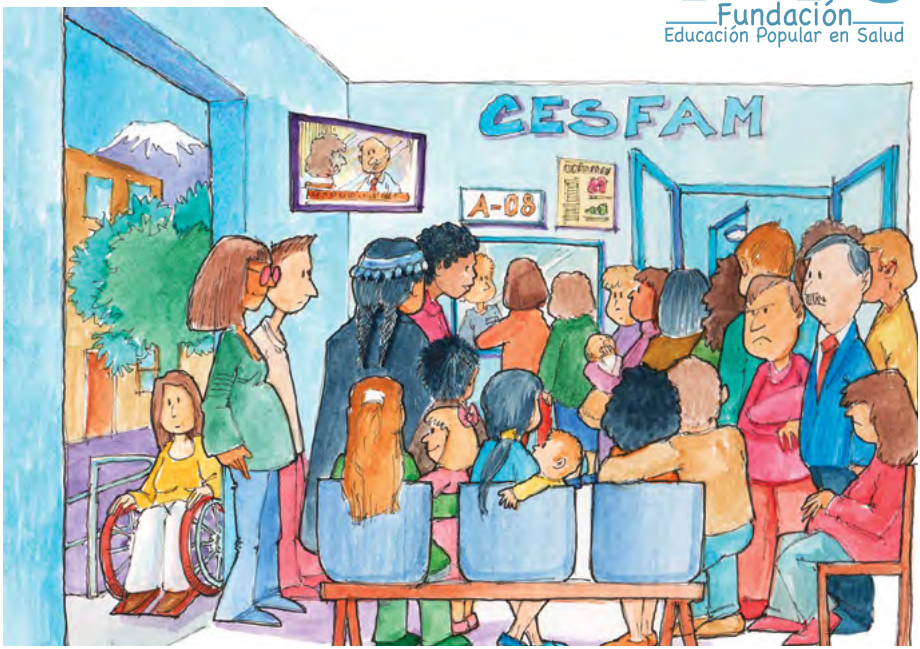
Atención Primaria de Salud: Avances y Desafíos

EPES
Fundación
Educación Popular en Salud



La Conferencia Internacional sobre Salud realizada en Alma Ata en 1978, consideró la Atención Primaria de Salud (APS), como la estrategia adecuada para avanzar en la resolución de los problemas de salud de las comunidades, ya que es la puerta de entrada al sistema de salud, siendo su función principal la promoción y prevención, teniendo en cuenta la situación familiar y social. Son ejes importantes en la APS la articulación con los otros niveles de atención (hospitales), la acción coordinada con otros sectores (acción intersectorial), la participación comunitaria y la incorporación de los saberes populares y de las culturas ancestrales.

La Atención Primaria de Salud, exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS.[i]

Atención Primaria en Salud y modelo de atención

En Chile la APS ha adoptado de manera progresiva el *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria,* que se centra en un cambio en las formas de comprender y acercarse al cuidado de la salud de las personas desde la tríada: individuo–familia–comunidad. Este modelo se basa en tres principios fundamentales:

1. **Centrado en las personas:** Quienes son protagonistas de este proceso en sus comunidades, promoviendo el autocuidado y el ejercicio de sus derechos.
2. **Integralidad:** Incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.
3. **Continuidad:** Considera todo el ciclo vital de las personas y debe incorporar las atenciones, derivaciones pertinentes, oportunas y con resolutividad de los problema de salud.[ii]

La red de servicios de APS incluye a los Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU), Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) y Postas Rurales.

Paradigma biopsicosocial de la salud

Los *paradigmas* son ideas, pensamientos, opiniones, puntos de vista, percepciones de la realidad apoyadas en el avance de la ciencia, que se asumen como verdaderos en un determinado momento de la historia y que dan lugar a la manera en que se ve y comprende la realidad. Los servicios de salud, pueden estar orientados desde el paradigma biomédico, es decir, con un predominio de la mirada física, individual y de curación de la enfermedad, por sobre lo biopsicosocial que ve a las persona interactuando con su familia, sociedad y entorno natural, donde lo colectivo es parte del proceso de sanación, dando más importancia a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A través de la *estrategia de APS*, impulsada desde 1978, se transitó a modelos de salud basados en el paradigma ***biopsicosocial***, que ve al ser humano de manera integral, en sus aspectos biológicos, ***psicológicos***, sociales y ambientales. Esta forma de entender la salud es la que busca desarrollar el modelo de salud chileno y que en la práctica cotidiana ha logrado avances y también plantea grandes desafíos.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Qué importancia tiene el paradigma biopsicosocial en la salud? Den ejemplos.

APS y los enfoques del modelo de salud

Enfoque familiar y comunitario

Este enfoque tiene como centro de atención la familia considerada como una estructura social básica, pues es el soporte en que la mayoría de las personas se desarrollan y aunque su composición tradicional ha variado, cualquiera sea su configuración, es el contexto social primario para promover la salud y tratar la enfermedad.[iii] De allí su importancia para la APS y la necesidad de considerar la realidad de las familias en su vinculación con la comunidad de la que forman parte y cuya participación es fundamental desde una mirada integral de la salud.

Enfoque de género

El género "se refiere al significado social que adquiere la diferencia sexual biológica. Este significado varía a través del tiempo y en los distintos grupos sociales. Alude a las características *atribuidas* a lo masculino y femenino, y a las diferencias sociales, económicas, políticas, laborales, etc. *establecidas socialmente* para los masculino y femenino, y que ubican en una posición de mayor prestigio y poder a lo masculino".[iv]

La posición desigual que ocupan las mujeres y los hombres en la estructura social. tiene que ver con las funciones esperadas, los roles asignados, las relaciones, las responsabilidades, el acceso y control de los recursos y el poder de decisión en las distintas esferas de la vida.[v]

Este enfoque permite entender cómo influye la construcción social de lo femenino y masculino, en el tipo de problemas y riesgos que afectan la salud de las personas, en el acceso y en la respuesta que entregan los servicios según sean hombres o mujeres.

Enfoque intercultural

La cultura de un grupo humano se refiere a sus formas de percibir y conocer el mundo, a su lenguaje, símbolos, creencias, celebraciones, costumbres y comportamientos.

El enfoque intercultural busca entender cómo influye la interacción de diferentes culturas en la salud de las personas que comparten un territorio y también reducir las brechas que se producen en el acceso a la atención de salud. En el caso chileno pone la mirada en qué sucede con la salud cuando la cultura dominante interactúa con las formas de entender y cuidar la salud en la cultura mapuche, de otras etnias y la de las personas inmigrantes. Significa reconocer y respetar los saberes y las prácticas de cuidado de la salud que tienen las diversas culturas.

La incorporación del enfoque intercultural en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, debe conllevar un proceso de negociación y mediación con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud. Significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas.[vi]

Enfoque de determinantes sociales de la salud

Los *determinantes sociales de la salud*, son los contextos o escenarios sociales que condicionan la salud y calidad de vida de las personas. Algunos de estos determinantes forman parte de la estructura social, es el caso del Estado, el gobierno y la tradición política del país, el marco legal vigente, las políticas económicas, las políticas sociales, el mercado laboral, la cultura y valores sociales.

Otros determinantes estructurales están asociados a las jerarquías de prestigio y poder que caracterizan a la sociedad. La clase social, el género, la etnia, la condición de discapacidad, la diversidad sexual, la edad y el territorio, son factores que determinan la posición de prestigio y poder de las personas en la sociedad.

El conjunto de factores de la estructura social, determinan las condiciones concretas en que viven y trabajan las personas, su acceso al trabajo, la vivienda, su nivel de ingresos y educación, sus oportunidades, su acceso y control de diferentes recursos, su capacidad para tomar decisiones; por esto, para transformar los determinantes sociales que condicionan la salud y realidad de las comunidades, son fundamentales la participación social, critica, propositiva y política.

REFLEXIÓN GRUPAL: Pensando en esta comunidad ¿Cuáles serían las condiciones sociales que determinan la salud de las personas?

Enfoque de derechos humanos

La APS busca que las personas se "empoderen" y por medio de la participación social ejerzan su derecho a una salud digna.

En 1948 después de la segunda guerra mundial, los países suscribieron la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en su artículo 1, reconoce "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". El derecho a la salud fue reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal y también en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

Los derechos humanos "son valores no negociables" que representan un producto social o histórico derivado de las luchas sociales".[vii] El derecho a la salud es un derecho inclusivo, cuya realización depende de otros derechos humanos, ya que no puede realizarse si las personas no disfrutan de su derecho a la alimentación, al trabajo, a la vivienda, a la educación.[viii] También exige la plena vigencia de sus principios: igualdad de derechos, reconocimiento de las diferencias, no discriminación y equidad, considerando que este criterio busca reducir los efectos de una sociedad estratificada.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Cómo se puede fortalecer el ejercicio de derechos en quienes viven en esta comunidad? ¿Qué acciones se pueden realizar?

Organización y gestión del modelo en APS

El modelo de APS tiene un orden, una estructura y caminos para recorrerlo. En la APS, lo primero es que a cada CESFAM se le asigna un **territorio**, en el cual vive una cierta cantidad de personas. Aquéllas que se inscriben en el CESFAM, son la **población a cargo**, a la cual se le debe cubrir su atención en salud. Luego el territorio y la población a cargo son **sectorizados**, distinguiéndolos por colores, con el objetivo de generar espacios de atención para grupos humanos más pequeños y abordables por el **equipo de salud de cabecera** que estará a encargado de mejorar la salud de las familias durante todo el ciclo vital, en coordinación con la comunidad e intersector.

En cada Centro de Salud se realiza una **programación** anual, que debe integrar a la comunidad a través del *diagnóstico participativo de salud*, que es la base del *plan comunal de salud*. Basándose en esta planificación el equipo de salud puede realizar la **gestión clínica**, que consiste en movilizar los recursos disponibles para que se brinde una atención de salud de buena calidad. Esta movilización de recursos incluye no solo al CESFAM, sino también al servicio hospitalario e intersector: municipio, servicios públicos, empresas y O.N.G que constituyen la **red asistencial e intersectorial.**[ix]

Problemas del Modelo de Atención Primaria de Salud

Incorporación del paradigma biopsicosocial

Persiste en la APS una visión biomédica y ha resultado complejo avanzar hacia la mirada biopsicosocial, pues como dice la frase popular "Del dicho al hecho hay mucho trecho".

Los recursos son insuficientes, los equipos de salud están sobrepasados por una alta demanda asistencial, cumplimiento de metas, infraestructura limitada, falta de insumos e insuficiente personal, entre otras dificultades. También la población usuaria tiene en general una actitud pasiva, consulta principalmente por enfermedad, tiene escasa información y baja consciencia de la importancia de la prevención y del rol que puede tener su participación como agentes transformadores de la realidad.

Sistema educativo y formación de recursos humanos de APS: El consenso que falta

Para que el equipo de salud pueda trabajar con el modelo de APS necesita conocerlo, por lo que es importante preguntarse ¿Cómo se están formando las trabajadoras y trabajadores de la salud?

Tal pregunta evidencia una carencia, porque los centros de educación superior (Universidades, Institutos y Centros de formación técnica) no tienen una mirada común en lo biopsicosocial, salvo algunas excepciones, la formación es más bien biomédica.

Un estudio sobre los perfiles de egreso de las carreras de medicina de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), concluyó que la mayoría de las universidades chilenas no están orientando su formación médica hacia la promoción y ejercicio en la Atención Primaria de Salud, sino que a la atención hospitalaria de especialidad.[x]

Cuidadoras: La herencia desigual de ser mujer

La población chilena está envejeciendo. Con los años la población adulta mayor será cada vez más numerosa y probablemente aumentarán los problemas de salud asociados al envejecimiento, los cuales si no se previenen a tiempo, pueden llevar a situaciones de dependencia y necesitar del cuidado permanente de otros/as. ¿Quiénes en nuestra sociedad asumen el trabajo de cuidar a personas postradas o en situación de dependencia?

El cuidado de la salud tiene dos formas: el cuidado formal que lo asume el sistema de salud a través del personal -mayormente femenino- de hospitales, CESFAM y otros centros de atención en salud y el cuidado doméstico realizado en los hogares, que no es remunerado y que implica un trabajo físico, emocional, mental y social, que es realizado principalmente por las mujeres. Este rol de cuidado de la salud de otros/as se ha asignado socialmente a las mujeres y se ha naturalizado como propio del ser mujer, sumándose a las múltiples tareas asignadas a las mujeres en los roles de madre, esposa y trabajadora.

Si bien, cuidar la salud de otros/as en el hogar, generalmente se realiza desde el amor, la sobrecarga que implica deteriora la salud de la cuidadora y empuja muchas veces a renunciar a su vida afectiva, social y laboral. Esto puede producir depresiones, dolores físicos, aislamiento y pérdida o disminución de ingresos propios, todo ello favorece la desigualdad social que afecta a las mujeres.

Para abordar las necesidades del envejecimiento poblacional hay que educar para que cuidar de otros/as sea un trabajo reconocido y valorado socialmente y sea un rol compartido por las mujeres y los hombres. En segundo lugar, reconociendo la importancia de las relaciones comunitarias, trabajar en fortalecer las redes entre vecinos/as, para cuidar a los/as miembros de la comunidad que lo necesitan. En tercer lugar, la sociedad debe hacerse cargo de los costos del cuidado de las personas mayores y entender que cuidar a personas en situación de dependencia permanente, es un trabajo, que debiera ser remunerado y tener períodos de descanso.

El envejecimiento poblacional, junto al desplazamiento de los cuidados cada vez más complejos hacia el sistema informal, debido a programas de cirugía ambulatoria, personas con enfermedades graves dependientes o en situación terminal lleva, a que los servicios formales participen de manera minoritaria en el cuidado que requieren, constituyéndose la familia en la encargada principal de los cuidados, la que mayores recursos de salud aporta asumiendo la responsabilidad del mantenimiento y el desarrollo de la persona dependiente que reside en el hogar.[xi]

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Cómo se podría mejorar la atención de familiares o vecinos/as postrados/as?

Maltrato en la APS: ¿De dónde viene y por qué?

Este fenómeno se ha estudiado en algunos CESFAMs de la Región del Biobío, identificándose que la violencia es mayormente de tipo psicológica. Las/os funcionarios prioritariamente perciben que las causales de la violencia laboral son: el tipo de personalidad del agresor, abuso del poder de quienes están en posiciones directivas, y demora en la atención de los usuarios.[xii]

Sobre el 84% de las y los usuarios perciben violencia y sobre un 96,7% dice haber experimentado violencia psicológica, atribuida a características institucionales y de trato humano de las/os funcionarios de salud, identificando como principal agente causal el estrés laboral.[xiii]

Entre los factores de riesgo asociados al estrés y deterioro de la salud mental de las y los trabajadores, se encuentran la sobrecarga laboral, el menoscabo de funciones, la ausencia de medios para ejercer el cargo, la falta de capacitación y el conflicto ético. Todos ellos están presentes en la APS.

Dada la vulneración de derechos que experimentan las/os usuarios del sistema de salud y sus trabajadores/as, se requiere generar espacios de información y diálogo, que posibiliten mejorar el trato, la comprensión de las condiciones que subyacen y dar lugar a formas de relación más horizontales. La creación de alianzas de trabajo dirigidas a modificar las condiciones que vulneran el derecho a la salud de las y los usuarios y trabajadores/as del sector, es todavía un gran desafío.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Cuáles serían actualmente las causas del maltrato a quienes utilizan los servicios públicos de salud? ¿Qué se podría mejorar?

Resolutividad en la APS y tiempos de espera en los hospitales: ¿Paciencia o Indignación?

La resolutividad se puede definir como la capacidad de solucionar oportunamente los problemas en salud que presente la población, es decir, "en el momento en que se necesita", lo cual es una aspiración que está muy lejos de ser realidad, lo que se ha hecho evidente con la publicación de datos de las listas de espera y con la cuantificación de personas que murieron esperando una atención de especialidad, incluso teniendo una garantía de oportunidad GES.

Según el diagnóstico oficial de la lista de espera No GES, al 31 de marzo del 2014 eran 1.562.295 las personas que esperaban por una consulta nueva de especialidad y 194.938 personas en espera para una intervención quirúrgica mayor electiva,[xiv] información que era desconocida por la población. A partir de esto se generó un conjunto de medidas tendientes a reducir la lista de espera entre las cuales se incluyó el Sistema para la Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), diseñado para proporcionar un seguimiento de los pacientes GES y No GES en espera de atención, asociado a cinco tipos de prestación: atención de consulta nueva de especialidad, control de especialidad, intervenciones quirúrgicas, intervenciones quirúrgicas complejas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.[xv]

El sistema de gestión de las lista de espera en vigencia considera los registros del sistema de salud desde 01/01/2015 en adelante.[xvi] A diciembre de 2017 el gobierno

informaba que la lista de espera quirúrgica no GES, alcanzaba a las 285.625 personas.[xvii] En enero 2018, se informó de 9.228 garantías de oportunidad GES retrasadas y un total de 2.313.282 de casos abiertos en espera de atención (incluye a personas fallecidas al 19 de enero de 2018).[xviii]

El análisis de las listas de espera realizado por una comisión asesora de la ministra de salud, permitió identificar que en el 2016 fallecieron 15.625 que estaban en espera de una atención no GES y que desde el 1° de Julio del 2005 al 31 de diciembre del 2016, fallecieron 11.507 que tenían una Garantía GES retrasada.[xix]

Si bien en Chile faltan médicos/as, también es cierto que un 57% trabaja solo en el sector privado, atendiendo a 2.000.000 de personas, mientras que un 43%, es decir, cuatro de cada diez médicos/as, trabajan en el sector público atendiendo a 15.000.000 de chilenas/os.[xx] Esta situación es grave y urgente de remediar, porque genera desigualdad en el acceso a la atención en salud, pues una minoría con más recursos puede acceder "oportunamente", mientras la mayoría tiene que esperar mucho o endeudarse para tener una pronta atención. Esta realidad también cuestiona la vocación pública de quienes estudian para cuidar y sanar a las/os enfermos, la formación que entregan los centros de educación superior y el modelo de salud que genera tal desigualdad.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Qué visión tiene la comunidad de las "Listas de espera"? ¿Qué se podría hacer?

Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) y Medicina Tradicional (MT) en la APS

Estas son definidas por el Ministerio de Salud como "todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior. Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias".[xxi] En Chile la medicina oficial es la alopática occidental, que son todas las prácticas médicas que se basan en el conocimiento científico y que se observan en cualquier hospital del país (curaciones, vacunas, antibióticos). Sin embargo, la evidencia científica del uso de MAC es cada vez mayor demostrándose por ejemplo, el uso efectivo de acupuntura y hierbas medicinales en el tratamiento de variadas enfermedades.

El uso de las medicinas alternativas y complementarias ha ido en aumento. Un 55% de la población chilena usa este tipo de medicinas.[xxii] Un estudio realizado en Chile

concluye que un 34,5% de los establecimientos de la red asistencial, hace uso de alguna de las terapias pertenecientes a las MAC. Los problemas de salud que con mayor frecuencia se atienden son enfermedades crónicas, de salud mental, alivio del dolor y problemas osteoarticulares y osteomusculares.[xxiii]

La medicina tradicional (MT) consiste en prácticas médicas arraigadas en la tradición cultural ancestral de un territorio, como es la medicina mapuche, de allí la importancia del enfoque intercultural, que propone el reconocimiento de otros saberes y que en la región del Biobío encuentra ejemplos como el Hospital Intercultural Kallvu Llanka de Cañete.

Dicho centro representa un avance y al mismo tiempo un desafío en la inclusión del enfoque intercultural, puesto que aún queda un largo camino para reconocer lo profundo de la cosmovisión y sabiduría de nuestra raíz mapuche.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿En esta comunidad se valora y se facilita el uso de la medicina tradicional y las medicinas alternativas y complementarias?

Promoción de la salud: Un desafío para el presente

Uno de los pilares de la APS es la *promoción de la salud* que se entiende como un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir mayor control sobre sí mismas. La Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en 1986 (Carta de Otawa), establece ámbitos de acción de los sistemas de salud para impulsar este proceso: Elaboración de una política pública favorable a la salud, formación de entornos propicios, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

En Chile programas como *Chile Crece Contigo* y *Más Adultos Mayores Autovalentes*, son un avance muy importante dentro del sistema, generando espacios de educación y participación comunitaria. Sin embargo estos programas encuentran obstáculos al depender de convenios que no garantizan su continuidad y estabilidad de sus equipos, afectando sus resultados y evaluación.

También existen dificultades para asumir el paradigma biopsicosocial en el trabajo promocional, por el uso de metodologías educativas tradicionales, inadecuadas para la educación de adultos; por el escaso registro, evaluación y sistematización de acciones educativas; por restricciones laborales y financieras del sistema de salud,

junto con una baja receptividad y disposición de la población a participar de las acciones de educación en salud que se ofertan.

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Qué actividad de promoción podría realizar la comunidad?

Participación social en salud: ¿Hasta dónde decidimos?

La salud es un derecho humano inclusivo, su pleno ejercicio depende de la realización del derecho a participar en los asuntos que afectan la vida de las personas. El artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), establece el derecho de las/os ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes libremente elegidos.

Chile tiene una larga tradición de participación social, la que durante la dictadura fue reprimida duramente, dañando el tejido social y la salud mental de las personas. A partir de 1990 todos los espacios de participación en Chile son consultivos, es decir, lo que es expresado por la gente se toma como una opinión que se puede o no tomar en cuenta, pues quien tiene la decisión final es la autoridad.

No obstante el carácter consultivo que se ha dado a las instancias de participación, existe una ley que otorga el derecho a ir más allá, es el caso de la Ley N°20.500 (2011), sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, en la que "*el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones*" para lo cual los organismos estatales deben instalar mecanismos que aseguren: acceso a información relevante, cuenta pública participativa, consultas ciudadanas y Consejo de la Sociedad Civil.

En la APS los espacios formales de participación son las Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) y los Consejos de Desarrollo Local (CDL). En lo informal existen grupos y/o monitoras de salud y otras organizaciones de la comunidad, las que de acuerdo a las directrices del modelo de APS, deberían ser invitadas a participar en actividades de diagnóstico, planificación y cuenta pública participativa.

Dichos espacios de participación deben ser impulsados por el equipo de salud, que tiene la obligación de convocar, registrar y difundir los debates con la comunidad e incorporar las propuestas a su programación, lo que no siempre sucede. Cuando las personas se dan cuenta de que no se incorporan sus planteamientos y no se resuelven problemas como los tiempos de espera y el acceso oportuno a la atención especializada, ni se consideran en las prácticas de salud las condiciones socioeconómicas, de vivienda, socio-medioambientales que repercuten en la salud de sus familias y comunidades, surge el conflicto, porque las organizaciones aspiran a una participación vinculante en que la autoridad reconozca su capacidad propositiva y autonomía.

REFLEXIÓN GRUPAL: Pensando en sus experiencias, ¿Cuáles han sido las formas más efectivas y motivadoras de participación de la comunidad?

Financiamiento de la APS: Una lucha pendiente

A partir de 1995 la APS que es administrada por los municipios se financia a través de un monto fijo, llamado *Valor Per Cápita Basal* que FONASA entrega, a los municipios por cada habitante inscrito en los centros de salud de su comuna. A dicho monto se le suman recursos adicionales, llamados indexadores, de acuerdo a criterios como: *pobreza, ruralidad, referencia de asignación de zona y desempeño difícil*. Estos recursos adicionales tienen la función de corregir las desigualdades que se dan entre una comuna y otra.

Otros aportes a la APS, provienen del Ministerio de Salud (presupuesto sectorial), a través de convenios para implementar programas como *Chile Crece Contigo, Elige Vivir Sano, Más Adultos Mayores Autovalentes, Mejor Sonrisa,* entre otros.

El Congreso de la Asociación Chilena de Municipalidades de Salud Primaria realizado el 2015, concluyó que el financiamiento para la APS municipal es insuficiente. Tal situación genera que los municipios deban financiar ese déficit con sus propios recursos lo cual en comunas pobres es complejo, ya que los municipios que no son capaces de aportar esos recursos, generan altas deudas e incapacidad de costear todos los medicamentos e insumos que el servicio necesita, incluso atrasos en los pagos de la seguridad social de sus funcionarios/as, entre otras dificultades, acentuando la inequidad en salud entre comunas ricas y pobres.

La tarea es aumentar el financiamiento de la APS, mejorar la gestión participativa de estos recursos por parte de los municipios, y que los/as trabajadores/as de la salud primaria además de reivindicar un justo reajuste salarial, exijan los insumos y recursos necesarios para brindar una atención digna a las personas que consultan en el sistema de salud.

Administración de la APS: Un debate abierto

La administración municipal de la APS, iniciada en 1980, cubría en 2011 el 92.8% de las comunas en Chile.[xxiv] Este es un modelo de gestión que toca diferentes susceptibilidades, por lo que existen argumentos a favor y en contra:

- **Mantener la municipalización:** Favorece una gestión descentralizada, que otorga autonomía a los gobiernos locales y mayor participación. Los/as trabajadores/as de APS agrupados en la Confederación de Funcionarios/as de la Salud Municipal (CONFUSAM), destacan y defienden como un logro tener una carrera funcionaria efectiva y estatuto propio.[xxv]

- **Desmunicipalización:** Las desigualdades que se producen en el territorio nacional son muy grandes. El municipio no es el mejor núcleo territorial para la atención primaria. Ordenar el territorio de forma distinta es hacerse cargo de que muchos municipios no tienen la posibilidad de atender los problemas de atención primaria de su población, carecen de capacidad de gestión y de recursos suficientes. Una de las conclusiones adoptadas en el Encuentro Nacional de Consejos de Desarrollo de Salud (Caldera, junio 2011), fue la permanencia de los consultorios en los servicios de salud.[xxvi]

REFLEXIÓN GRUPAL: ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la salud municipalizada?

Propuestas en salud desde la comunidad organizada

El año 2017 desde distintas organizaciones de las regiones Metropolitana, Valparaíso, Biobío, Araucanía, Los Ríos, se comienza a organizar y fortalecer el Movimiento "Salud para Todos y Todas" un referente nacional, de articulación y movilización que se propone avanzar a un nuevo modelo de salud.

Las principales ideas fuerzas respecto a la lucha por dignidad y justicia en salud es construir un nuevo modelo que se caracterice por ser ***público, universal, gratuito***, con financiamiento único por parte del estado. En el debate de las organizaciones también se ha relevado la necesidad de un modelo de salud que sea multicultural y antipatriarcal. Un modelo de salud respetuoso de los saberes ancestrales y del conocimiento de los diversos pueblos y que incorpore en la práctica, la construcción de relaciones equitativas entre los géneros, que incluya la amplia participacion de trabajadoras/es organizados y de las comunidades en su gestión y toma de decisiones.

Desde el año 2012 en la región del Biobío la ***Mesa Regional de la Salud (MRS)***, integrada por representantes de gremios de la salud y de organizaciones sociales de Concepción, Talcahuano, Hualpén, Cañete y Fundación EPES se ha constituido en un referente con la organización de seis "***Encuentros regionales por la salud***" con invitados/as de otras regiones, en los cuales se ha debatido sobre salud y sistema de salud y se ha avanzado en la articulación de actores sociales relevantes para abordar las transformaciones que se requieren.

El 2013 se constituyó la ***Mesa Territorial de Salud Talcahuano***, organización que en el año 2015 en conjunto con vecinos/as y trabajadores/as de la salud, marcó un hito impulsando la movilización que exigió al gobierno la construcción de la prometida y congelada tercera etapa del hospital Las Higueras, logrando su re-activación. También experiencias paralelas de organización como la ***Mesa por los Derechos Sociales en Cañete***, expresan como en la región del Biobío el tejido social ha ido avanzando lentamente hacia formas nuevas de concebir la salud.

Algunos de los elementos que van conformando la visión de salud y del sistema de salud al que se aspira desde la organizaciones, se comienzan a delinear desde el primer Encuentro de Salud realizado en la Universidad de Concepción (2012), en dicho espacio se analizó la situación de la salud en la región y se definieron algunas de las siguientes líneas de acción:

- En APS existen acciones que no implican necesariamente recursos financieros, sino voluntades: buen trato, evitar que los/as usuarios esperen en la calle en horas inadecuadas para obtener atención médica, aumentar las horas preventivas y promocionales, entre otras.

- Fortalecer los espacios de participación comunitaria autónoma y en alianza con los/as trabajadores/as de la salud en el espacio local, regional.

- Los problemas medioambientales podrán ser abordados mediante la formación y fortalecimiento de mesas territoriales de salud y medioambiente, desde las cuales convocar a cabildos ciudadanos, levantando desde estos espacios una propuesta de la salud que queremos y necesitamos. Construir de esta manera una fuerza social capaz de llevar adelante esa propuesta y presionar por ella para influir en la formulación de políticas claras, efectivas y concretas que detengan la instalación de industrias que favorecen solo al capital transnacional en desmedro de la salud de la población.

- Se requieren cambios estructurales. Es un desafío construir un sistema público que garantice la salud para todos/as sin distinción socioeconómica, oportuno y de calidad, abordando los determinantes sociales de la salud, causantes principales de las enfermedades y también las condicionantes que tienen que ver con los estilos de vida. Para ello será necesario trabajar en forma articulada desde lo territorial, comunal, regional y como sociedad, para hacer realidad este derecho desde un paradigma integral de salud, centrado en lo promocional y preventivo, que incorpore la articulación activa de la comunidad y equipos de salud.

- Para alcanzar estas metas es necesaria la articulación de todos los sectores de la sociedad, pobladores/as, estudiantes y trabajadores/as, para transformar el modelo económico impuesto que ha hecho de la Salud un negocio y un privilegio.

¡Por el Derecho a una Vida y Salud Dignas!

Referencias bibliográficas

[i] Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. Alma_Ata-Declaracion-1978.pdf?ua=1.

[ii] Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS. (2015). Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago.

[iii] Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS. (2015). Op. cit.

[iv] Gómez, E. (2011). Género y salud: marco conceptual. Curso virtual Género y Salud. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos, OPS/OMS.

[v] Gómez (2011) Op. Cit.

[vi] Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS. (2015). Op. cit.

[vii] Giménez Mercado, Claudia; Valente Adarme, Xavier (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. Cuadernos del CENDES, vol. 27, núm. 74, mayo-agosto, 2010, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

[viii] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.

[ix] Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIVAP, OPS/OMS. (2015). Op. Cit.

[x] Parada, Mario, Romero, María I., Moraga, Fabián (2015). Perfiles de egreso de las carreras de Medicina. Revista Médica de Chile, ol.143 no.4 Santiago abr. 2015

[xi] López García, Eva Pilar (2016). Revista enfermería CyL Vol 8 - Nº 1 (2016). Op. cit.

[xii] Paravic Klijn, Tatiana, et al (2004) Revista Ciencia y Enfermería X (2): 53-65, 2004.

[xiii] Paredes Arevalo, Lorena Andrea; Paravic Klijn, Tatiana (2006). Revista Ciencia y Enfermería XII (1): 39-51.

[xiv] Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales, (2014). Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud 2014-2018).

[xv] Minsal, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, (2018). Glosa 06. Lista de Espera No Ges y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas.

[xvi] Minsal, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, (2018). Op. cit.

[xvii] Gobierno de Chile. https://www.gob.cl/noticias/informe-ministerio-de-salud-lista-de-espera-quirurgica-no-ges-se-redujo-en-25-y-autoridad-fija-ambiciosa-meta-para-marzo-de-2019.

[xviii] Minsal, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, (2018). Op. cit.

[xix] Minsal (2017) Estado de situación Personas fallecidas en Listas de espera no GES y Garantías retrasadas GES. Informe comisión médica asesora Ministerial. Comisión Asesora, 17/08/2017.

[xx] Torres-Quevedo, Rodrigo (2016). Revista chilena de cirugía. 2016; 68(4):279---280.

[xxi] MINSAL (2004) Decreto 42 Aprueba Reglamento Para el Ejercicio de las Prácticas médicas Alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan.

[xxii] Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (2012) Informe Final "Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas".

[xxiii] Centro de Estudios para la Calidad de Vida (2012) Informe Final Estudio "Uso de Medicinas Complementarias/ Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud".

[xxiv] Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria (2011). Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal. Evaluación de indexadores del per cápita basal.

[xxv] INFUSAM (2018) Entrevista a Esteban Maturana, vicepresidente de CONFUSAM. Confederación de Funcionari@s de Salud Municipal., Agosto 2018.

[xxvi] OPS, OMS MINSAL (2011), Foro Salud, 2011: 2a Jornada ¿La Atención Primaria de Salud debe permanecer a cargo de los Municipios? Santiago, 22 de diciembre 2011.

Santiago
General Koerner 3
P. 30 Gran Avenida,
El Bosque
Fono: 56 225487617
Fax: 56 22 5486021
Email: epes@epes.cl

EPES
Fundación
Educación Popular en Salud
www.epes.cl

Concepción
Cautín 9133,
Población René Schneider,
Hualpén
Fono fax: 56 41 247057
Email: epesconce@epes.cl