

ANEXO 1

Enfoques de la Planificación en la Red de Atención de Salud Pública

1. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso para todos.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

ILUSTRACIÓN 1: CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES¹



Exige tus derechos

- Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.
- Recibir un trato digno, respetando su privacidad.
- Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.
- Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.
- Ser informado de los costos de su atención de salud.
- No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.
- Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.
- Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.
- A ser incluido en estudios de investigación científica solo si lo autoriza.
- Donde sea pertinente, se cuenta con señalética y facilitadores en lengua originaria.
- Que el personal de salud porte una identificación.
- Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.
- Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

y cumple tus deberes

- Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.
- Conocer y cumplir el reglamento interno y responder su información médica.
- Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.
- Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.
- Tratar respetuosamente al personal de salud.
- Informarse acerca de los procedimientos de reclamos.

TODO PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

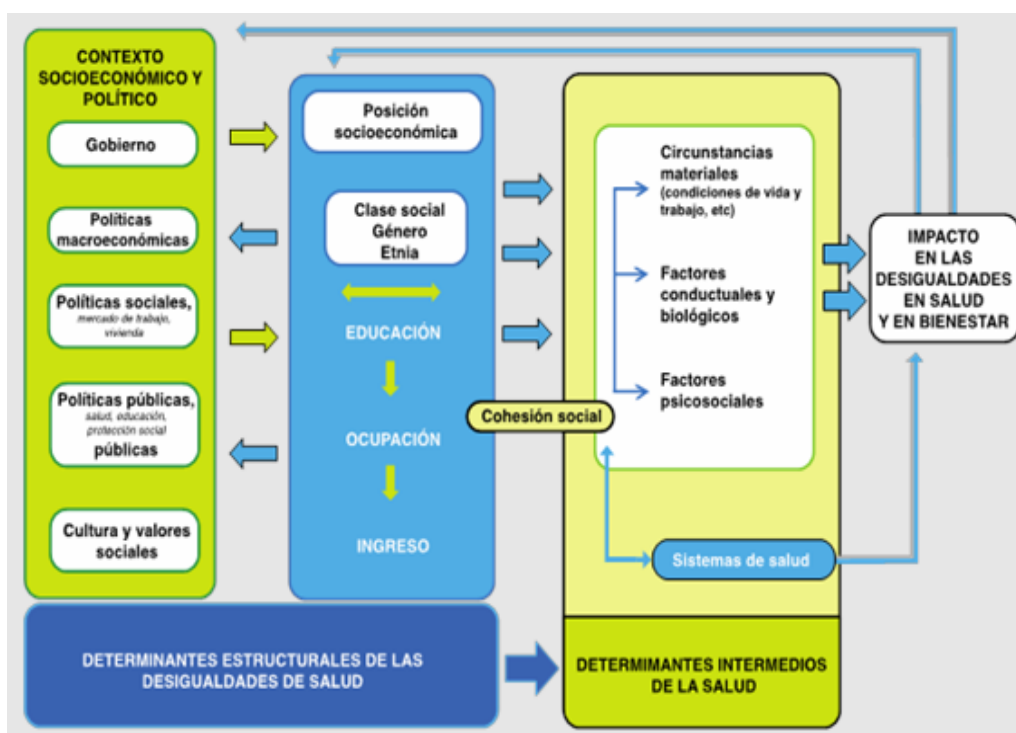
¹ Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. México; 2013. Disponible en: <http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Promocion%20de%20la%20Salud%20y%20Determinantes%20Sociales.pdf>

2. Enfoque de determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El reconocimiento de las limitaciones de la biomedicina, que sólo aborda los riesgos individuales de enfermar, fomentó que la Organización Mundial de la Salud, creara el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que el 2008 publicó el informe “Subsanar las desigualdades en una generación”, documento que pretende impulsar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales¹, los que se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud².

El enfoque de Determinantes Sociales clasifica los mismos en estructurales e intermediarios. Los primeros se refieren a los componentes del contexto y que asignan una posición social a las personas y los segundos, a los componentes de vida y trabajo, que establecen diferencias de vulnerabilidad y salud para cada persona: recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y servicios de salud.

ILUSTRACIÓN 2: MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: OPS/OMS. 2013

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

² Ministerio de Salud de Chile. [consultado el 28 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/determinantes-sociales-en-salud/>

Asimismo, el género, la clase social y la migración son determinantes sociales estructurales que influyen en el resultado en salud. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

3. Enfoque de Curso de Vida

Anteriormente se planteó que los Determinantes Sociales de la salud interactúan a lo largo del curso de vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores y experiencias acumulativas de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural³.

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud³. Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación.

En este contexto, el enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los Determinantes Sociales a través de la vida, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida⁴.

El enfoque de curso de vida se diferencia con el de ciclo vital, en cuanto en este último, se realizan intervenciones solo en etapas específicas de la vida de la persona, mientras que el primero establece que las intervenciones o repercusiones en la salud de la persona en cualquier momento de la vida, repercuten en el abordaje de la salud no solo de manera individual, sino que también en su entorno familiar y comunitario. Es así como el desarrollo integral de las personas se convierte en el mejor resultado esperado en esta intervención, desde la epigenética en la etapa preconcepcional, hasta la funcionalidad de las personas mayores.

Por ejemplo, un estilo de vida saludable se puede ver reflejado en conductas como la planificación del embarazo, la atención pre natal adecuada, la instalación de la lactancia materna en el recién nacido, la vinculación afectiva temprana de un/a niño/a con un/a adulto/a, la prevención del consumo de tabaco y adquisición de un hábito de alimentación sana, entre otros, son factores protectores claves para obtener resultados favorables de salud en la población, con hábitos que se forjan en los entornos sociales y familiares⁵.

Este enfoque parte de la premisa de que diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, influyen en la salud y la enfermedad en la etapa adulta⁶, intentando integrar los procesos de riesgo biológico y social, en vez de plantear dicotomías entre ellos. De esta forma, es complementario a otros como el de género⁷.

³ OMS, «Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo?» S/F, [En línea]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1.

⁴ OPS, «OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283». 1996.

⁵ Kuh, D. et al., «Life course epidemiology», J Epidemiol Community Health, vol. 57, pp. 778-783, 2003

⁶ Barker, D., «Fetal and infant origins of adult disease». London: British Medical Publishing Group., 1992

⁷ Organización Mundial de la Salud, «Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud.» 2009.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado abarcando las distintas etapas y trayectorias de la vida de las personas, y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo⁸.

El enfoque de curso de vida provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida⁹.

Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida.

4. Enfoque de equidad en salud

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”¹⁰.

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

5. Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud¹¹, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida.

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo: son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre

⁸ Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008

⁹ Lu MC, Halfon N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J.* 2003 Mar; 7(1):13-30.

¹⁰ World Health Organization. “Equity in Health Care”. Geneva, WHO, 1996

¹¹ Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género” Washington DC. OPS 1999

inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbilidad infantil, entre muchos otros problemas de salud (Marmot et al., 2008; Martine, 2000; Shedlin, 2002), hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

a. Pueblos Indígenas e Interculturalidad

Los Pueblos indígenas son aquellos que el Estado reconoce como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional y que mantienen vigentes sus manifestaciones culturales propias o parte de ellas, es decir, un conjunto de conocimientos, técnicas y prácticas ancestrales de sanación, así como innovaciones derivadas de dichos conocimientos; métodos curativos, prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, elementos que aportan al “buen vivir”.

De acuerdo al artículo 1° de la Ley N.º 19.253, El Estado reconoce como principales pueblos indígenas de Chile: Mapuche, Aimara, Rapa-Nui, la de comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país, las comunidades Kawésqar y Yamana o Yagan de los canales australes. El Convenio 169 de la OIT en el artículo 1° define como pueblos indígenas aquellas poblaciones preexistentes en el país o en una región geográfica específica preexistente a los Estados, conservan todas o partes de sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas.

En el marco de la ley de derechos y deberes 20.584, art 7, sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural, es deber del prestador institucional público garantizar y proteger tanto los derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas como el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en su actividad sanitaria y en toda la red de salud. Lo que constituyen una directriz del quehacer y gestión del prestador institucional público para la acreditación de calidad sanitaria y es un eje de cumplimiento de las metas de gestión institucional y contribuir a optimizar el modelo de gestión en red de los servicios de salud. En este marco, le corresponde al Estado a través de sus instituciones responder con medidas pertinentes que apunten a satisfacer las demandas de los pueblos indígenas, considerando los derechos individuales y colectivos que son fundamentos jurídicos nacionales e internacionales que los asisten. En el campo de la salud corresponde conocer la situación de salud que enfrenta la población indígena¹², establecer planes de mejora para lograr un sistema de información y registro en pertenencia de pueblos indígenas y de esa manera contar con datos estadísticos de salud confiables, desarrollar competencias epidemiológicas e interculturales en los equipos de salud, habilitación de espacios y adecuaciones de infraestructura para una atención de salud con pertinencia cultural.

En el ámbito asociado al trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas, porque se vincula con valores, conocimiento, comportamientos, hábitos, y formas de vida, relacionándose, por una parte con categorías propias de “etiología” o causas de las enfermedades, por otra con los cuidados y tratamientos, seguido del significado que explica o da sentido a las enfermedades en el contexto histórico y sociocultural en que viven. Además, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud en el curso de vida, es una dinámica cultural de respuesta que determina el modo en que entienden, viven la salud y resuelven sus problemas de salud.

Reconociendo que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica que el modelo científico occidental no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo”¹³, se debe incorporar el enfoque intercultural en la planificación sanitaria para la mejora de los procesos de atención.

¹² Los pueblos del extremo Sur viven una diferencia estructural de tipo geográfico y demográfico que aumenta las barreras de acceso a la salud y afectando aún más el evidente peligro de extinción

¹³ Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud, 2006

En este sentido la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de Atención Salud Integral Familiar y Comunitaria (MAIS), debe darse y entenderse como un proceso de reconocimiento e incorporación de la cultura del usuario en el proceso de atención de salud; de respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país; y la construcción de espacios de participación con las comunidades y asociaciones indígenas. Asimismo, considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones que requieren adecuaciones técnicas y organizacionales: implementación de procesos de sensibilización y planes de capacitación que faciliten la comunicación entre el personal de salud y las personas de pueblos indígenas, impulso a la creación de equipos interculturales, coordinación intersectorial e interdisciplinaria, contar con información de registro diferenciado por pueblo indígena, habilitación y mejoramiento de espacios, que en definitiva favorezcan la atención con pertinencia cultural, la integralidad y continuidad en el cuidado de la salud.

Adoptar medidas de enfoque intercultural o de transversalización en los programas de la red que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas aumentará las posibilidades de un sistema organizado y coordinado, con mayores estándares de pertinencia cultural en la atención de salud.

b. Población Migrante

La migración es una determinante social de la salud, pues tanto el estatus como la experiencia migratoria en sus diferentes etapas supone la exposición a riesgos psicosociales y ambientales que tienen una gran variabilidad según el estrato social de las personas migrantes. Existen diferentes barreras a la salud como derechos sociales que enfrentan las personas migrantes, especialmente a la atención, a la vivienda y trabajo adecuados, y a la no discriminación. El Ministerio de Salud ha diseñado y monitoreado una serie de normas que perfeccionan el acceso a la atención de salud de las personas migrantes en igualdad de condiciones que la población nacional, las que deben ser difundidas y aplicadas en todas las comunas del país.

Gobernanza

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común.

Intrasectorialidad

Es imprescindible la integración y complementariedad de la gestión de la SEREMI con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad, de especialidades y hospitalización. Lo anterior, ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrada para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

Intersectorialidad

Consiste en el trabajo coordinado y más aún, mancomunado¹² de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio (sector público, sector privado y sociedad civil), mediante intervenciones conjuntas, con objetivo compartido, destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población, desde el punto de vista de las determinantes sociales. Se expresan en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones y la generación de intervenciones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.

Enfoque Participación Social y Comunitaria.

La participación social en salud es una estrategia de habilitación de las personas y colectivos para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitario, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios ¹⁴ [], generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones.

Por su parte, desde las diversas literaturas especializadas, la participación social se entiende como el proceso de asociación de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, configurando progresivamente un tejido social que crean vínculos fuertes en el interior de las familias, las comunidades y entre asociaciones¹⁵¹⁶. Mientras que la participación ciudadana, se define como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública, en función de intereses sociales de carácter particular. En este caso, por ejemplo, entra la representación de las y los usuarios de los servicios de salud¹⁷.

Según el enfoque que proponen autoras como Esperanza González¹⁸ o la OCDE, los niveles de participación se sitúan en una estructura cuya escala se va haciendo más compleja a medida que cada participante avanza y va adquiriendo experiencia, autonomía y capacidad de liderazgo. A su vez que el ejercer la participación, implica un proceso en el cual cada individuo y grupo delimitan sus roles y sus acciones.

Dentro del marco normativo en Chile, destaca la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del año 2011¹⁹, donde se institucionaliza la participación ciudadana a nivel país. Para posteriormente, en la *“Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de los Sistemas de Salud”* del año 2015²⁰, entender la participación ciudadana como una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, orientada al ejercicio de sus derechos, y que se basa en la comunicación efectiva entre ambas partes, fortaleciendo la circulación de la información y el establecimiento de la escucha, consulta y control de las políticas públicas.

En este sentido, la finalidad de la participación en salud no es ayudar a la población a aceptar y asimilar estándares cualitativos y cuantitativos de las instituciones, sino más bien contribuir al conocimiento, reconocimiento y respeto hacia las necesidades y problemas de salud de los diversos grupos de la población, centrado en el autocuidado y etapa del curso de vida que viven, desde su propia conceptualización y entendimiento.

14 MINSAL, «En el camino al Centro de Salud Familiar». 2008, [En línea]. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>.

15 M. V. Estrada; E. Madrid-Malo; y L. Marina Gil, «La participación está en juego». UNICEF, 2000, [En línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/pdf/participacion.pdf>.

16 OECD, «Citizens as Partners - Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making». 2001, [En línea]. Disponible en: <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Citizens-as-Partners-OECD-Handbook.pdf>.

17 E. Gonzalez R., «Manual sobre participación y organización para la gestión local.» Cali: Foro Nacional por Colombia, 1995.

18 OECD, «Citizens as Partners - Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making». 2001, [En línea]. Disponible en: <https://www.internationalbudget.org/wp-content/uploads/Citizens-as-Partners-OECD-Handbook.pdf>.

19Ministerio Secretaría General de Gobierno, «Ley 20500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.» 2011, [En línea]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>.

20 Ministerio de Salud, «Resolución Exenta N° 31. Establece Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.» 2015.