estabilidad y constancia
- Importantes para el funcionamiento familiar, favorece la comunicación y relación entre sus miembros.

NIVELES DE INTERVENCIÓN **CON LAS FAMILIAS**

De: Niveles de Intervención de Doherty y Baird

Los Niveles de Intervención o Modelo de relacionamiento con la familia, expresan el grado en que los profesionales o los equipos de salud profundizan su interacción con las familias a cargo, de acuerdo a la importancia que ellos asignan al rol que la familia juega en la génesis o manejo de la situación de salud en cuestión.

El Modelo lista la base de conocimientos cognitivos, desarrollo personal y destreza clínica que son esenciales en cada nivel. Cada nivel se construye sobre el nivel de relación previo y exige conocimientos, destrezas clínicas y habilidades de comunicación de complejidad crecientes.

Probablemente en muchas interacciones los profesionales se mueven en el nivel 1, que es lo que se necesita en muchos problemas agudos, sin embargo deben estar capacitados para actuar hasta el nivel 4 (esperable en un CESFAM). El conocimiento continuo de las personas y familia permite que aún en casos de problemas agudos, los profesionales tengan en mente la realidad psicosocial de su población a cargo, por lo que la decisión de un mayor o menor relacionamiento con el sistema familiar estará basado en este conocimiento y no en una incapacidad de su aplicación.

	Niveles de intervención	Capacidad del profesional
1.-	Mínimo énfasis en la familia Tratar con familias sólo si es necesario por razones prácticas o médico legales. La comunicación con la familia no se considera como parte integral del rol del profesional o de las habilidades a desarrollar. Foco está puesto en el problema biomédico	• Entrevista clínica. • Comunica información a la persona
2.-	Proporcionar información continua y dar consejería informativa Conocimientos requeridos: • Reconocer la dimensión triangular de la relación profesional - usuario • Conocimiento básico del desarrollo familiar	• Comunica información a la persona y a la familia. • Hace preguntas a miembros de la familia que ayuden a comprender mejor el diagnóstico. • Escucha atentamente preguntas e inquietudes de otros miembros de la familia. • Canaliza inquietudes en familias muy demandantes. • Involucra la colaboración de la familia en su plan de manejo
3.-	Nivel emocional: sentimiento y apoyo Conocimientos requeridos: • Entendimiento de los aspectos afectivos de la familia • Desarrollo familiar • Reacciones familiares a situaciones de estrés Desarrollo personal: autoconocimiento de sus relaciones con las personas y familias	• Hace preguntas que permiten a la familia la expresión de sus sentimientos, inquietudes y preocupaciones cómo podrían afectar la familia • Realiza apoyo emocional • Capacidad de atender empáticamente • Capacidad de responder a signos sutiles de necesidades emocionales • Puede efectuar connotación positiva del esfuerzo familiar para enfrentar las situaciones. • En sus sugerencias tiene en cuenta las necesidades y recursos familiares. • Identifica problemas de funcionamiento familiar y deriva oportunamente.
4.-	Enfoque sistémico e intervención planificada Conocimientos requeridos: • Conocimiento de la teoría de sistemas aplicada a la familia y de los modelos de disfunción familiar	• Capacidad de realizar entrevista familiar . • Formulación sistémica del funcionamiento familiar. • Planifica una intervención diseñada para ayudar a la familia a enfrentar sus problemas. Ej. redefinición del problema y nuevas maneras de enfrentar dificultades • Capacidad de manejo de grupo • Identifica problemas de funcionamiento severos y deriva oportunamente.
5.-	Terapia familiar • Realiza una intervención terapéutica con familias disfuncionales	• Capacidad de intervenir en el funcionamiento de la familia

Estos Niveles de Intervención o de involucramiento, fueron descritos para el Médico de Familia, de manera aislada y no para un Centro de Salud.

Una vez que un Centro de salud ha adherido a un Modelo de Atención con Enfoque Familiar se genera una serie de situaciones que permite a técnicos y profesionales disponer de información de la situación familiar de manera anticipada, por lo que los Niveles de involucramiento 2, 3 y 4, se facilitan.

Sin embargo, es sabido que tal información puede o no ser utilizada, de acuerdo al desarrollo y nivel de compromiso de los profesionales de la salud con las personas consultantes.

INSTRUMENTOS EN **SALUD FAMILIAR**

Idealmente, a todas las familias se les debiera realizar su genograma, el que estará registrado en la ficha clínica o tarjeta familiar, utilizándose los demás instrumentos según las necesidades específicas.

■ GENOGRAMA O FAMILIOGRAMA

Antiguamente el genograma era utilizado para el conocimiento de la familia, los antepasados y sus historias, más conocido como árbol genealógico.

La salud familiar ha transformado este instrumento en una radiografía de la familia para uso del equipo de salud. Es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico de la persona consultante, proporcionando a éste y al profesional una muestra gráfica de la familia, incluyendo los problemas biomédicos y psicosociales y los patrones familiares de enfermedad. Es por ello que también se le da el nombre de familiograma.

Entre los beneficios de su uso están:

- Establecer vínculos con las personas y empatizar con ellos
- Comprender al individuo en su contexto familiar
- Ayudar a la persona a entender su propia dinámica familiar
- Orientar a los factores de riesgo
- Una forma visual de resumir rápidamente los antecedentes familiares.

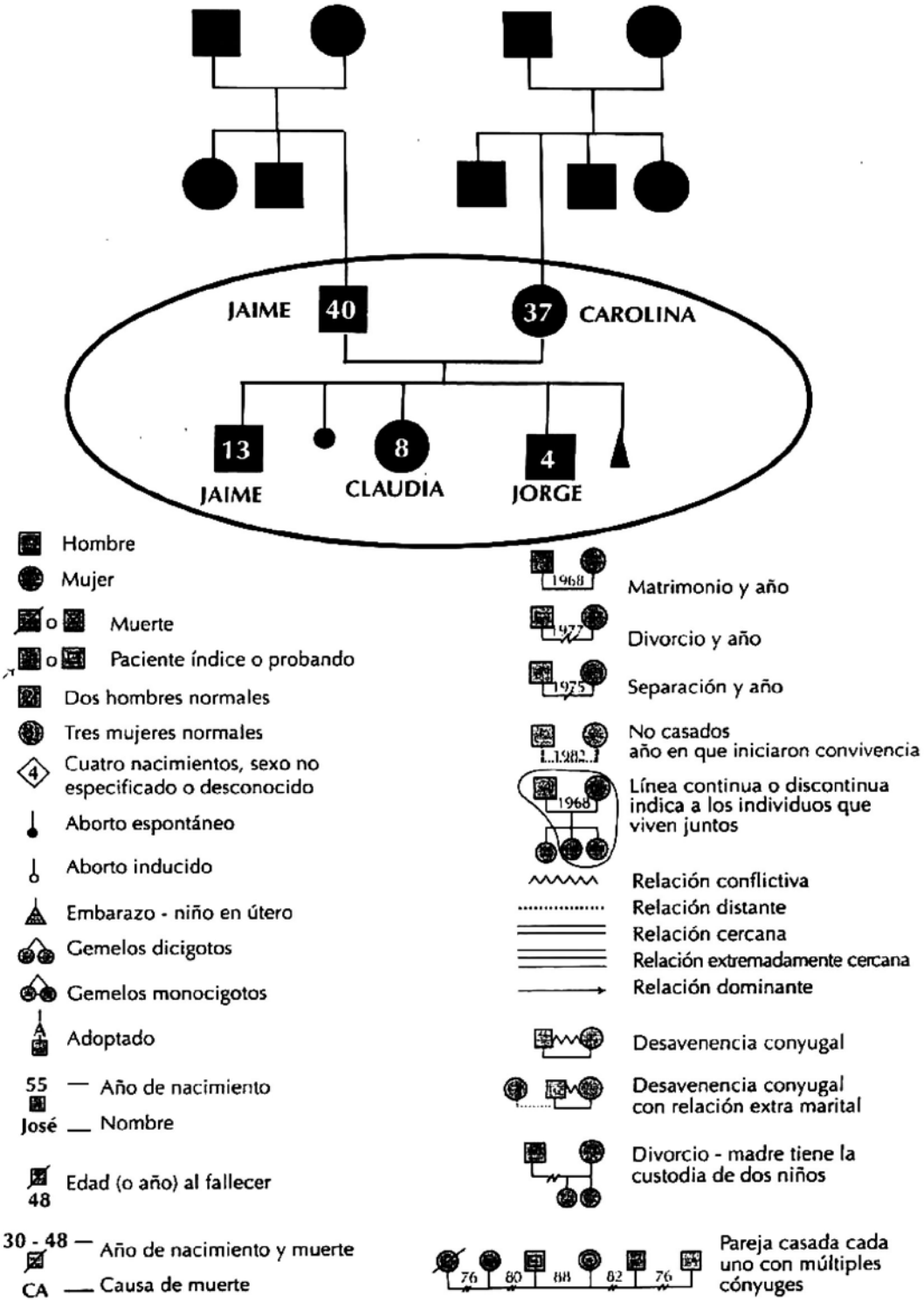
En salud familiar interesa graficar a todas las personas que son reconocidas como parte de la familia, aunque usualmente se limita a los miembros que viven y comparten una vivienda, con el objeto de facilitar el trabajo con la familia.

El familiograma 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.

En otro registro, para no confundir, este genograma básico puede ser complementado con información relacional o de dinámica, cuando la situación lo requiera, con una simbología también estandarizada de líneas que muestran el mayor o menor vínculo y conflicto entre los miembros.

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.


JAIME
40
37
CAROLINA
13
JAIME
8
CLAUDIA
4
JORGE
Hombre
Mujer
o Muerte
o Paciente índice o probando
Dos hombres normales
Tres mujeres normales
4
Cuatro nacimientos, sexo no especificado o desconocido
Aborto espontáneo
Aborto inducido
Embarazo - niño en útero
Gemelos dicigotos
Gemelos monocigotos
A
Adoptado
55 — Año de nacimiento
José — Nombre
48
Edad (o año) al fallecer
30 - 48 — Año de nacimiento y muerte
CA — Causa de muerte
1968
Matrimonio y año
1972
Divorcio y año
1975
Separación y año
1982
No casados
año en que iniciaron convivencia
1968
Línea continua o discontinua indica a los individuos que viven juntos
Relación conflictiva
Relación distante
Relación cercana
Relación extremadamente cercana
Relación dominante
Desavenencia conyugal
Desavenencia conyugal con relación extra marital
Divorcio - madre tiene la custodia de dos niños
76
80
88
82
76
Pareja casada cada uno con múltiples cónyuges

Un genograma permite observar:

- Estructura familiar: tipología familiar, subsistema fraternal, composición de la familia.
- Relaciones familiares y características de las mismas.
- Etapa del ciclo vital familiar: transiciones y cambios inminentes.
- Patrones de repetición a través de las generaciones: enfermedades, hábitos, etc.
- Acontecimientos vitales y el apoyo social: situaciones estresantes pasadas y actuales.
- Equilibrio y desequilibrio familiar: en la estructura (roles, recursos, etc); en las relaciones.

¿Cómo empezarlo?

- "Me parece que no sé 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...

■ LÍNEA DE VIDA FAMILIAR

La Línea de Vida Familiar es un método gráfico en el que se enfatizan los eventos más importantes en la vida de una familia y su situación de salud.

Ejemplo de "línea de vida familiar".

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

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

¿Cómo empezar?

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

■ CÍRCULO FAMILIAR PERSONAL O MAPA DE LA FAMILIA

El Círculo Familiar Personal o Mapa de la Familia (Thrower) 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 a la persona que consulta 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 empezar?

- 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 pequeños a cada integrante de su familia del tamaño que usted quiera, incluyéndose usted y en la ubicación que usted quiera.

■ APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

El Apgar familiar es una medición de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar. Fue ideado por Smilkstein como instrumento parecido al "Apgar del recién nacido", para evaluar la función global de la familia en forma rápida y breve. Fue validado en Chile con algunas preguntas modificadas. Es un cuestionario autoadministrado de cinco preguntas cerradas, pudiendo cada una contestarse con categorías de "casi nunca", "a veces" y "casi siempre", con un puntaje que va de 0 a 2.

Mide cinco componentes básicos de la función familiar representados en inglés por el acrónimo APGAR.

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.

El Apgar familiar se caracteriza por ser un cuestionario de rastreo, reflejar la percepción del paciente sobre el estado funcional de su familia, dar una visión rápida y panorámica de los componentes de la función familiar y servir para distintos tipos de familia.

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.

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?			

Suma de puntajes: _____
0 a 3 puntos : disfunción familiar severa
4 a 6 puntos : funcionalidad moderada
7 a 10 puntos : alta funcionalidad

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 con 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.

Este instrumento fue modificado y validado en otros países agregando 2 opciones de respuestas, quedando en 5 estas opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, dando un total de 20 puntos. Además se incorporó 2 preguntas de soporte de amigos, lo que sumaría 8 puntos más.

■ ECOMAPA O MAPA ECOLÓGICO DE LA FAMILIA (HARTMAN)

El Ecomapa dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea al familiar: 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 suprasistema, 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 :

1. Señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean en forma gráfica y resumida.

2. Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.

3. Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis.

4. Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia.

5. Indica si la familia en conjunto o alguno de sus miembros, está aislado de aquellas fuentes de re-creación, educación, salud, social, etc.

■ 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 de la persona, 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	Etapa del ciclo vital
I.	Illness in family	Enfermedades (ante rior 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. Etapa del ciclo vital familiar: relación entre el problema y la etapa del ciclo que se está viviendo.
6. Enfermedades: experiencia previa de la familia con otras enfermedades o con enfermedades del mismo tipo.
7. Enfrentando el estrés: enfrentamiento de crisis anteriores, recursos utilizados, flexibilidad y cohesión.
8. Ecología: red de apoyo que posee la familia (cultural, social, religiosa, económica, educacional, médica o de salud).

Desde la experiencia de la Universidad de Concepción se generó una variante al PRACTICE, llamada PRACTICAR en que la letra A representa el ambiente y la R, resolución, aludiendo al Plan de abordaje de la situación detectada.

■ FIRO

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.

PLANIFICACIÓN **ESTRATÉGICA**

DEFINICIONES DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:

"Focalización y administración eficiente de los recursos de una empresa/ institución, apuntando a la eficacia. Es decir, al logro de objetivos a largo, mediano y corto plazos, con una visión sistémica y la participación de los actores involucrados " Bendlin, 2000.

"Un proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de un negocio, definiendo los objetivos a largo plazo, identificando metas y objetivos cuantitativos, desarrollando estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizando recursos para llevar a cabo dichas estrategias" Josan, 2005.

"Una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones" DIPRES, 2001.

CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA QUE LA DIFERENCIAN DE UNA PLANIFICACIÓN NORMATIVA:

1 Básicamente es un problema entre personas.
2 Centrado en la "lógica de la realización".
3 Los planes, programas y proyectos expresan "lo posible".
4 Destaca la importancia de la política y la intervención de los diferentes actores sociales.
5 Importancia de integrar el aporte metodológico de los expertos y las personas involucradas.
6 El centro de la planificación es la "dinámica de conducción"; no se cristaliza en un plan; permanente seguimiento de la coyuntura política, económica y social.
7 La definición de objetivo resulta del consenso social entre los diferentes actores sociales implicados.
8 Importa la confluencia de las decisiones de los diferentes actores sociales que, de una u otra forma, están interesados o implicados; el sujeto planificador "está dentro" de la realidad y coexiste con otros "actores" sociales.
9 Procura conciliar el conflicto y el consenso como dos factores actuantes en los procesos sociales y que condicionan la realización del plan.
10 El punto de partida es la "situación inicial", que explica la situación problema, expresada en un diagnóstico.
11 El punto de llegada es la "situación objetivo" que expresa la realización en el tiempo de la "imagen objetivo" que configura el "horizonte utópico".
12 Se parte del supuesto de que el sistema social está integrado por personas que tienen su propia escala de valores y establecen lo que es conveniente e inconveniente, bueno o malo, como objetivo a alcanzar.
13 El actor que planifica está inserto y forma parte de la realidad que planifica, coexistiendo con otros actores sociales que, de algún modo, también planifican.
14 No hay monopolio en la elaboración del plan, sino coexisten varios planes, en competencia.

15 Los actores que planifican no controlan por si solos la realidad planificada

Víctor Barzán entrega una base al describir la planificación estratégica a partir de las siguientes características:

- Proceso de definir una situación final a largo plazo y decidir sobre como alcanzarla.
- Es un enfoque de sistemas para guiar una organización durante un tiempo a través de su medio ambiente, para lograr los propósitos deseados.
- Conjuga la noción de futuro con la efectividad.
- Es planeamiento de una situación final con la mayor seguridad de alcanzarla.
- Es el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una organización para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicas, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias, y así lograr objetivos y propósitos básicos de la organización.

OBJETIVOS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Orientar el curso de las acciones organizacionales tendientes al logro de sus objetivos, constituye el principal objetivo que persigue la planificación.

La planificación estratégica permite:

1 "Afirmar la organización": El simple acto de reunir a sus colegas para debatir el futuro de la organización constituye una herramienta poderosa. Le permite compartir criterios e ideas acerca de las razones por las que existe la organización y examinar atentamente sus aspiraciones y valores.

2 Descubrir lo 'mejor de la organización': La planificación constructiva hará participar a las personas en la valoración de las cosas que la organización hace mejor y en la determinación de cuándo se ha desempeñado óptimamente.

3 Aclarar ideas futuras: Es común para los organizadores verse tan inmersos y abrumados por las cuestiones cotidianas que pierden la idea de adónde se dirigen. La planificación estratégica proporciona una pausa para que su organización se examine a sí misma y determine si está todavía encaminada hacia el futuro que desea alcanzar. Al propio tiempo, la planificación estratégica es una cuestión para generar ideas creativas, considerar alternativas, suscitar nuevas preguntas y volver a analizar la visión de su organización.

4 Transformar la visión en acción: La planificación estratégica representa una oportunidad para trazar un mapa de su organización, un mapa que exponga los pasos que hay que dar para alcanzar su visión. El desarrollo de un plan de acción es la forma en que su organización construye su futuro y transforma un sueño en realidad.

Además, existen otros objetivos asociados a los anteriores, que se refieren a los elementos que introduce la planificación estratégica al funcionamiento de la organización y que generan un nuevo comportamiento basado en la capacidad de cambio, adaptación y reformulación permanente de los planes que lleva a cabo. De esta manera, Hax y Majluf señalan que:

1 El proceso de planificación ayuda a unificar las directrices de la organización;

2 La segmentación de la institución mejora notoriamente (diversos focos de atención estratégicos);

3 El proceso de planificación introduce una disciplina en el pensamiento de largo plazo de la organización y;

4 El proceso de planificación es un recurso educacional y una oportunidad para llevar a cabo interacciones personales múltiples y negociaciones a todo nivel"

Finalmente la DIPRES, dentro del enfoque que le ha

dado el sector público a la planificación estratégica, señala que ésta:

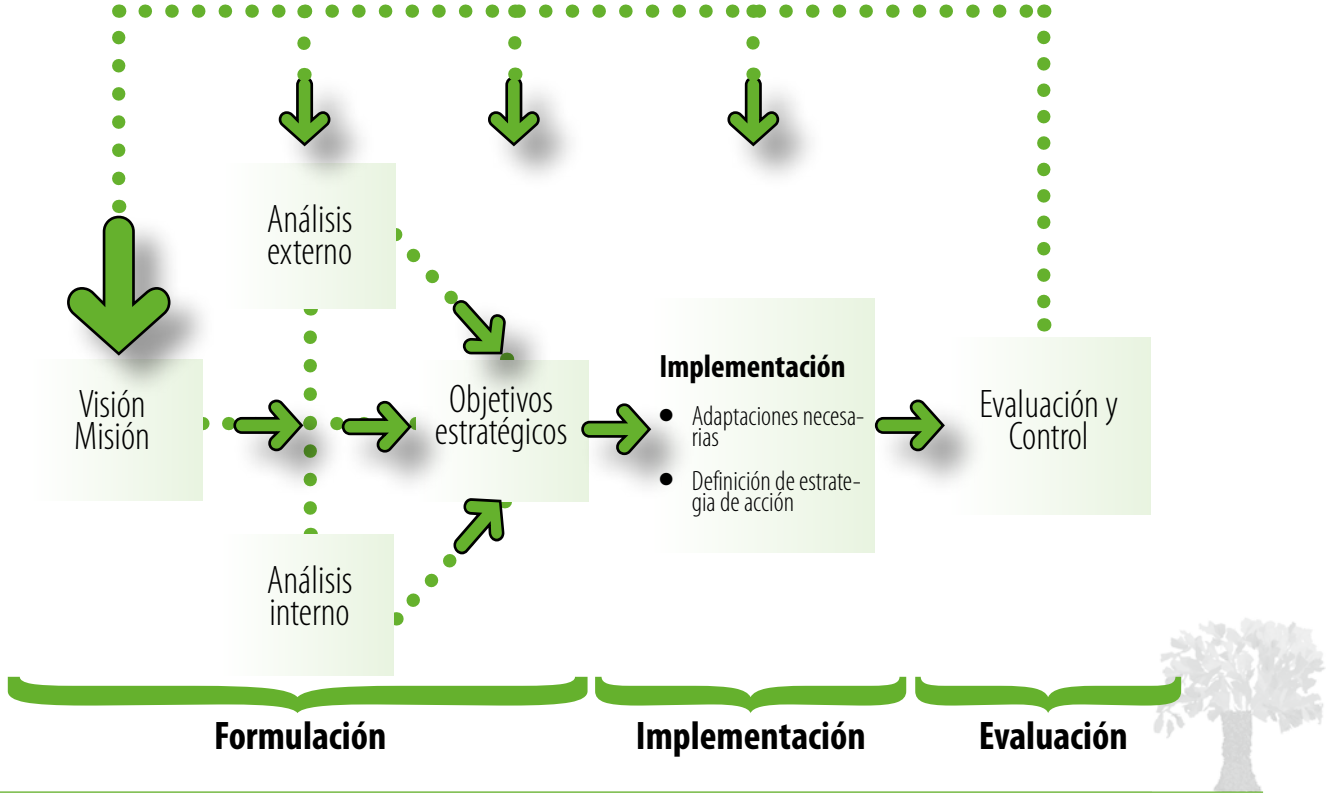
1 "Mejora el desempeño de la institución. Muchos estudios han demostrado consistentemente que establecer una visión, definir una misión, planificar y determinar objetivos, influye positivamente en el desempeño de la institución.

2 Permite enfrentar los principales problemas de las organizaciones. Las instituciones públicas enfrentan una variedad de problemas que resultan difíciles de resolver pos separado. Entre otros, están generalmente sujetas a restricciones presupuestarias, lo que implica tomar decisiones para privilegiar unas líneas de acción sobre otras, buscar formas de financiamiento anexo, reducir gastos, reordenar procesos, etc.

3 Introduce una forma moderna de gestionar las instituciones públicas. Una buena planificación exige conocer más a la organización, mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles y programas, mejorar las habilidades de administración, entre otras"

PROCESO DE PLANTEAMIENTO

La planificación estratégica considera y releva la participación de todos los actores que se verán afectados, tanto de manera directa como indirecta por el plan. Para esto es necesario, básicamente, generar las instancias que permitan facilitar la participación durante todas las etapas del plan. De esta manera, será posible su legitimación y apoyo, lo que generará las condiciones que facilitarán su éxito.



1 Definición de Visión y Misión:

VISIÓN:

- "Es la imagen del futuro de la organización a largo plazo.
- "Es el sueño generado por sus líderes o por un proceso participativo".
- "Consiste en una declaración formal de lo que la Institución espera lograr en el futuro, en función de los espacios que generará el entorno y de las propias competencias organizacionales"

De acuerdo con David, una buena visión se caracteriza tanto por responder a la pregunta ¿qué queremos llegar a ser? como por ser corta, precisa, formada idealmente por una sola oración y desarrollada por tantos directivos sea posible.

MISIÓN:

- "Representa las funciones operativas que [la organización] va a ejecutar en el mercado y va a suministrar a los consumidores". Évoli, 2001
- "[…] la razón de ser de la empresa considerando sobre todo la atractividad del negocio". Suárez, 2001
- "Fundamento de prioridades y estrategias, planes y tareas, es el punto de partida para el diseño del trabajo de gerencia, y para el diseño de estructuras de dirección", David, 2003.

Componentes de la Misión (David, 2001):

- Los clientes: debe definir quiénes son los clientes, usuarios y/o beneficiarios a los que se sirve;
- Producto: determinar cuáles son los productos que se entregan;
- Mercados: establecer los lugares (geográficos) en que compite o se desempeña;
- Tecnología: qué recursos tecnológicos utiliza la organización para elaborar sus productos;
- Preocupación por objetivos gubernamentales: qué rol (si es que lo tiene) juega la organización para contribuir a tareas o acciones propias de los gobiernos;
- Filosofía: señalar los valores, creencias y aspiraciones de la organización y sus prioridades;
- Preocupación por la imagen pública: qué imagen tiene la organización y cuál se aspira a obtener;
- Calidad inspiradora: capacidad de la misión de incentivar el trabajo asociado a lograrla; e
- Interés en los empleados: señalar la importancia que tienen los recursos humanos para la organización.

2 Diagnóstico:

Diagnóstico de la situación en la que se encuentra la organización, tanto con respecto al ambiente en el que se desenvuelve como en relación con su propio funcionamiento, con el fin de obtener la información necesaria que permita detectar los problemas existentes y los caminos más adecuados para abordarlos.

Un diagnóstico permite:

- Generar conciencia del estado actual de la organización en un ambiente globalizado;
- Identificar las áreas potenciales de desarrollo organizacional;
- Calificar, de manera comparativa, las diferentes áreas de la organización con respecto a otras similares; y
- Crear elementos de análisis para el desarrollo de planes futuros.

3 Análisis del entorno:

"Consiste en identificar las oportunidades y amenazas estratégicas en el ambiente operativo de la organización". Hill y Jones

Ámbitos que deben ser examinados:

Inmediato: aquél en que la organización se desempeña de manera directa, en donde se relaciona y compite con sus similares. En este ambiente se analiza la

posición de la institución y de sus competidores con respecto a su lugar y participación en el ámbito en que se desempeña.

Nacional: en el que se analiza el contexto nacional con el fin de determinar las posibilidades y perjuicios que entrega para relacionarse en el ambiente exterior.

Macroambiente o ámbito Exterior: en el que se busca determinar cómo la coyuntura externa (económica, política, etc.), puede afectar el desempeño de la organización.

Análisis externo:

a) Oportunidades: Son factores y/o procesos externos que, de manera directa o indirecta, contribuyen al logro de los resultados propuestos. Las oportunidades son entendidas como "situaciones que se encuentran en el entorno y que pueden ser aprovechadas para facilitar el logro de objetivos, la realización de la misión y el cumplimiento del rol propuesto por la organización. Son situaciones en que una institución, utilizando bien sus fuerzas, puede lograr ventaja respecto a las demás".

b) Amenazas: Son factores, personas o situaciones que, de manera directa o indirecta, influencian negativamente a la organización y que pueden hacerla retroceder, debilitar o destruir"

Análisis interno:

a) Fortalezas: son las características propias del desarrollo de la Organización que se presentan como Factores Clave para su desarrollo superior.

b) Debilidades: Debilidades, son características igualmente internas, pero que representan factores que dificultan el desarrollo superior de la Organización. Estas condiciones hacen de la Organización un ambiente desfavorable para su desarrollo y es importante conocerlas para generar estrategias que tiendan a superarlas"

4 Determinación de Objetivos estratégicos:

Objetivos que permitirán lograr concretar lo definido en la misión considerando los antecedentes provenientes del proceso de diagnóstico.

"La expresión de los logros que la organización quiere alcanzar en un plazo determinado, y deben guardar coherencia con la misión y con el análisis interno y externo".

El periodo considerado debe concordar para los objetivos y estrategias y, por lo general, es de dos a cinco años"

Características de los Objetivos:

- Debe ser realista, en el sentido de que se cuenta con los recursos y capacidades necesarias para lograrlo;
- Debe ser concretable en un periodo de tiempo razonable, de acuerdo a la disponibilidad de recursos y a los efectos que se desean lograr;
- Debe tener un cronograma de trabajo, en el que se definan las distintas actividades que se realizarán para lograrlo, estableciendo plazos de inicio y de término de cada una de ellas, la relación existente entre ellas y los productos que entregarán cada una;
- Debe estar definido de manera clara y precisa, de tal manera que es posible entender sus implicancias;
- Debe generar compromiso en los distintos actores que deben influir en él para su concreción.
- Debe ser flexible y adaptable a los cambios que se produzcan en relación a la situación inicial en que fue definido.
- Deben generar resultados mensurables, lo que se hace a través del establecimiento de indicadores.

5 Matriz de Análisis FODA

	Oportunidades	Amenazas
Fortalezas	Potencialidades	Riesgos
Debilidades	Desafíos	Limitaciones

Las oportunidades que presenta el entorno sobre aspectos, factores o componentes de la organización que se han definidos como fortalezas de la misma, representan potencialidades sobre las cuales debería orientarse la definición de objetivos estratégicos, ya que representan áreas en las que se cuenta con las capacidades para generar importantes beneficios para la institución.

Las oportunidades que presenta el entorno sobre aspectos que son considerados como una debilidad de la organización representan desafíos hacia la misma, ya que existen las condiciones en el ambiente exterior que permiten enfrentar las debilidades tanto para superarlas o para palearlas, de tal manera de eliminar o disminuir sus efectos negativos.

Las amenazas que presenta el entorno sobre las fortalezas de la organización representan riegos para éstas, ya que pueden afectar su contribución a la institución, por lo que deben tomarse decisiones que apunten a tomar medidas que permitan protegerlas y blindarlas de los efectos nocivos que pueda tener sobre ella.

Finalmente, las amenazas que impone el entorno sobre aspectos considerados como debilidades de la organización corresponden a la situación más compleja para la decisión ya que representan limitaciones que reducen las opciones de decisión a aquellas que le permitan sobrevivir a la organización, disminuyendo lo más posible los perjuicios que la situación trae consigo.

	Oportunidades	Amenazas
Fortalezas	Estrategia FO: Utilizar las fortalezas para aprovechar las oportunidades	Estrategia FA: Utilizar las fortalezas para evitar las amenazas
Debilidades	Estrategia DO: Superar las debilidades para aprovechar las oportunidades	Estrategia DA: Reducir al mínimo las debilidades y evitar las amenazas

6 Implementación de la Estrategia

Fijar Metas: Las metas son resultados a corto plazo (anuales). Son fundamentales para la ejecución acertada de estrategias debido a que forman la base para la asignación de recursos, constituyen un instrumento para controlar el avance hacia el logro de los objetivos y fijan prioridades de la empresa.

Las metas deben ser bien formuladas, [lo que implica] que sean coherentes con los objetivos señalados y que sirvan de respaldo a la ejecución de las estrategias. Las metas [al igual que los objetivos] deben ser medibles, coherentes, razonables, estimulantes, claras y que se conozcan dentro de la organización. Deben informar sobre cantidad, costo tiempo y ser verificables.

Fijar Políticas: Se deben fijar políticas para resolver los problemas de la organización que surgen de los cambios en la dirección de estrategias. Por lo que es necesario establecer las partidas, métodos, procedimientos, reglas, formas administrativas específicas para darle apoyo al trabajo que busca las metas que se han fijado.

Las políticas son instrumentos para la ejecución de estrategias, fijan las reglas de acción que deben tomarse

para lograr las metas y objetivos de la empresa. En definitiva, las políticas vendrían a ser las reglas del juego necesarias para lograr los objetivos establecidos.

Asignación de Recursos: Después de la formulación de metas y políticas, se procede a la asignación de recursos. Este proceso debe realizarse de acuerdo con las prioridades fijadas en las metas aprobadas; son éstas las que imponen la forma en que se asignarán los recursos".

Consideraciones generales que deben acompañar a la Planificación estratégica en un proceso de cambio:

Otras consideraciones importantes son las que realiza Shapiro, ya que reconoce otros impactos que pueden derivarse del proceso de implementación. Así, esta autora, en lo que respecta al manejo del cambio, hace las siguientes recomendaciones:

1. Asegurarse de que todo el mundo entiende el cambio y por qué es necesario. Incluso si la gente ha formado parte del proceso de planificación estratégica, puede que necesiten una explicación. Cuando el cambio afecta a las personas fuera de la organización, hay que explicárselo también a los interesados directos.

2. Reaccionar ante las ideas de las personas y sus sentimientos. Deja que expresen sus preocupaciones y respóndeles. Si no puedes estar de acuerdo, por lo menos identifícate con sus sentimientos generados por el cambio.

3. Desarrolla un proceso planificado de cambio y compártelo con todo el mundo de la organización o proyecto para que puedan saber lo que pueden esperar y cuándo.

4. Consultar, apoyar, dar un intercambio de información durante el proceso del cambio.

5. Confirmar y celebrar el cambio con éxito

7 Evaluación del Plan

La evaluación del plan es un proceso que permite, básicamente, comprobar el logro de los resultados deseados en comparación a los resultados logrados, y determinar las brechas existentes entre éstos, qué aspectos de la planificación fallaron y quiénes son los responsables de dichas fallas.

Para tener más claridad sobre lo que implica la evaluación, Ander-Egg, estableciendo la relación con el plan, señala lo siguiente: "Si planificar es introducir organización y racionalidad en la acción para el logro de determinadas metas y objetivos, la evaluación es una manera de verificar esa racionalidad, midiendo el cumplimiento – o perspectiva de cumplimiento – de los objetivos o metas previamente establecidos y la capacidad para alcanzarlos

Control: herramienta que permite obtener la información necesaria sobre la evolución de los procesos relacionados con el cumplimento de los objetivos, con el fin de introducir a tiempo, si es necesario, las medidas correctivas que permitan encauzarlos hacia el logro de ellos.

De acuerdo con Araya, el Control en sí persigue los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de los procesos y resultados
- Enfrentar el cambio
- Producir ciclos más rápidos y a la medida
- Facilitar la delegación y el trabajo en equipo

Tomado de: Manual de Planificación Estratégica. Universidad de Chile. Diplomado "Comunicaciones, Políticas Públicas Y Estrategias de Desarrollo". Profesor : Dr. Ing. Orión Aramayo. Ayudante : Rodrigo Candia
https://www.u-cursos.cl/icei/2007/2/PER85/1/material_alumnos/objeto

POBLACIÓN A CARGO **Y SECTORIZACIÓN**

Corresponde a una población definida que identifica 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.

Una de las características más relevantes en el cambio de modelo, es proponer una relación entre prestadores y usuarios más cercana, flexible y con grados crecientes de participación. Esta propuesta guarda armonía con las nuevas relaciones que la reforma del sistema está impulsando entre usuarios y proveedores.

El cambio de la mirada biomédica a la biopsicosocial, implica un acercamiento a la comunidad con criterios de transferencia de poder en el cual el paciente pasa a ser un usuario proactivo, con manejo de información, y con un equipo que desarrolla habilidades de comunicación acordes.

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.

Esto se logra mediante la sectorización, aludiendo a una división de la población adscrita, en conglomerados más pequeños.

La 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 entre la población que allí habita y quienes trabajan con ella

En el proceso se incorporará 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.

Los criterios utilizados para efectuar la sectorización pueden ser uno o más de los siguientes:

- Administrativos: unidades vecinales
- Epidemiológicos: socioeconómicos (delincuencia, adicciones, pobreza, mujeres jefas de hogar, etc.) demográficos (zonas de alta densidad, índice de vejez), etc.
- Geográficos y de accesibilidad: separaciones naturales como cauces de agua o cerros.
- Culturales: preferencias, identidad, aspectos históricos u otros.

Es el proceso mediante el cual:

- 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 del CES)
- 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.

PREGUNTAS FRECUENTES

1) ¿SE PUEDE SECTORIZAR Y NO TRABAJAR CON ENFOQUE FAMILIAR?

- SI
- La sectorización es un modo de ordenar la forma de trabajar para entregar servicios a la población, pero que no necesariamente va ligada al enfoque de atención.

2) ¿CUAL ES EL NUMERO OPTIMO 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.

3) ¿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.

4) ¿CUAL 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.
- En términos de dotación, las horas asignadas a cada sector deben responder a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad.

5) ¿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.

5) ¿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.

Al considerar los factores de riesgo se agrupa familias que comparten riesgos (de tipo social y/o demográfico) y por lo tanto podrían constituirse sectores de distinto tamaño poblacional o territorial. Ejemplos de esto pueden ser: un campamento, una toma, una población envejecida, etc.

6) ORIENTACIONES PRÁCTICAS 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.

ANÁLISIS DEL GRADO AVANCE Y TRANSFORMACIÓN A CESFAM
CLASIFICACIÓN SEGÚN ETAPAS

ETAPA	CARACTERÍSTICAS ESPERADAS	
ETAPA CONSULTORIO	Predomina el acto asistencial individual según demanda. (episódico) No hay cuestionamiento respecto a la necesidad de cambio ni en la forma de atención. Está sectorizado pero no ha variado su forma de atención. Tiene capacitación básica en salud familiar, pero no ha variado su forma de atención La relación con el usuario es un tema indiferente	
ETAPA 1 **DE MOTIVACIÓN Y COMPROMISO**	Equipo y autoridades motivados y sensibilizados: Equipo adhiere al cambio	
	Equipo gestor constituido	
	Equipo realiza reuniones de reflexión conjunta	
	Se dispone de diagnóstico organizacional y sanitario en proceso de realización y/o realizado por el conjunto del equipo de salud.	
	El equipo cuenta con diagnóstico de competencias para comenzar la implementación del Modelo de Salud familiar	
	Planificación y cronograma de cambio, que incluye planificación de: sectorización, conformación de equipos de cabecera, capacitación, sistemas de atención al usuario, adecuación de espacios físicos, rediseño del SOME, registros de familia y plan de trabajo con la comunidad.	
ETAPA 2 **DE DESARROLLO**	Equipos de cabecera conformados, con población a cargo (no mayor a 5000 personas) y tareas definidas.	
	Reuniones por sector, periódicas, establecidas.	
	Equipos de apoyo y transversales conformados con tareas definidas	
	SOME sectorizado. Fichas organizadas por familias y por sector (Carpetas familiares)	
	Espacios físicos readecuada a las necesidades del modelo	
	Equipo con tiempos programados (y en cumplimiento) para reflexión, análisis y planificación de tareas.	
	Mecanismos de interacción con la comunidad en ejecución, para implementar y evaluar cambios producidos	
	Plan de capacitación para el trabajo con familias en ejecución.	
	Registros adaptados a las necesidades de información de las familias (carpetas, fichas familiares, cartolas)	
	Diagnóstico de salud de la población a cargo	

ETAPA 3 **DE FORTALECIMIENTO** **Al calificar en esta etapa el Centro puede ser certificado como CESFAM**	Atención con enfoque biopsicosocial, familiar, con énfasis preventivo promocional. Evidencia: registros familiares, matrices de riesgo, cartolas familiares en uso, fichas con genograma, reuniones multidisciplinarias.	
	Trabajo con familias: análisis del riesgo familiar, criterios de focalización, aplicación de instrumentos para evaluar a las familias, análisis de casos de familias en reuniones de sector, Consejería familiar y VDI establecidas según riesgos: Evidencia: REM con VDI y CF, Actas de las reuniones de equipo de sector, uso de instrumentos para evaluar familias, registros especiales, Estudios de familia, etc.	
	Equipos de cabecera estables, con continuidad de los cuidados, con roles definidos, que conoce su población a cargo. Evidencia: mapas por sector, diagramas, organigramas, datos visuales de manejo del equipo, diarios murales, fotos del equipo, identificación de equipo de cabecera en dípticos o trípticos.	
	Colaboración y complementariedad entre los equipos de cabecera, de apoyo y transversales: Evidencia: reuniones técnicas ampliadas.	
	SOME gestor de la atención	
	OIRS que acoge y gestiona reclamos y sugerencias	
	Infraestructura acogedora, sin barreras físicas	
	Actividades de cuidado del equipo, programadas y en ejecución. Evidencia: existencia de espacios programados para el manejo del estrés, plan de salud preventivo laboral.	
	Plan de capacitación basado en instrumento de detección de necesidades, en ejecución. Evidencia: Acta de presentación del plan de capacitación al equipo.	
	Registros familiares validados por su uso, con el equipo. Evidencia: Cartolas u otros con información completa.	
	Tiene acciones destinadas a conocer la calidad asistencial	
	Consejo de Desarrollo activo. Evidencia: Trabajo sistemático en conjunto con la comunidad con priorización acordada. Movilización de recursos comunitarios.	
	Diagnóstico participativo ejecutado (CENTRO)	
	Maneja información sobre el intersector.	

ETAPA 4 **DE CONSOLIDACIÓN**	Programación innovadora, propone nuevas estrategias y actividades. Integra el ciclo vital individual y familiar; se enfoca a resultados sanitarios, con énfasis en los procesos sin descuidar la cantidad; incrementa prevención y promoción; Incorpora seguimiento de problemas continuos de manera sistemática. Evidencia: Programas innovadores, acciones de seguimiento.	
	Organización: Continúa trabajo sectorizado de manera sistemática. Programación sectorizada.	
	Recursos físicos y humanos adecuados al plan de salud definido con la comunidad.	
	CESFAM reconocido y validado en la red: tiene representación en el CIRA (directa o indirectamente). Maneja y gestiona demanda coordinado con la red. Sistema de referencia y contrarreferencia expedito y funcionando.	
	Enfoque biopsicosocial y familiar es parte del quehacer y pensar habitual de los equipos: se evidencia en el tipo de registro en uso, en la existencia permanente de reuniones con análisis de casos de familia y seguimiento. En el registro adecuado de las intervenciones familiares.	
	Fomento del autocuidado y estilos de vida saludables en sus usuarios y familias, con usuario empoderado. El diagnóstico familiar considera además de sus factores de riesgo, los factores protectores, entre ellos, sus redes de apoyo primarias y secundarias.	
	Trabajo en red sanitaria y social: participa en el intersector, está representado en las instancias comunitarias	
	Equipo: Proactivo y con visión de largo plazo. Promotores del cambio. Sentido de pertenencia y apoyo mutuo. Relación de confianza con sus usuarios y familias. Desarrolla fortalezas en el aspecto ético. Evidencia: baja rotación profesional, bajo índice de ausentismo laboral, Proyectos innovadores	
	Participación: La comunidad organizada participa en todas las etapas del proceso de planificación en base al diagnóstico participativo La OIRS se establece como elemento de control social.	
	Usuario externo satisfecho, contento. Ejerce sus derechos en salud. Evidencia: Medición de satisfacción usuaria de manera sistemática, con adecuaciones a las demandas pertinentes.	
	Resultados sanitarios acordes a un trabajo permanente del equipo, preventivo y de seguimiento, basado en riesgos: mejora coberturas, compensaciones, disminuye complicaciones agudas y crónicas de enfermedades crónicas, disminuye hospitalizaciones evitables, disminuye daños en la familia tales como VIF, alcoholismo y drogadicción, mediante trabajo multisectorial.	
	Atención basada en la evidencia existente: usa guías, protocolos, conectado a MBE	
	Investigación aplicada: tiene investigaciones sobre procesos locales	
	Apoya el desarrollo de otros Centros dentro y fuera de su comuna.	
	Sistemas de mejoramiento continuo de la calidad: plan de mejoramiento	
	Autoevaluación continua: auditorias u otras.	
	Plan de capacitación consensuado y conocido por el equipo, en función de necesidades	

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA
PARA UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Es recomendable que los Centros de Salud Familiar dispongan de una Biblioteca con textos que apoyen el desarrollo de los equipos en términos de comprensión, puesta de acuerdo en el lenguaje, consensuar conceptos, revisión bibliográfica, etc., que permitan avances cognitivos. Esto otorga sustento conceptual a los equipos y estimula un espíritu crítico e investigador. De igual manera se recomienda que los Centros se suscriban a alguna Revista científica de actualización periódica en Atención primaria y Salud Familiar, como por ejemplo, la Revista chilena de Medicina Familiar, la Formación Médica Continuada de Atención primaria (española) o la Revista de Atención Primaria , también española, por nombrar algunas.

A continuación algunas recomendaciones:

- 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

- INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO SISTÉMICO: Joseph O´Connor; Ian Mc Dermott. Editorial URANO

- MANUAL DE ATENCIÓN PRIMARA: A. Martín Zurro y J. Cano Pérez. Editorial DOYMA

- GENOGRAMAS EN LA EVALUACIÓN FAMILIAR: Mónica Mc Goldrick; Randriy Gerson. Editorial GEDISA

- INTERVENCIÓN EN CRISIS: Karl A. Slaikeu. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V., México, D.F

- De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual. Ministerio de Salud. Chile. Marzo 1993

- PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA. Metodologías para la promoción de la Salud en

América Latina y el Caribe. Serie Paltex n° 41. OPS/ OMS. 1999

Documentos:

- Ley Nº 18.469 Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud. Chile. Noviembre 1985
- Ley Nº 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Chile. Abril 1995.
- Mensaje Nº 1-347/ de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. Chile. Mayo 2002
- Mensaje Nº 81-347/ de S.E. el Presidente de la República con el que se inicia un Proyecto de Ley que modifica el Decreto Ley Nº 2.763, de 1979. Chile. Junio 2002
- Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010. Ministerio de Salud. Octubre 2002.
- Ley Nº 19.937.Modifica el D. L. Nº 2.763 de 1979 con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana. Chile. Febrero 2004
- Ley Nº 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (AUGE). Chile. Septiembre 2004
- Decreto Nº 140 Reglamento de los Servicios de Salud. Chile. Abril 2005
- Modelo de atención integral en salud. Documento Ministerio de Salud de Chile. 2005. Página web MINSAL
- 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/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf

Clásicos que no deben faltar: Se encuentran todos en formato electrónico

- Declaración de Alma Ata
- Carta de Ottawa
- Declaración de Yakarta
- Declaración de Adelaida
- Declaración de Bangkok