

ANEXO 1

ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA

1.1. 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 a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

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 Pacientes



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

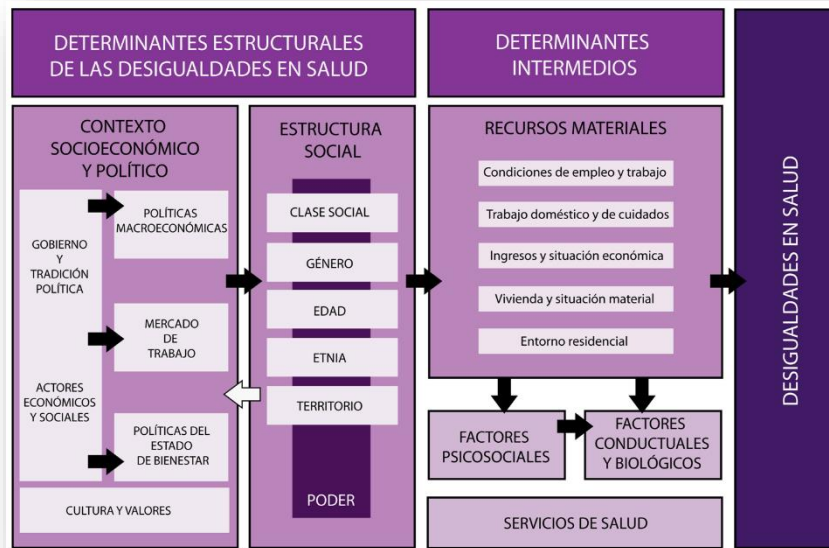
El reconocimiento de las limitaciones de la biomedicina, que sólo aborda los riesgos individuales de enfermar, fomentó que la Organización Mundial de la Salud, creara el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que el 2008 publicó el informe “Subsanar las desigualdades en una generación”, 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.

¹ Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

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

El enfoque de Determinantes Sociales clasifica los mismos en estructurales e intermediarios. Los primeros se refieren a los componentes de la posición social de las personas y los segundos son los determinantes que establecen las diferencias de vulnerabilidad de las personas: recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y servicios de salud (9).

Ilustración 2: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



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. 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.

1.3. Enfoque de Curso de Vida

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^{4 5}.

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 y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo⁶.

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 vida⁷. 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.

1.4. 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”⁸

³ Hareven, T., Adams K. Ageing and Life Course Transitions: An Interdisciplinary Perspective. Editorial Routledge 1982.

⁴ Barker DJ, Clark PM. Fetal undernutrition and disease in later life. Rev Reprod. 1997 May; 2(2):105-12.

⁵ Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. N Engl J Med. 2008 Jul 3; 359(1):61-73

⁶ Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008

⁷ 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.

⁸ World Health Organization. “Equity in Health Care”. Geneva, WHO, 1996

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

a) Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud⁹, 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 inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbimortalidad 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.

b) 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

⁹ “Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género” Washington DC.OPS 1999

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° 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 indígena¹⁰, establecer planes de mejoras para lograr un sistema de información y registro en pertenencia de pueblos indígena 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, 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 son los cuidados y tratamientos, seguido del significado que explica o da sentido a las

¹⁰ 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.

enfermedades en el contexto histórico y sociocultural, y finalmente 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 las personas 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”¹¹, se debe incorporar el enfoque intercultural en la planificación sanitaria para la mejora de los procesos de atención, en este sentido 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 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. 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, impulsando 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.

c) Población Migrante

La migración es una determinante social de la salud, pues tanto el estatus migratorio 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 derecho social 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

¹¹ Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud, 2006.

migrantes en igualdad de condiciones que la población nacional, las que deben ser difundidas y aplicadas en todas las comunas del país.

1.5. 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.

a) 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.

b) 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 expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, 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.

¹² Mancomunidad: se comparte la ejecución de las decisiones, la información y los recursos