



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

Congruencias e incongruencias entre bases teóricas y relaciones interprofesionales definidas en el modelo de atención de salud integral con lo establecido en los programas de salud entre 2013 y 2021.

Karen Aileen Domínguez Cancino

Tesis para optar al grado de
Doctora en Salud Pública

Directora de Tesis: Dra. Soledad Martínez

Co-director de Tesis: Dr. Roberto Fernández

Santiago, marzo 2022.

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**INFORME DE APROBACIÓN
TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Doctorado en Salud Pública presentada por la candidata

D. KAREN AILEEN DOMÍNGUEZ CANCINO

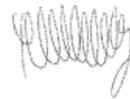
ha sido aprobada con nota 6,3 (en la escala de 1 a 7), por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de **DOCTOR EN SALUD PÚBLICA** en Examen de Defensa de Tesis rendido el día 16 de marzo de 2022.

DIRECTORA DE TESIS



Prof. Soledad Martínez

CODIRECTOR DE TESIS



Prof. Roberto Fernández

COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS



Prof. Oscar Arteaga Herrera



Prof. Andrés Gómez Seguel



Prof. Lorena Rodríguez Osiac



INDICE

.....	2
Capítulo I: RESUMEN EJECUTIVO.....	4
Capítulo II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
Sección 1.01 COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	7
(a) <i>Definición de Trabajo colaborativo</i>	9
(b) <i>Iniciativas a nivel mundial: introducción de políticas</i>	14
(c) <i>Evidencia del impacto del trabajo colaborativo en la salud de la población</i>	16
(d) <i>Factores que influyen en la colaboración interprofesional</i>	21
(e) <i>Marco de análisis de la colaboración interprofesional</i>	29
Sección 1.02 MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE: MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO Y EL GIRO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES	38
(a) <i>Atención primaria en Chile</i>	38
(b) <i>Modelo de atención primaria en Chile</i>	39
Sección 1.03 COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL E INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA DE APS EN CHILE	68
Capítulo III: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, SUPUESTOS Y OBJETIVOS	74
Sección 1.04 Pregunta de investigación	74
Sección 1.05 Supuesto.....	74
Sección 1.06 Objetivos.....	74
(a) <i>General</i>	74
(b) <i>Específicos</i>	74
Capítulo IV: DISEÑO METODOLOGICO.....	76
Sección 1.07 Diseño de estudio.....	76
Sección 1.08 Diseño Muestral.....	76
Sección 1.09 Estrategia de producción de datos	77
Sección 1.10 Análisis de datos	78
Sección 1.11 Temas directrices	79
Sección 1.12 Criterios de rigor.....	80
• <i>Credibilidad</i> :.....	80
• <i>Transferibilidad</i>	81
• <i>Seguridad/auditabilidad</i>	81

•	<i>Confirmabilidad:</i>	81
	Sección 1.13 Aspectos éticos	82
	Capítulo V: RESULTADOS	84
	Sección 1.14 Construcción teórica del modelo de atención integral de salud a través del tiempo.....	85
	Sección 1.15 Relaciones interprofesionales y bases teóricas del Modelo de Atención integral en salud en los programas de salud.....	94
	(a) <i>Primera categoría: relaciones interprofesionales según enfoque teórico</i>	96
	(b) <i>Segunda categoría: relaciones interprofesionales según principios del modelo</i>	112
	(c) <i>Tercera categoría: relaciones interprofesionales base enfoque mixto</i>	118
	(d) <i>Cuarta categoría: otras formas de generar relaciones interprofesionales</i>	122
	(e) <i>Quinta categoría: administración del trabajo</i>	127
	(f) <i>Sexta categoría: elementos relacionados a la colaboración interprofesional</i>	139
	Capítulo VI: INTEGRACIÓN Y DISCUSIÓN	148
	Sección 1.16 Modelo de atención integral de salud	148
	Sección 1.17 Relaciones interprofesionales en los programas de salud: enfoques y principios.....	150
	Sección 1.18 Otras formas de desarrollar relaciones interprofesionales	154
	Sección 1.19 Elementos que influyen en la colaboración interprofesional	154
	Sección 1.20 Lineamientos generales para el trabajo del profesional en la APS	157
	Sección 1.21 Congruencias e incongruencias entre las bases teóricas del modelo de atención de salud integral y las relaciones interprofesionales configuradas en los programas de salud	158
	Capítulo VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	168
	Capítulo VIII: REFERENCIAS	172
	Capítulo IX: ANEXO 1: ETAPAS DEL CAMBIO PARA PASAR A CENTRO DE SALUD FAMILIAR	188
	Capítulo X: DOCUMENTOS ANALIZADOS, EXTRACCIÓN DE DATOS Y DOCUMENTOS DE APROBACIÓN DE PROYECTO POR COMITÉ DE ÉTICA.	192
	Capítulo XI: LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL TRABAJO DEL PROFESIONAL EN LA APS	193

Capítulo I: RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad los sistemas de salud a nivel internacional se encuentran presionados por requerimientos crecientes de la población, por lo que han tenido que buscar soluciones fuera de los límites tradicionales(1,2). En este contexto, se ha reconocido a la colaboración interprofesional como una acción integrada que podría facilitar la resolución de los problemas del sistema.

La colaboración interprofesional ha sido identificada como una forma de interacción caracterizada por tener metas, responsabilidades y valores en común, compartir el poder y tomar decisiones en conjunto, conocer y respetar los roles de cada uno, mantener una comunicación efectiva, ser interdependientes y tener una identidad compartida(3–6).

La colaboración se ha asociado a beneficios para los pacientes, comunidades y equipo de salud(2,3,7–11). Desde la mirada de política pública algunos países han introducido intervenciones puntuales, mientras que otros han llevado a cabo amplias reformas en aspectos como financiamiento, regulación profesional y remuneración(12). Sin embargo, la evidencia respecto al impacto real de las intervenciones en los resultados de salud es poco clara(12).

En 1993 Chile inició un proceso de reforma del primer nivel de atención con un cambio de paradigma que sentó las bases del actual un modelo de atención(13) acompañándose de cambios estructurales y organizacionales. Las diferentes publicaciones respecto a la construcción e implementación del Modelo de atención a través del tiempo han puesto énfasis en el establecimiento de relaciones al interior del equipo que concuerdan con el concepto de colaboración interprofesional(3–6).

A pesar de lo anteriormente señalado, se ha identificado la existencia de incongruencias entre los lineamientos teóricos y operativos entregados a los profesionales a través de documentos de política pública(14). Autores han señalado que las estructuras de poder, de tipo legales, políticas y económicas pueden retrasar e incluso obstruir el avance de los modelos de colaboración interprofesional(15).

De esta manera, se planteó analizar el contenido de la política pública en APS para comprender cuáles son las congruencias e incongruencias entre las bases teóricas y las relaciones interprofesionales definidas en el Modelo de Atención de Salud Integral con lo establecido en los programas de salud entre 2013 y 2021. Para esto se llevó a cabo un análisis documental utilizando el análisis de contenido de los documentos que construyen el MAIS y los programas de salud actualizados entre los años 2013 y 2021.

La descripción del MAIS permitió revisar su construcción y evolución en el tiempo reconociendo en su composición teórica siete enfoques, diez principios y dos elementos estructurantes. Por otra parte, el análisis de los 19 programas incluidos permitió identificar ocho categorías que muestran las relaciones interprofesionales configuradas considerando las bases teóricas del MAIS, a saber: 1) relaciones interprofesionales según enfoque teórico, 2) relaciones interprofesionales según principios del modelo, 3) relaciones interprofesionales de base enfoque mixto 4) otras formas de generar relaciones interprofesionales, 5) administración del trabajo, 6) elementos relacionados a la colaboración interprofesional, 7) relaciones estructurales según principios del modelo y, 8) orientaciones al equipo.

Se identificó que el trabajo con familias y comunidad son transmitidos de manera congruente a los lineamientos operativos, y que los indicadores y la programación en salud generan incongruencias entre los niveles político y operativo. De esta forma, se observa la promoción del trabajo con la familia y comunidad a través de la colaboración profesional, sin embargo, la organización de actividad asistencial indica que el tiempo destinado para aquello es reducido en términos comparativos con actividades realizadas de manera uniprofesional al interior del box.

De manera adicional, se observó la existencia de congruencias e incongruencias en uno de los dos ejes de la relación establecida, por una parte, la transferencia de las bases teóricas del modelo y por otra la transferencia de la colaboración interprofesional desde el nivel político al nivel operativo. Dentro de estos hallazgos, destaca la complejidad de modelo de atención en términos teóricos lo que limita la transferencia de ciertos elementos a los lineamientos programáticos para los profesionales. Por otra

parte, se observó en los programas elementos que favorecen el desarrollo de colaboración interprofesional destacando los roles definidos y los espacios de intercambio entre profesionales.

Esta investigación permitió analizar la situación actual en términos normativos que muestran la relación entre los lineamientos políticos y operativos relacionando las bases teóricas del MAIS y las relaciones interprofesionales configuradas. Se reconoce la necesidad de generar investigaciones para profundizar en dicho fenómeno además de introducir intervenciones que promuevan la colaboración interprofesional desde el diseño de políticas pública, el trabajo en los equipos de salud y la formación profesional.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El marco teórico de esta tesis está compuesto por tres capítulos: El **capítulo I** se analiza el concepto de colaboración interprofesional, las políticas internacionales en relación con el tema, el efecto del trabajo en equipo colaborativo en indicadores de proceso y resultado y los modelos existentes para no sólo comprender el fenómeno sino también favorecer su análisis dentro de las organizaciones y trabajar en él. El **capítulo II** aborda la estructuración de nuestro sistema de salud y el lugar que ocupa la atención primaria en él, se realiza un análisis histórico de la construcción de lo que conocemos como Modelo de atención integral familiar y comunitario en la actualidad a través de la revisión de los documentos oficiales publicados por las autoridades de salud y el funcionamiento actual del equipo de salud en atención primaria, además del marco legal que lo rige. El **capítulo III** analiza los lineamientos teóricos del modelo de atención actual y como este se ve reflejado en los programas de salud que orientan las actividades asistenciales de los profesionales de APS, además se revisa la importancia que tienen los instrumentos de política pública en la determinación del comportamiento de las personas a los que va dirigido, haciendo hincapié en la importancia de contar con instrumentos que en su conjunto entreguen mensajes consistentes sobre todo en un contexto de difusión de innovación.

Sección 1.01 COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

En la actualidad los sistemas de salud a nivel internacional se encuentran presionados por requerimientos crecientes de la población teniendo que buscar soluciones fuera de los límites tradicionales(1,2). A través del tiempo se ha discutido la necesidad de reformar el sistema de salud poniendo en el centro a la Atención Primaria en Salud (APS) reconociéndola como el espacio que puede promover la equidad en el acceso, los servicios efectivos, continuos e integrales, el manejo

eficiente de recursos, teniendo la capacidad de dar respuesta a la población y abordar de manera efectiva los casos complejos en términos biopsicosociales(16,17).

Estudios que datan de 1987 declaran la importancia que daban las entidades gubernamentales al trabajo en equipo en Atención Primaria (AP) indicando que la prestación eficiente dependía de la cooperación entre diferentes profesionales y grupos ocupacionales(18).

En este contexto, se apunta a la colaboración interprofesional como una acción integrada que podría facilitar la resolución de los problemas del sistema enfrentando desafíos derivados de los cambios epidemiológicos, en especial las enfermedades crónicas, dando énfasis a aquellas en las cuales la trayectoria es incierta o compleja(1,3,19). Lo anterior, a través de la consideración de los determinantes sociales de la salud en la aproximación al paciente, familias y comunidades, disminuyendo a su vez los costos derivados de la atención de las especialidades médicas y el avance tecnológico(1,16).

Múltiples artículos en la actualidad señalan que el trabajo en equipo y la colaboración interprofesional serían estrategias para organizar de manera efectiva los servicios de salud, requiriendo la integración de diferentes perspectivas de variados profesionales(20). Se indica que esta forma de organización del trabajo permite abordar las necesidades de salud de la población a través de la creación de opciones de cuidado comprehensivas, aumentando la calidad y seguridad del cuidado, continuidad, coordinación, y mejorando los resultados en salud(12).

Sin embargo, tal como señala D'Amour (2008) la colaboración interprofesional requiere integrar nuevas estructuras y prácticas. Poner al centro la colaboración implica una nueva división del trabajo en salud en los diferentes niveles de atención, aumentando la carga de actividades de colaboración y coordinación en comparación con las realizadas sin ella(17). Por lo que, la implementación de la colaboración interprofesional requiere modificaciones estructurales profundas para lograr su cometido.

(a) Definición de Trabajo colaborativo.

En uno de los primeros estudios publicados respecto al tema del trabajo en equipo y colaboración se distinguen 5 niveles de interacción(18):

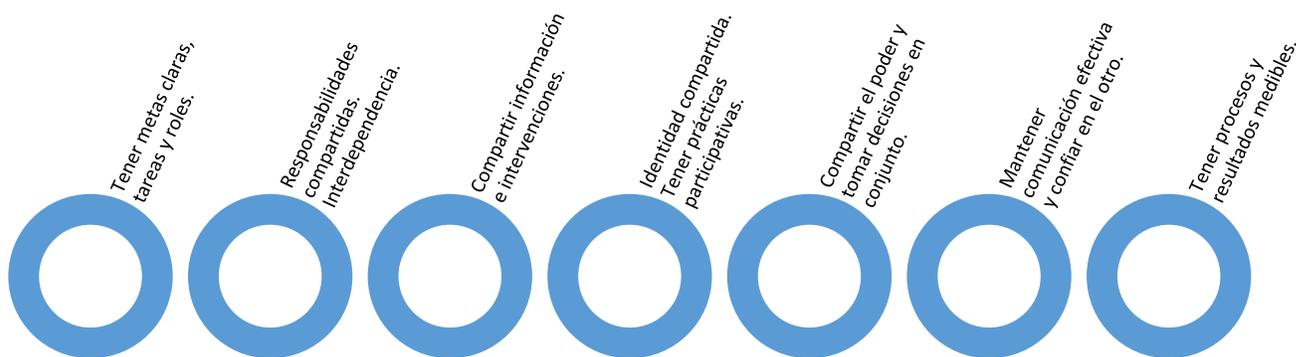
- *“Aislamiento: miembros que nunca se ven, hablan o se escriben.*
- *Encuentro: miembros que se encuentran o se corresponden a otros, pero no interactúan de manera significativa.*
- *Comunicación: miembros que se encuentran o se corresponden entre ellos, incluyendo la transferencia de información.*
- *Colaboración entre 2 agentes: miembros que actúan con esa información de manera empática, participan como compañeros de trabajo y orientan a los mismos objetivos en la misma organización.*
- *Colaboración que atraviesa la organización: organización en la cual los miembros trabajan completamente integrados”.*

En este estudio la mayoría de las interacciones estuvieron situadas en el nivel tres, en el que comparten comunicación significativa para el manejo del paciente(18). Sin embargo, los resultados de la época estuvieron influidos por la razón profesional/población y la relación entre profesionales y la distancia en términos de espacio físico(18).

Distanciándonos temporalmente del estudio anterior, durante las últimas dos décadas la práctica o colaboración interprofesional se ha transformado en sinónimo de trabajo en equipo(20), aunque se indica que existen interacciones que pueden tomar varias formas siendo una de ellas la colaboración (3). La mayor parte de los autores concuerdan en que, la colaboración interprofesional involucra compartir información e intervenciones, tener metas, responsabilidades y valores en común, abolir las jerarquías, compartir el poder y toma decisiones en conjunto, conocer y respetar los roles de cada uno, mantener comunicación efectiva y confiar en el otro, ser interdependientes, tener procesos y resultados

medibles, y tener una identidad compartida(3–6,21). Matuda (2018) destaca que la colaboración está relacionada al cuidado integral, con prácticas participativas, relaciones mutuas y recíprocas entre personas, lo que implica constante comunicación y toma de decisiones conjunta, actuando sinérgicamente con el usuario y la comunidad(16).

Figura 1: Elementos clave de la colaboración interprofesional



Fuente: Elaboración propia

La colaboración se puede desarrollar en equipos que reúnen a diferentes profesionales (colaboración interprofesional) o a diferentes disciplinas (colaboración interdisciplinaria), identificadas como distintas áreas del saber, las que se pueden extender a no profesionales.

Por otra parte, el trabajo multidisciplinario, estaría caracterizado por una coordinación de acciones que considera la evaluación independiente del paciente y el tratamiento con información mínima compartida, por lo que las relaciones serían menos intensas(3–6).

Es importante diferenciar los conceptos de multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria los que originalmente fueron desarrollados desde la investigación(22,23) y han sido trasladados a ámbitos de

ciencias aplicadas como educación y salud(24–26). Con un gradiente que va de menor a mayor en términos de fuerzas de interacción, se observan diferentes formas de trabajo en equipo que pueden estar presentes en una misma organización en un momento determinado y que se diferencian especialmente por el grado de solidez/porosidad de los límites disciplinares, que van desde perspectivas independientes y límites sólidos en la multidisciplina a la configuración de una mirada común que traspasa las perspectivas disciplinares conformando un marco referencial completamente nuevo para la comprensión de los fenómenos en la transdisciplina(24,25). Dado lo anterior, los roles pasan de completamente independientes en los equipos multidisciplinarios a ser comunes en los equipos transdisciplinarios dado que se cuenta con un conocimiento de base común que promueve el accionar del profesional y que permite tomar la responsabilidad del paciente como un todo y no de acuerdo a un área disciplinar en particular(24,25). En la tabla 1 se presentan las características principales de cada concepto, relevando sus diferencias(24,25).

Tabla 1: Comparación de equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios

Dominio	Multidisciplinar	Interdisciplinar	Transdisciplinar
Definición	Trabajo realizado en paralelo o de manera secuencial desde marcos disciplinares específicos para acercarse a un problema común	Trabajo conjunto, pero desde perspectivas disciplinares individuales para acercarse a un problema común.	Trabajo conjunto utilizando un marco de referencia compartido que involucra conceptos, teorías y aproximaciones desde múltiples disciplinas
Roles	Cada miembro del equipo trabaja de manera independiente con el paciente. El trabajo clínico desde disciplinas específicas con mínima superposición. Comunicación vertical dentro del equipo.	Roles bien definidos; comunicación entre disciplinas frecuente. Cada miembro tiene el mismo valor y el liderazgo es compartido. Comunicación lateral dentro del equipo.	Trabajo que cruza los límites disciplinares. Cada miembro del equipo toma responsabilidad del paciente como un todo. Modalidades específicas que no son una propiedad de una disciplina en particular. Miembros del equipo se liberan de los estereotipos y del lenguaje disciplinar específicos.
Valoración	Cada profesional realiza su propia valoración disciplinar.	Cada profesional realiza su propia valoración disciplinar.	Valoraciones realizadas en un formato colaborativo.
Metas	Metas establecidas de acuerdo con las disciplinas específicas.	Desarrollo de metas comunes. Los miembros pueden sugerir metas y modalidades que son representados por otras disciplinas.	Prioridades colaborativas centradas en el paciente se encuentran integradas.
Fortalezas	Roles de cada miembro están claramente definidos.	Roles de cada miembro están claramente definidos.	Mayor participación en equipo y aprendizaje mutuo. Previene de fragmentación a través de las líneas disciplinares. Provee de un mejor flujo de

			comunicación y de mayores niveles de flexibilidad para las intervenciones de tratamiento.
Debilidades	Puede presentarse expectativas y metas diferentes o contradictorias entre varios miembros del equipo.	Se requiere que el equipo se comunique de forma abierta, flexible y colaborativamente para negociar prioridades, conflictos en los roles y en las decisiones de tratamiento.	Se requiere de tiempo adicional para la coordinación del equipo lo que puede aumentar los costos en salud. Las habilidades y expertise especializada pueden no ser completamente utilizadas. Pueden ocurrir conflictos respecto a como se comparten las responsabilidades. Existe limitada educación y preparación/exposición profesional para este enfoque.

Fuente: Adaptada de Gordon et al. (2013) A Transdisciplinary Team Approach to Pain Management in Inpatient Health Care Settings.

Es importante agregar que dentro de las interacciones establecidas en los equipos transdisciplinarios no existen jerarquías, ningún miembro es reconocido como experto y no se refieren entre sí de acuerdo a los cargos desempeñados en las organizaciones de forma tradicional o de acuerdo a la profesión original, todos los participantes comparten el trabajo, las habilidades y el conocimiento, eliminando la definición de roles. En el caso de los equipos interdisciplinarios todos los miembros comparten el conocimiento, habilidades y responsabilidades, sin embargo, cada miembro del equipo opera desde su perspectiva disciplinar. Por último, en el caso de los equipos multidisciplinarios cada miembro persigue su agenda personal, generando intervenciones desde la propia perspectiva disciplinar.

Por otra parte, en el caso de la definición de trabajo en equipo, existiría un menor acuerdo en su conceptualización a pesar de ser uno de los términos más utilizados. Para algunos autores el trabajo en equipo sería el espacio donde se desarrollan las prácticas colaborativas, mientras que otros indican que el trabajo en equipo colaborativo sería el máximo punto de integración, con relaciones que denotan alta intensidad(3,5,6).

Reeves et al., (2010, 2018) han propuesto un enfoque "contingente" más matizado, donde el diseño de los equipos se adapta a los fines clínicos de este(21), como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2: Tipos de interacción interprofesional (Reeves, et al.)

	Metas claras, tareas y roles	Responsabilidad compartida	Interdependencia de los miembros	Integración del trabajo	Identidad compartida	Tareas del equipo
Trabajo en equipo	+	+	+	+	+	Impredecible, urgente, compleja.
Colaboración	+	+	+			Más predecible, menos urgente, compleja.
Coordinación	+	+				Más predecibles, menos urgente, menos compleja
Knotwork	+	+	+(temporal)			Impredecible, menos urgente, menos compleja
Network	+(Temporal)			+(ocasional)	+(ocasional)	Predecible, no compleja, no urgente

Fuente: Petit dit Dariel O, Cristofalo P. (2018). A meta-ethnographic review of interprofessional teamwork in hospitals: what it is and why it doesn't happen more often.

Tanto Salas como Reeves citados por Petit(21), no incluyen en el trabajo en equipo la toma de decisiones. Por otra parte, Reeves (2010) y Finn (2010) han sido críticos con la generalización del trabajo colaborativo en equipo indicando que este concepto no se adecuaría a todas las áreas de trabajo del sistema de salud(21).

En particular, se ha señalado que el equipo de AP sería un grupo basado en prácticas colaborativas, definiéndola como *“la atención provista por un grupo intencionalmente creado, compuesta por grupos de trabajo pequeños que son reconocidos por otros y por ellos mismos como poseedores de una identidad colectiva y responsabilidades compartidas respecto de un paciente o grupo de pacientes”*(27).

D'Amour agrega que *“el interprofesionalismo en la atención médica es un proceso mediante el cual profesionales de diferentes disciplinas colaboran para brindar un enfoque integrado y cohesivo de la atención al paciente”*(3).

Considerando los conceptos antes presentados, en esta tesis se abordará la colaboración interprofesional principalmente por contar con literatura que define más claramente sus componentes y aplicación en términos comparativos con otros conceptos.

Por otra parte, en relación a la composición de los equipos de AP, estudios muestran una gran variabilidad entre países determinada principalmente por la forma en que se organiza el sistema de salud(12). Dado lo anterior, existen estudios que se centran en la colaboración sólo entre médico/a-enfermera/o, mientras otros incluyen a médico/a, enfermera/o (de práctica, registradas/os, de práctica avanzada, comunitarias, educadoras/es), auxiliar de enfermería, partería, agente comunitario, equipo de salud bucal, núcleo de apoyo de salud familiar, asistentes sociales, farmacéuticos/as, fisioterapeutas, fonoaudiólogos/as, médico/a acupunturista, médico/a geriatra, ginecólogo/a, médico/a homeópata, médico/a internista, pediatra, psiquiatra, médico/a de trabajo, médico/a veterinario, educador, profesionales de educación física, salubrista, nutricionista, terapeutas del habla y terapeutas ocupacionales(12,16,20,28).

Matuda destaca la reflexión de Oandasan (2004) acerca del cambio de paradigma en las interacciones tradicionales al indicar que *“nuevas configuraciones de trabajo vienen siendo propuestas, propiciando la reflexión sobre las características del proceso de interacción entre los profesionales de los equipos y aspectos que interfieren en el trabajo cooperado. Esta comprensión es importante para proporcionar subsidios en el campo de la planificación y gestión de los servicios de salud”*(16). Por lo que la reflexión sobre las interacciones establecidas entre los/as miembros del equipo de AP, y la identificación de facilitadores y barreras son cruciales para la justificación de futuros arreglos estructurales, organizacionales y de financiamiento.

(b) Iniciativas a nivel mundial: introducción de políticas

El informe Health at a Glance: Europe 2016, identifica que los equipos de colaboración interprofesional en AP son la norma en 15 países de la Unión Europea y en otros 13 existe la tendencia al aumento de este tipo de prácticas(12).

Los/las formuladores/as de políticas en países como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda han llevado a cabo intervenciones en términos políticos para promover la

colaboración interprofesional en la AP enfocándose principalmente en el abordaje de las enfermedades crónicas y el envejecimiento(1,3,29,30).

En Reino Unido, los equipos de atención multidisciplinarios son parte integral del plan de atención personalizado desarrollado por el Departamento de Salud orientado a abordar el envejecimiento(29). El gobierno introdujo nuevas estructuras, organización y recursos económicos en el Servicio Nacional de Salud incluyendo: contratos de servicios farmacéuticos locales y la instalación del Marco de calidad y resultados que consta de una serie de incentivos para el logro de objetivos específicos(12). De manera similar, en Estados Unidos los equipos de colaboración interprofesional de AP son un componente clave de los Hogares de cuidado centrados en el paciente(29). Canadá ha implementado diversos enfoques, incluyendo reformas políticas en aspectos como financiamiento, regulación profesional y remuneración para alentar a los médicos/as de AP a reestructurar las prácticas individuales hacia la atención interprofesional, además de la creación de redes de profesionales de diferentes disciplinas que se reúnen colectivamente. En 2002 se estableció un fondo de transición de APS que financió iniciativas a nivel provincial destinadas a aumentar la colaboración interprofesional como la introducción de Equipos de Salud Familiar en Ontario, Redes de Atención Primaria en Alberta, Grupos de Medicina Familiar en Quebec y varias iniciativas locales en Nueva Escocia(12). Además, Canadá cuenta con un marco nacional de competencias interprofesionales desarrollado por la corporación canadiense de colaboración interprofesional en Salud (Canadian Interprofessional Health Collaborative)(29).

En Australia, el gobierno ha tenido como foco abordar la escasez de fuerza laboral y mejorar la coordinación de la atención a largo plazo, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas(12). Dentro de las iniciativas llevadas a cabo destacan: los incentivos de financiamiento para aumentar el empleo de enfermeras/os generalistas y enfermeras/os de salud mental en AP, otros fondos para arreglos de equipos de atención, el programa compartir el cuidado en salud para fomentar la atención multidisciplinaria centrada en el paciente, el programa de atención primaria mejorada y la revisión de medicación en el hogar con participación de farmacéuticos/as de la AP(12).

La Estrategia de AP de salud de Nueva Zelanda del año 2001 fomentó un mayor trabajo en equipo en AP y apoyó un papel más amplio para las enfermeras/os de práctica(12).

En el caso particular de los arreglos financieros, varios estudios cualitativos indican que estos son importantes para el desarrollo de los equipos(12). La ausencia de financiamiento o remuneraciones adecuadas se reconocieron como una barrera para el desarrollo del trabajo colaborativo(12). Estudios canadienses sugieren que la mancomunación de fondos en el equipo con pagos uniformes de remuneración entre los proveedores apoya la colaboración, mientras que el pago por servicio médico/a era menos efectivo(12). De forma similar, en Nueva Zelanda, se observó que los pagos por servicio eran problemáticos, en este contexto se prefirieron modelos de capitación basados en la población y las remuneraciones a los proveedores(12).

A pesar de la introducción de estas intervenciones, todavía se percibe que en términos de política general y posición de organismos oficiales, existe una influencia negativa de las dinámicas de poder profesional en el trabajo en equipo, la colaboración e integración(12).

(c) Evidencia del impacto del trabajo colaborativo en la salud de la población

Estudios señalan que el trabajo colaborativo tiene amplios beneficios tanto para el equipo de salud como para los/as pacientes. Entre ellos se destaca el aumento de la efectividad en la prestación de servicios(2,3,7) y de la seguridad del paciente(7-9), aumento del bienestar laboral y autonomía profesional(3,10,11), incremento de la satisfacción laboral, del reclutamiento y retención de los/as profesionales de AP(6). A pesar de lo anterior, existen autores que señalan la dificultad existente en la generalización de estos hallazgos lo que se explica por la variabilidad en la definición del concepto y la aplicación de diversos métodos en su medición, poniendo en tela de juicio el real beneficio del trabajo colaborativo en los resultados de salud(8,10-12,28).

En la revisión de Wranik et al., (2019) se observó que la inclusión de nuevos tipos de proveedores como farmacéuticos/as, enfermeras/os generalistas y enfermeros/as practicantes, se asoció con mejores

marcadores de salud(12). Por otra parte, la adición de proveedores de AP en salud mental mejoró las medidas para el abordaje de la depresión. El estado de salud autoevaluado mejoró con los equipos ampliados, al igual que la capacidad de los/as pacientes adultos/as mayores de permanecer en sus hogares, disminuyendo las visitas a la sala de emergencias. Sin embargo, varios estudios no detectaron cambios en resultados de salud específicos (niveles de glicemia, estado funcional y medidas de calidad de vida)(12).

Los nuevos modelos de AP en Canadá tuvieron resultados mixtos, siendo favorables en el caso de medidas de salud física, prevalencia de síntomas depresivos, estrés relacionado con diabetes, y bienestar informado por los/as pacientes(12). Las intervenciones provinciales se asociaron a una reducción de visitas evitables en salas de emergencia en pacientes diabéticos y en otros grupos, reducción de hospitalizaciones, estancia hospitalaria e ingresos hospitalarios(12).

Hustoft et al., evaluó las asociaciones entre el funcionamiento del equipo, los beneficios informados por los/as pacientes y la continuidad de la atención en centros de rehabilitación física. Se aplicó una encuesta que midió la relación de coordinación en comunicación y relaciones, el impacto en la rehabilitación en general (beneficio global de rehabilitación, beneficio físico, en salud mental, participación social y desarrollo de actividades de la vida diaria) y en la continuidad del cuidado en un grupo de 984 pacientes y profesionales de la salud en 15 equipos de siete centros de rehabilitación en noruega(31). El mayor beneficio observado fue en la relación de coordinación de comunicación para la realización de actividades de la vida diaria ($p=0,044$); la relación entre comunicación y beneficio de salud mental estuvo en el límite de significancia ($p=0,053$); las demás relaciones fueron positivas, pero no lograron significancia estadística(31). En el caso de la continuidad del cuidado los puntajes se relacionaron de manera negativa en la relación de coordinación de comunicación en las preguntas sobre si el profesional conocía al paciente ($p=0,008$) para el resultado beneficio global de rehabilitación, y la pregunta “muestra compromiso” ($p=0,011$) para el resultado físico; además, se observó una relación negativa en la percepción de comunicación entre los centros de tratamiento y los médicos/as generales

municipales ($p=0,03$)(31). Al igual que en la coordinación de comunicación, los puntajes en la coordinación de relaciones se asociaron de manera negativa en la pregunta si el profesional conocía al paciente para resultados de rehabilitación global ($p=0,004$) y “muestra compromiso” ($p=0,004$) para resultados físicos. Sólo se observó una relación positiva en el caso de la coordinación de relaciones en el resultado de salud mental ($p=0,024$)(31).

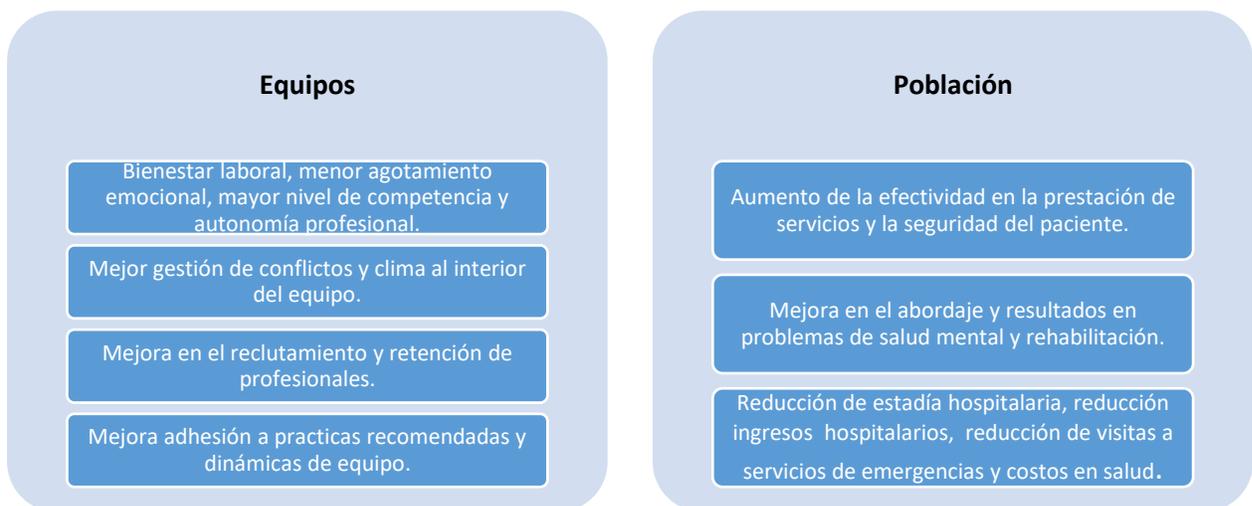
Pinto et al., (2019) examina la implementación de proveedores de servicios de VIH en AP, tratamiento ambulatorio y programas de prevención en Nueva York. Se analizaron los efectos de la colaboración interprofesional y la capacitación en el trabajo, sobre la frecuencia de los vínculos con las pruebas de VIH, la atención del paciente con VIH en AP y la psicoeducación de profilaxis pre-exposición (PrEP). La muestra incluyó a 285 proveedores de servicios sociales y de salud pública en 34 agencias(32), como predictores se consideró la colaboración interprofesional y el entrenamiento para generar vínculos. La colaboración interprofesional fue definida como *“cuando los proveedores de diferentes disciplinas y roles de trabajo, que trabajan en múltiples entornos de servicio, intercambian conocimientos y recursos para ayudar a los pacientes a encontrar los servicios necesarios”*. Para su medición utilizaron el índice de Bronstein que cuenta con un Alpha Cronbach de 0,84 y se compone de 49 ítems expuestos como afirmaciones con posibles respuestas que iban desde fuertemente de acuerdo a fuertemente en desacuerdo, en cinco dominios (interdependencia, flexibilidad, propiedad colectiva de objetivos, actividades profesionales recién creadas y reflexión sobre el proceso)(32). Como variables resultado se incluyó: el compromiso en la continuidad del cuidado la que fue operacionalizada considerando los vínculos establecidos entre los diferentes proveedores para realizarse el test de VIH o para atenderse en la AP y la educación realizada sobre terapia de profilaxis pre-exposición(PrEP)(32); otras variables incluidas fueron: contexto de trabajo (posición en el trabajo, carga y satisfacción laboral), demográficas (edad, etnicidad, raza, género, educación, conocimiento de VIH), tamaño y capacidad de la agencia (presupuestos y número de trabajadores)(32). Después de ajustar por entrenamiento para generar vínculos, así como ciertas covariables (datos demográficos, contexto del

trabajo y características de la agencia) se observó que una mayor colaboración interprofesional se asoció significativamente con mayores niveles de participación del proveedor en la atención continua, específicamente con frecuencias más altas de enlaces a pruebas de VIH y atenciones por VIH en la AP, y psicoeducación de PrEP(32). Ningún dominio específico del instrumento se relacionaba más fuertemente con ninguno de los tres resultados. En comparación con agencias pequeñas (menos de \$ 1M de presupuesto), los proveedores de agencias con presupuestos de tamaño medio (\$ 1M a \$ 5M) se relacionaron de forma negativa con la colaboración interprofesional; los proveedores con conocimientos de prevención del VIH basados en el plan de estudios obtuvieron puntajes de colaboración interprofesional más altos en comparación con los proveedores sin conocimiento de VIH, así también, aquellos que se identificaron como supervisores/administradores tuvieron puntajes de colaboración interprofesional más altos en comparación con el personal de servicio directo(32). El modelo final obtenido señala que la colaboración interprofesional influye de manera indirecta en los resultados finales, existiendo una relación moderada estadísticamente significativa entre colaboración interprofesional y compromiso con la continuidad del cuidado, lo que lleva, en conjunto con el entrenamiento del personal y otras covariables, a mayores vínculos con las pruebas de VIH, la atención del paciente con VIH en AP y la psicoeducación de profilaxis PrEP.

Reeves et al., (2017) actualiza la revisión de la Colaboración Cochrane(33) realizada por Zwarenstein et al., en el año 2009(8) donde evalúa intervenciones diseñadas para mejorar el trabajo colaborativo. Se consideraron ensayos individuales o grupales desde el año 2007 al 2015(33), incluyendo nueve estudios en total (6540 participantes); seis ensayos aleatorios grupales y tres ensayos aleatorios individuales provenientes de países de altos ingresos en los diferentes niveles de atención con un seguimiento de hasta 12 meses(33). Se evaluaron las siguientes prácticas de tipo colaborativas: actividades interprofesionales facilitadas externamente, rondas interprofesionales, reuniones interprofesionales y listas de verificación interprofesionales, con la atención habitual(33). La mayor parte de los estudios fueron considerados de baja o muy baja calidad utilizando la metodología

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)(33). Se indica que la adherencia de los/as profesionales de salud a las prácticas recomendadas puede mejorar ligeramente con actividades interprofesionales facilitadas externamente o reuniones interprofesionales, además de mejorar las dinámicas internas de los equipos. Dentro de la revisión se destaca el estudio de Deneckere et al., (2013) el que informó mejoras en los siguientes resultados: gestión de conflictos, clima de equipo para la innovación y nivel de atención organizada; además, el grupo de intervención obtuvo una puntuación más baja en el agotamiento emocional y un nivel de competencia más alto(33). Por otra parte, en el caso de resultados de salud, Strasser et al., (2008) informó una diferencia entre los grupos de intervención y control, con cambios desde el ingreso hasta el alta de paciente en el componente de habilidades motoras medido a través de una escala de Independencia Funcional(33). Curley et al., (1998) encontró diferencias en el tiempo de estadía y costos para los/as pacientes tratados por un grupo interdisciplinario en comparación con un grupo de atención tradicional. Se observó que la duración media de la estancia para los/as pacientes con y sin rondas interdisciplinarias fue de 5,46 v/s 6,06 días ($p=0,006$) y con un costo total promedio de USD 6681 v/s USD 8090 ($p=0,002$), respectivamente(33). Se observó mejores resultados clínicos en algunos estudios, como aumento de las habilidades motoras en pacientes con accidente cerebrovascular.

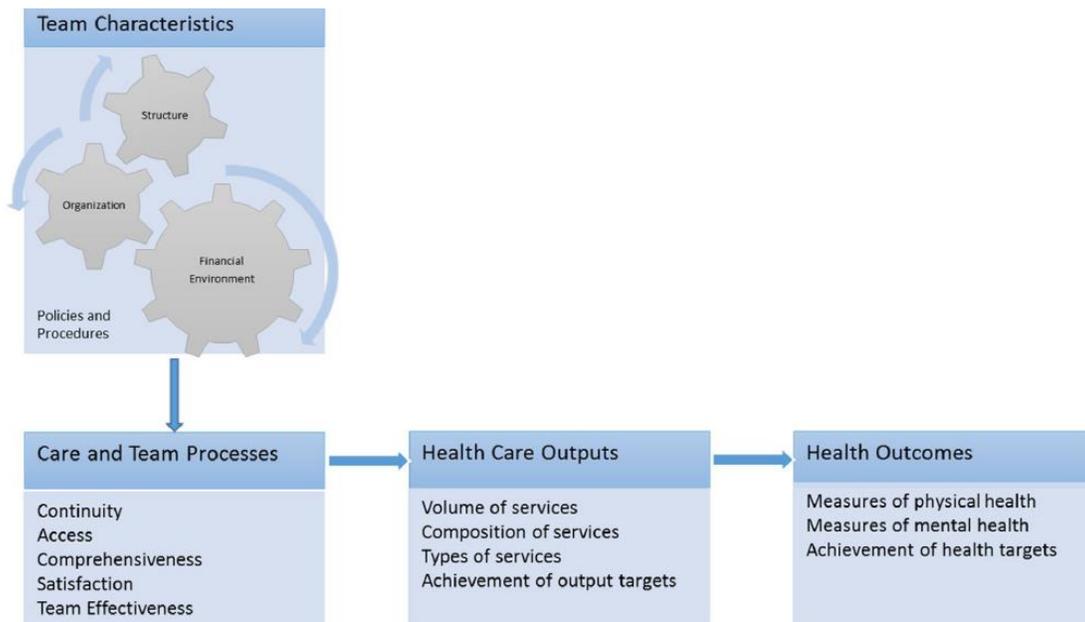
Figura 2: Beneficios del trabajo colaborativo



Fuente: Elaboración propia

Al analizar los efectos de la colaboración interprofesional en los resultados de salud es importante considerar que como plantea Wranik et al., la colaboración genera impactos en los resultados de salud a través de una secuencia de procesos como se muestra en la figura 3. Por lo que sería importante considerar la construcción de indicadores para medir de manera adecuada el impacto del trabajo colaborativo.

Figura 3: El modelo lógico de cómo influyen los equipos con colaboración interprofesional en los procesos, productos y resultados.



Fuente: Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis.

(d) Factores que influyen en la colaboración interprofesional

La colaboración interprofesional, como se ha planteado hasta ahora, pareciera ser difícil de lograr dentro de los equipos, dado la complejidad de sus características en términos de relaciones humanas. Varios autores han hecho hincapié en que la unión de personas provenientes de diferentes profesiones y/o disciplinas no asegura el desarrollo del trabajo colaborativo e incluso que equipos formados específicamente para llevar a cabo este tipo de práctica no siempre logran la integración(5,9,34,35).

McIntosh citado por Cartlidge adelantaba en 1978 “*sobre la inutilidad de promover la colaboración interprofesional sin dar a los diferentes profesionales de atención primaria de la salud igual estatus, prestigio y poder*”(18).

Estudios señalan la influencia de factores individuales, relacionales, organizacionales y sistémicos en la colaboración interprofesional(3,6,20). Las dinámicas de poder problemáticas, patrones pobres de comunicación, falta de comprensión sobre los roles y responsabilidades de los/as otros/as miembros del equipo, desconocimiento del alcance de las prácticas (scope of practice), defensa de los límites profesionales (professional boundaries), visiones estereotipadas, amenaza a las identidades profesionales; en conjunto con visiones, filosofías y lenguajes diferentes y contrapuestos, pueden afectar fuertemente el trabajo colaborativo, generando situaciones que han sido demostradas de alto riesgo para el paciente(1,6,40,41,8,9,34–39). Como factores facilitadores se han identificado la experiencia de trabajo donde se construyan las confianzas, respeto mutuo y se creen instancias de intercambio y negociación, políticas y estructuras favorecedoras del trabajo en equipo, procesos formales e informales de comunicación e interacción, gestión colaborativa, liderazgo, educación interprofesional temprana, espacio físico y tiempo compartidos(1,6,8,9,34,35,39–41).

Se ha identificado como especialmente importante que todos/as los/as miembros del equipo comprendan los principios de la AP y tengan la habilidad de utilizar un lenguaje común. Esto incluye la definición de lo que es un equipo de AP, sus propósitos, roles, responsabilidades, servicios, competencias, funciones y funcionamiento(6,9). Se reconoce que los equipos de AP son dinámicos y requieren de compromiso y, trabajo para su desarrollo y mantención. Esto requiere tiempos de interacción y atención focalizada al logro de esto(9). Otra característica importante es el saber cómo manejar a un paciente común, entender el manejo de información confidencial del paciente en contexto de intercambio abierto(6,9), sumado a las habilidades para resolver los conflictos y entregar feedback(9).

(i) Estudios sobre facilitadores y barreras dentro de los equipos de salud

Matuda et al., (2015), realizaron un estudio cualitativo de tipo descriptivo-exploratorio en Brasil que destaca por las similitudes que tiene con Chile en términos de organización de la APS, teniendo a su base el modelo de salud familiar. Para este estudio se llevó a cabo una selección de casos extremos en el que participaron asistentes sociales, médicos/as, enfermeros/as, fonoaudiólogos/as y fisioterapeutas. En su modelo de atención cuentan con profesionales de la estrategia de salud familiar y un núcleo de apoyo de salud familiar, en una modalidad de gestión de tipo matricial(16). En este estudio se identificó que las formas de comunicación y de interacción entre los/as profesionales pueden ser fuentes de conflictos o de colaboración interprofesional. Al ingresar a la estrategia de salud familiar el núcleo de apoyo de salud familiar utiliza la reunión del equipo de salud de la familia para iniciar su trabajo de apoyo. Esta reunión se mostró como un espacio importante para la realización del trabajo compartido, al realizar discusiones de casos, planificación y articulación de acciones, siendo valorado por algunos participantes en especial en los casos complejos que requerían intervenciones con más profesionales, favoreciendo la reducción de la demanda hacia el equipo de salud familiar; mientras que para otros/as profesionales era percibida como una pérdida de tiempo, aludiendo a que los equipos específicos eran suficientes para resolver los problemas de los/as pacientes, viendo este tipo de interacción como una sobrecarga ya que era finalmente el equipo de salud familiar quien debía darle seguimiento a las acciones acordadas(16). De esta manera, se reconoce que la unión de profesionales en un equipo no asegura la colaboración, en parte porque muchos de ellos no quieren llevar a cabo este tipo de prácticas(16). Desde lo relacional se identificó como factores que favorecen la colaboración: la disposición de los/as profesionales, apertura y recepción de las ideas del otro, flexibilidad, y generar intereses compartidos, permitiendo intercambios positivos y corresponsabilización de los casos(16). En términos de gestión, se identificaron como barreras al trabajo colaborativo la demanda asistencial, la insuficiente red de servicios, profesionales para derivación, y la estructura de apoyo matricial, esto último especialmente por compartir los casos entre los especialistas y el equipo de salud familiar, y que

la responsabilidad permaneciera en este último, además se señala que este tipo de estructura organizacional fomenta el aislamiento y la fragmentación del trabajo(16). Por otra parte, se identificó como barrera la necesidad de cumplir con metas de producción, imposibilitando concretar las reuniones conjuntas, sumando a lo anterior la identificación por parte de los/as profesionales que las metas no se ajustaban a las demandas sociales del territorio(16). Por último, la rendición de cuentas y responsabilidad del profesional en relación al usuario, es decir la relación uno a uno, se encuentra asociada al control del propio trabajo u autonomía. Se indica que la integración se contrapone a la distribución tradicional del poder y las jerarquías, en especial en la toma de decisiones(16).

Sangaletti et al., (2017) en su revisión meta-agregativa de artículos cualitativos consideró las experiencias y significados que los/as profesionales de la AP le dan al trabajo en equipo. Para esto analizaron estudios publicados entre 1980 y 2015 siguiendo los lineamientos del Joanna Briggs Institute. Se incluyó diversidad de profesionales desde odontólogos/as hasta trabajadores de salud de la comunidad y otros/as trabajadores/as de salud aliados. De igual manera, consideraron diversos contextos que iban de centros de atención médica a prácticas de medicina integrativa. Todos los estudios incluidos recibieron una puntuación de al menos el 70% de las preguntas en el instrumento de calidad metodológica(20). Se sintetizaron tres hallazgos importantes: 1) La colaboración interprofesional del equipo se basa en prácticas diarias orientadas a la satisfacción de necesidades de los/as usuarios/as y considera integración, confianza, apertura a la colaboración, sensación de pertenencia, respeto, humildad y tiempo para poder interactuar de forma adecuada (comunicación e intercambio sea formal o informal), sociabilización constante, claridad y apreciación del rol del otro, lenguaje común, claridad en los límites en el acto de compartir información, creación de consensos y coordinación de actividades, en conjunto con un liderazgo compartido que permita resolver conflictos y tensiones (como problemas de comunicación, falta de visión común, relaciones ambiguas, poca claridad sobre los roles de los otros miembros y luchas de poder considerando al paciente como propiedad)(20); 2) Se identifica la importancia de una filosofía de atención guiada por la conexión con

el/la paciente y la familia, siendo evidente en las publicaciones analizadas de las experiencias de Brasil. Esto genera beneficios en la continuidad de la acción, mejora las relaciones, ahorra tiempo y promueve el aprendizaje continuo. A pesar de la identificación de obstaculizadores al trabajo en equipo de tipo estructurales, ideológicos, organizacionales y relacionales, se observó la existencia de iniciativas individuales y colectivas en las tareas y la administración que favorecían este(20); 3) Como tercer punto se destaca que la experiencia de trabajo en equipo y colaboración interprofesional está aún muy determinada por el paradigma biomédico (falta de confianza en otros profesionales por parte de los/as médicos/as y de los/as pacientes), la división social del trabajo (diferencias en los contratos de trabajo y los salarios), la prestación de servicios del sistema (falta de servicios en la red de atención o de referencias en la misma, sobrecarga de trabajo, problemas en la eficiencia y brechas de atención, fallas en la organización de prácticas, en la regulación de flujos de pacientes, falta de profesionales y de variedad de ellos y asignación incorrecta de tareas de acuerdo a las competencias de los/as profesionales), en conjunto con la capacitación específica del equipo(favoreciendo a ciertos miembros del equipo)(20). De esta forma, Sangaleti señala que a pesar de las buenas intenciones expresadas por los/as diferentes participantes hacia el trabajo colaborativo, sobre todo en el caso del abordaje de casos más complejos, no necesariamente se produce o se establece en el día a día, siendo la toma decisiones conjuntas una tarea muy difícil en la práctica(20). En general, las limitaciones se encuentran en los dominios de relaciones humanas, procesuales, organizacionales y sistémicos(20).

Wranik (2019) analiza la influencia de la estructura del equipo, organización, arreglos financieros, políticas o procedimientos, procesos y productos de atención médica, resultados de salud y costos en países con experiencias de sistemas de salud maduros y financiados con fondos públicos entre los que se encuentran Australia, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda, con el propósito de proporcionar lecciones valiosas para los/as tomadores/as de decisiones. Para esto realizaron una revisión de estudios mixtos (38 cualitativos y 31 cuantitativos entre los años 2003 y 2016)(12). Entre sus hallazgos destacaron la importancia de la existencia de roles claros y explícitos, sus responsabilidades y el

alcance de sus prácticas para el funcionamiento adecuado del equipo, al igual que tener una visión y metas compartidas. Además de la necesidad de contar con protocolos claros y procesos de comunicación, el desarrollo de cuidados de paciente en conjunto y de reuniones de equipo. De igual forma, se encontró que la ubicación cercana entre miembros del equipo mejoraba el contacto, la colaboración y favorecía a los/as pacientes. Al igual que contar con espacios y equipamiento compartidos(12). Respecto a los miembros del equipo se encontró evidencia contundente respecto al impacto negativo en el clima del equipo frente al aumento en la proporción de personal no clínico v/s clínico. En relación al tamaño de este existe evidencia variada respecto a las implicancias en el acceso, la exhaustividad y la continuidad. Por otra parte, la existencia de un/a líder legitimado/a por el equipo se identificó como importante para el funcionamiento y éxito en las tareas del equipo. Además, se evaluó positivamente la implementación de programas de aprendizaje colaborativo y el feedback de desempeño para los procesos de mejora de calidad(12).

McDonald et al., (2012) analiza en profundidad la influencia de las dinámicas de poder y la confianza en la colaboración entre los/as profesionales de la salud involucrados en el tratamiento de diabetes y su impacto en las experiencias de los/as pacientes en diferentes niveles de atención en Australia utilizando la teoría de la dependencia de los recursos y el análisis de costos de transacción(42). Tal como se ha indicado anteriormente, los conflictos en relación a los roles y sus límites y la toma de decisiones, representan problemas de poder y autoridad. Por otra parte, la confianza y el respeto, son claves en la determinación de los patrones de colaboración existentes en las relaciones interprofesionales(42). La teoría de la dependencia de recursos y el análisis de costos de transacción sostiene que la colaboración es una función de la necesidad de recursos, esta necesidad genera incertidumbre y a la vez dependencia, lo que amenaza la mantención de la autonomía y la persecución de los propios intereses(42). La teoría de la dependencia señala que la organización que concentra los recursos determina las relaciones de poder y hace a las otras dependientes de ella. Por otra parte, *“el análisis de costos de transacción enfatiza el rol de los acuerdos de gobierno para regular las relaciones y abordar*

las incertidumbres sobre el comportamiento de los demás, en particular su confiabilidad". En el caso de salud, el poder no lo tiene sólo la autoridad formal que toma decisiones y controla los recursos, sino también aquel que tiene una posición privilegiada en términos de conocimiento, convirtiéndose en un poder simbólico, pudiendo controlar ideas y significados, situación que se aplica a las jerarquías en el ambiente de salud. Sumado a lo anterior, los sistemas sociales, culturales y profesionales más amplios, producen y refuerzan los desequilibrios de poder, dando cabida a "guerras" inter e intraprofesionales(42). La confianza implica una expectativa basada en que las otras partes se comportarán de manera predecible y justa, que sean competentes y se abstendrán de comportamientos oportunistas(42). En términos de relaciones interprofesionales, la confianza se relaciona con los conceptos de competencia, identificación y respeto profesional. Muchas veces la confianza se percibe como una ganancia desarrollada a través del tiempo(42). En los casos en los cuales las relaciones interprofesionales no cuentan con proximidad, la confianza es sustituida por reglas y normas, como por ejemplo las normas de derivación de pacientes. Sin embargo, si la confianza existiera en estos casos los costos de transacción podrían reducirse(42). En este estudio se observó que los/as profesionales generan diferentes estrategias para poder mantener su autonomía. En el caso de los/as médicos/as su estrategia se basó en limitar el trabajo multidisciplinar, la comunicación en dos vías y la información disponible para otros profesionales(42). Por otra parte, se identificaron diferencias en el poder ejercido en el sector público y privado. Los/as médicos/as de cabecera en el sector público tenían poca autoridad o responsabilidad formal para la gestión o la coordinación de la atención de los/as pacientes, por lo que se observaba mayor tensión en la lucha por la autonomía(42). La colaboración entre médicos/as de cabecera y profesionales de la salud del sector público fue más complicada y ambos grupos se esforzaron por mantener su autoridad sobre lo que consideraban su área de especialización. Los/as médicos/as al conseguir subsidios financieros para obtener servicios de algunos aliados de salud, optaron por utilizar servicios fuera del sistema público, desarrollando una relación de beneficio mutuo que involucró poco conflicto o amenazas a las relaciones de poder existentes(42). Los/as otros/as profesionales de la salud minimizaron las amenazas a su autonomía e independencia eligiendo

socios con los que mantenían relaciones de cooperación, y reduciendo la colaboración con profesionales fuera de su organización. Para lograr esto aplicaron sus propios criterios para evaluar la necesidad de derivación a médicos/as de cabecera, mantuvieron relaciones de auto-referencia con los/as pacientes y rechazo a participar en los arreglos de equipo (instancia formal de colaboración)(42). La confianza se asoció positivamente con la aceptación de roles y sus límites. El respeto y la confianza también estuvieron relacionados a factores profesionales y personales. La identificación de la complementariedad era una condición necesaria para el desarrollo del respeto y la voluntad de colaborar. La confianza en la competencia de los/as otros/as profesionales estuvo medida a través de la relevancia de la información contenida en sus informes y la puntualidad en la comunicación de los médicos/as con los/as otros/as profesionales(42). La receptividad y la capacidad de respuesta de otros/as profesionales de salud fue un indicador importante de la calidad de la relación, el respeto mutuo y la confianza; el compartir espacios fue identificado como un facilitador para el desarrollo de estos últimos. En situaciones en las que las reglas no eran bien conocidas o había expectativas diferentes, las relaciones fueron más difíciles(42).

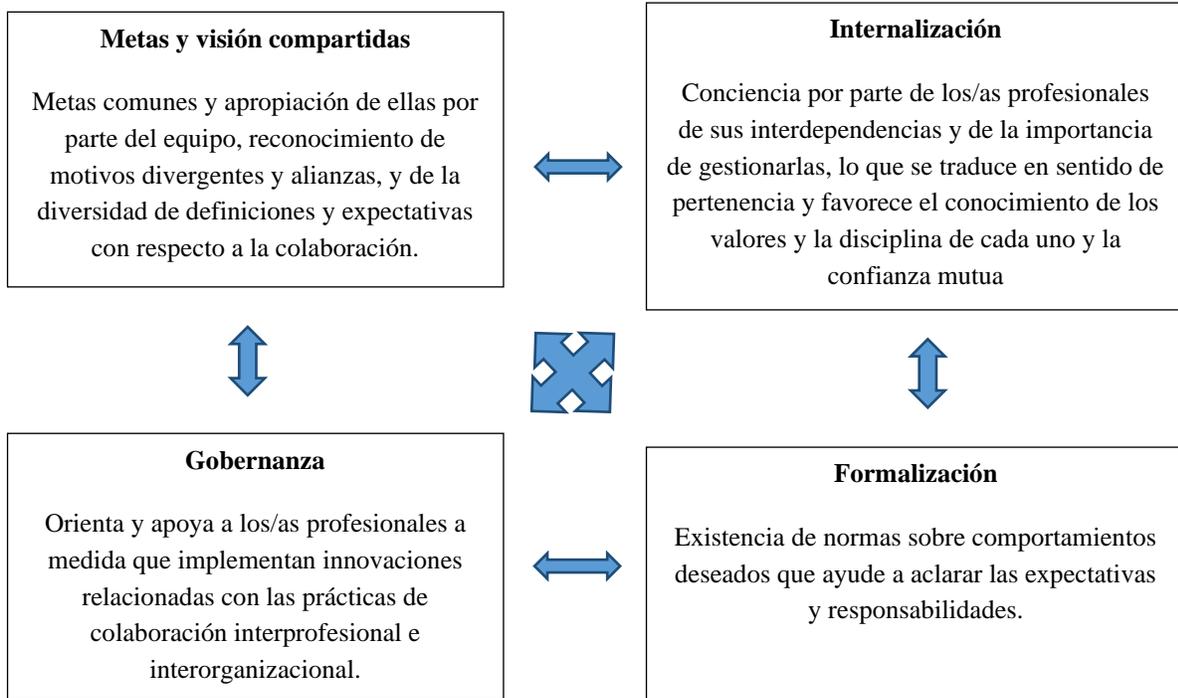
MacNaught et al., (2013) indica que el equilibrio entre colaboración y autonomía son elementos que pueden mejorar la prestación de servicios al comportarse de manera complementaria. Cuando los límites son borrosos se transforman en una amenaza para algunos profesionales, mientras que otros ven la oportunidad de expandir sus responsabilidades(43). Se pueden dar roles de colaboración, autónomos (pudiendo ser complementarios con otros del equipo) e intercambiables, cuando existen responsabilidades superpuestas. En la construcción de límites influyen elementos estructurales como las características del lugar de trabajo; la carga de trabajo, siendo la sobrecarga una limitante estimulando la realización de tareas de otros/as profesionales para dar respuesta a las necesidades; contar con espacios comunes para poder resolver temas de sobrecarga a través de reuniones informales se vio como un facilitador transformándolo en una alivio y no una amenaza; al igual que estar más cerca en términos de la estructura del establecimiento; sumado a lo anterior se identificaron aspectos

interpersonales como las dinámicas de equipo, el liderazgo, la educación, y aspectos personales como actitudes y valores(43). La percepción de propiedad del paciente es considerada una barrera a la colaboración, debilitando la confianza en otros, la concepción del paciente como "paciente del equipo" influye positivamente en la delegación de responsabilidades y colaboración con otros/as profesionales de salud(43). Se observa que los equipos que logran mayores niveles de colaboración son aquellos que respetan los roles y sus límites, logrando mayores niveles de satisfacción con el trabajo y favoreciendo la atención integral de los/as pacientes, mediante una mejor coordinación y continuidad de los servicios de salud(43).

(e) Marco de análisis de la colaboración interprofesional

D'Amour et al., (2008) realizó un estudio cualitativo de casos múltiples en atención perinatal para validar dominios e indicadores basados en la literatura que toma en consideración elementos estructurales, relacionales internos del equipo y de la organización, sin desconocer que el fenómeno está sujeto a la influencia de factores como recursos, restricciones financieras y políticas. El modelo sugiere que la acción colectiva se puede analizar en términos de cuatro dimensiones operacionales: dos involucran el entorno organizacional (gobernanza y formalización) y dos que involucran relaciones entre individuos (metas y visión compartida e internalización), como se muestra en la figura 4(17).

Figura 4: Dimensiones del modelo de colaboración



Fuente: Adaptación de D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations.*

Dichas dimensión cuenta con 10 indicadores en total, presentados en orden: centralidad, liderazgo, apoyo a la innovación, conectividad; herramientas de formalización, intercambio de información; metas, orientación centrada en el/la usuario/a, conocimiento mutuo y confianza(17), que se detallan en la tabla 3.

Tabla 3: Descripción de indicadores.

Indicadores	Descripción
Metas	Este indicador se relaciona con los valores profesionales en la forma de objetivos comunes, con especial referencia al carácter consensual y comprensivo de los objetivos. Identificar y compartir objetivos comunes es un punto de partida esencial para que la colaboración tenga cabida. Los datos sugieren que el objetivo que con mayor probabilidad logra reunir a las partes interesadas es la promoción de la atención centrada en el paciente. Dar respuesta a las necesidades de los clientes se convierte en un objetivo central en el que todos pueden estar de acuerdo.

Orientación centrada en el usuario.	Generalmente existe una estructura compleja de intereses que involucra diferentes tipos de lealtades: a la clientela, a la profesión, a la organización, a los intereses privados, etc. El resultado es una asimetría de intereses entre los socios o una convergencia parcial de estos. Se requieren ajustes mutuos, por lo que es necesario negociar que es lo más importante. En algunos casos, la negociación es posible. En otros, los intereses quedan en gran parte sin expresar y no hay proceso de negociación. Cuando los objetivos compartidos no se negocian, el riesgo es que surjan intereses privados, resultando en comportamientos oportunistas y una pérdida concomitante del enfoque centrado en el cliente.
Conocimiento mutuo.	Los datos muestran que los profesionales deben conocerse personal y profesionalmente para desarrollar un sentido de pertenencia a un grupo y logren establecer objetivos comunes. Conocerse personalmente significa conocer los valores y el nivel de competencia de cada uno. Conocerse profesionalmente significa conocer el marco de referencia disciplinar del otro, su aproximación al cuidado y el alcance de la práctica. El proceso de familiarización ocurre en ocasiones sociales, actividades de entrenamiento e intercambios de información formales e informales. Es necesario crear las condiciones sociales que fomenten la colaboración, particularmente a través de la interacción social.
Confianza.	Según los profesionales, la colaboración solo es posible cuando se confía en las competencias del otro y en su habilidad para asumir responsabilidades. La confianza reduce la incertidumbre. Los profesionales reconocen que no se conocen entre ellos, y por esto deben evaluar constantemente los riesgos y colocarse en una posición vulnerable. Cuando hay demasiada incertidumbre, los datos muestran que los profesionales se aferran el mayor tiempo posible a la responsabilidad con sus clientes para evitar la colaboración. Dichas acciones van en contra del objetivo de construir redes. Los profesionales utilizan los resultados de la colaboración para evaluarse entre sí y generar confianza.
Centralidad.	La centralidad se refiere a la existencia de una dirección clara y explícita que está destinada a guiar la acción, en este caso, hacia la colaboración. Los datos revelan la importancia de la participación de algunas autoridades centrales para proporcionar una dirección clara y jugar un papel estratégico y político para promover la implementación de estructuras y procesos colaborativos. Los altos directivos pueden ejercer una influencia significativa en la colaboración interorganizacional, particularmente a través de acuerdos que alcancen con gerentes de otros establecimientos para oficializar la colaboración.
Liderazgo.	El liderazgo local es necesario para el desarrollo de colaboración interprofesional e interorganizacional. El liderazgo puede tomar una variedad de formas y puede ser categorizados como emergentes o relacionados con una posición. Con respecto a colaboración, el liderazgo puede ser ejercido por gerentes que hayan recibido la indicación de hacerlo o por profesionales que tomen la iniciativa. En este último caso, el liderazgo es compartido por los diferentes socios y está sujeto

	a un amplio acuerdo. Cuando el liderazgo está relacionado con una posición, el poder no debe concentrarse en manos de un solo socio; todos los socios deben hacer oír sus opiniones y participar en la toma de decisiones.
Apoyo a la innovación.	Porque la colaboración da lugar a nuevas actividades o porque implica dividir responsabilidades de manera diferente entre profesionales y entre instituciones, necesariamente implica cambios en las prácticas clínicas y en la distribución de las responsabilidades entre socios. Estos cambios representan innovaciones reales que deben desarrollarse e implementarse. La colaboración no puede afianzarse sin un proceso de aprendizaje complementario y sin que la organización involucrada recurra a expertise interna o externa para apoyar dicho proceso.
Conectividad.	La conectividad se refiere al hecho de que las personas y las organizaciones están interconectadas, que existen espacios para la discusión y la construcción de vínculos entre ellos. La conectividad es lo opuesto a ser aislado o separado. Resuelve los problemas de coordinación y permite realizar ajustes en las prácticas. La conectividad permite ajustes rápidos y continuos en respuesta a problemas de coordinación. Toma la forma de sistemas de información y retroalimentación, comités, etc.
Herramientas de formalización.	La formalización es un medio importante para aclarar las responsabilidades de los distintos socios y negociar cómo se comparten las responsabilidades. Hay muchos tipos de herramientas de formalización: acuerdos interorganizacionales, protocolos, sistemas de información, etc. Para los profesionales, es importante saber qué se espera de ellos y qué pueden esperar de los demás. Hallazgos anteriores sugieren que la colaboración está menos influenciada por el grado de formalización que por el consenso que surge en torno a los mecanismos de formalización y las reglas específicas que se implementan.
Intercambio de información	El intercambio de información se refiere a la existencia y uso apropiado de una infraestructura de información para permitir intercambios rápidos y completos de información entre profesionales. Los hallazgos sugieren que los profesionales utilizan sistemas de información para reducir la incertidumbre en relaciones con socios que no conocen bien. La retroalimentación proporciona a los profesionales la información que necesitan para realizar el seguimiento de pacientes, así como para evaluar a sus socios sobre la base de la calidad de intercambios y retroalimentación escrita. Este es un aspecto importante del establecimiento de relaciones de confianza.

Fuente: Adaptación de D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations.

De este análisis, se derivó una tipología de colaboración, identificando tres tipos de mayor a menor colaboración: colaboración activa, desarrollo de colaboración y colaboración potencial(17). La que se resumen en la tabla 4.

Este modelo se ha probado en diferentes entornos de colaboración: en equipos, entre organizaciones y en redes integradas de atención médica.

Tabla 4: Tipos de colaboración en base a indicadores y dimensiones.

Dimensiones	Indicadores	Colaboración activa (Nivel 3)	Desarrollo de colaboración (Nivel 2)	Colaboración potencial (Nivel 1)
Metas y Visión Compartidas	Metas	Consensuadas, metas comprensivas.	Algunos compartido ad-hoc con la meta.	Metas conflictivas o ausencia de metas compartidas.
	Orientación centrada en el usuario.	Orientación centrada en el usuario.	Guiado por intereses profesionales u organizacionales.	Tendencia a permitir que intereses personales guíen el trabajo.
Internalización	Conocimiento mutuo.	Oportunidades frecuentes de reunirse. Actividades conjuntas regulares, consensos.	Pocas oportunidades para reunirse, pocas actividades conjuntas.	Sin oportunidades para reunirse, sin actividades conjuntas.
	Confianza.	Confianza fundamentada.	Confianza condicionada, está tomando forma.	Falta de confianza.
Gobernanza	Centralidad.	Cuerpo fuerte y central que promueve el consenso.	Cuerpo central con un rol mal definido, políticas y roles estratégicos ambiguos.	Ausencia de cuerpo central, ausencia de rol político.
	Liderazgo.	Liderazgo compartido y consensuado.	Liderazgo desenfocado, fragmentado de bajo impacto.	Liderazgo monopolizado, no consensuado.
	Apoyo a la innovación.	Experticia que promueve la introducción de la colaboración y la innovación.	Experticia fragmentada, esporádica.	Poca o no experticia disponible para apoyar la colaboración y la innovación.
	Conectividad.	Varios canales de discusión y participación.	Canales de discusiones ad-hoc relacionados a temas específicos.	Casi ausencia de canales de discusión.
Formalización (estructuración del cuidado clínico)	Herramientas de formalización.	Acuerdos consensuados, definición de roles conjunta.	Acuerdos no consensuados, que no reflejan la práctica o los procesos están siendo negociados o contruidos.	Sin acuerdos o acuerdos no respetados, fuente de conflictos.
	Intercambio de información	Infraestructura común para recolectar e intercambiar información.	Infraestructura de intercambio de información incompleta, que no se adecua a las necesidades o es usada de forma inadecuada.	Relativa ausencia de cualquier infraestructura común para recolectar e intercambiar información.

Fuente: Adaptación de D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations.

Mulvale et al., (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática entre 1990 y 2015 para identificar estudios que evaluaran las asociaciones entre políticas, organización, equipo de atención, factores individuales, y colaboración en los equipos interprofesionales de AP(29). Se identificaron nueve estudios de tipo cuantitativos que cumplieron con los criterios de inclusión(29). Utilizando el enfoque

de entrada-proceso-salida, generando un modelo conceptual de engranajes relacionados identificando niveles micro, meso y macro. Los autores indican que este modelo permite reconocer espacios de intervención para los tomadores de decisiones en cada nivel para estimular una colaboración más efectiva en los equipos(29). Como base tomaron la definición de Zwarenstein, Goldman y Reeves (2009) de colaboración interprofesional como *"el proceso en el que diferentes grupos profesionales trabajan juntos para impactar positivamente en la atención de salud"*, reconociendo que *"la colaboración interprofesional también implica los problemas que surgen debido a diferentes profesionales que trabajan juntos, como la dinámica de poder problemática, los patrones de comunicación deficientes, la falta de comprensión de los roles y responsabilidades propias y de los demás, y los conflictos debidos a los diversos enfoques de la atención al paciente"*(29). Definieron a los equipos interprofesionales de AP como *"equipos que incluyen miembros de al menos tres profesiones de salud diferentes que trabajan juntas para satisfacer las múltiples necesidades de atención primaria de una población de pacientes objetivo"*(29). Los factores macro incluyen la regulación profesional, educación profesional, financiamiento y formas de pago a proveedores. Los factores macro cambian con menos frecuencia, pero tienen un impacto generalizado cuando cambian(29). Los factores meso incluyen la estructura organizativa y del equipo, cultura organizacional, el liderazgo, la capacitación y las recompensas, además de los sistemas de información. Pueden cambiar con mayor frecuencia y afectar a múltiples equipos en una organización(29). Los factores micro se basa en las interacciones que establecen los equipos en su interna incluyendo: la confianza, el poder compartido, la madurez en la profesión, actitudes hacia las prácticas de colaboración, las necesidades y preferencias individualizadas por paciente las que pueden hacer que se requiera la respuesta de un proveedor o de un equipo interprofesional. Este nivel es muy cambiante basado en los procesos de aprendizaje del equipo, la flexibilidad del mismo y las respuestas a los problemas planteados en las reuniones del equipo, las auditorías de calidad, rendimiento del equipo y los resultados de las evaluaciones(29). Se identificaron 18 factores que afectan de manera significativa al desarrollo del trabajo colaborativo, la mayoría situándose en el nivel micro: contar con un/a

facilitador/a, el nivel de conflictos, la comunicación abierta, apoyo de los/as colegas, metas y visión de equipo, procesos de auditabilidad de la calidad, reconocimiento social, resolución de problemas de equipo, reuniones de equipo y proceso de toma de decisiones, sentirse parte del equipo y tener apoyo en procesos de innovación; además se observó que existía un punto en que el aumento del tamaño del equipo hacía menos efectivos los procesos de colaboración. Por otra parte, se identificaron dos factores dentro de lo individual: creer en el concepto de colaboración interprofesional y la flexibilidad. Se identificaron dos factores en el nivel meso: tener sistemas formales de información y una cultura organizacional que tuviera un equilibrio con respecto a la cultura de grupo, la jerarquía y el enfoque en la eficiencia y el logro. Y un factor en el nivel macro: la gobernabilidad(29). El modelo utiliza la metáfora de los engranajes interrelacionados para indicar que pueden existir relaciones múltiples y recíprocas entre los factores que son difíciles de separar, trabajando en conjunto(29), lo que da dinamismo mostrando las interrelaciones. Existen interacciones entre los factores en los tres niveles siendo estas cambiantes, donde se requiere un ajuste fino y constante, como se muestra en la figura 5, por lo que los sistemas de monitoreo del desempeño serían fundamentales. Sin embargo, pocos estudios evaluaron las asociaciones entre la colaboración y los factores macro y meso, o entre los factores en todos los niveles(29).

Figura 5: Factores asociados a la colaboración en equipo interprofesionales de atención primaria



Fuente: Mulvale G, Embrett M, Razavi SD (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework.

De esta forma, a pesar de la identificación de diferentes factores que influyen en el trabajo colaborativo, situándose algunos de ellos en los niveles meso y macro, la mayor parte de las investigaciones han apuntado a explorar e identificar los factores que influyen en el establecimiento de relaciones que orienten a la colaboración interprofesional. Sin embargo, escasos estudios han abordado el efecto los lineamientos políticos y organizaciones incluyendo aspectos filosóficos y discursivos en la forma en que se configuran las relaciones entre profesionales dentro del primer nivel de atención.

Los estudios anteriormente expuestos han indicado que el logro de la colaboración interprofesional requiere de cierta intencionalidad que debe estar reflejada en los niveles macro, meso y micro identificados como factores que influyen en el desarrollo de esta (tabla 5).

Tabla 5: Factores que favorecen u obstaculizan el desarrollo de colaboración interprofesional en los equipos de salud

Niveles	Positivo	Negativo
Macro	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas y estructuras que promuevan la colaboración. • Adecuada regulación profesional. • Educación interprofesional temprana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda asistencial • Metas de producción • Insuficiente red de servicios y profesionales para derivación. • Problemas en la eficiencia y brechas de atención. • Ausencia de financiamiento o remuneraciones adecuadas.
Meso	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión colaborativa. • Filosofía de atención guiada por la conexión con el/la paciente y la familia. • Sistemas de información compartidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura matricial • Falta de confianza en otros profesionales por parte de los/as médicos/as y de los/as pacientes. • División social del trabajo (diferencias en los contratos de trabajo y salarios). • Sobrecarga de trabajo. • Fallas en la organización de prácticas.
Micro	<ul style="list-style-type: none"> • Roles claros y explícitos. • Confianza, apoyo y respeto. • Intercambio y negociación. • Disposición de los/as profesionales. • Apertura y recepción de las ideas del otro. • Flexibilidad. • Reconocimiento social • Conocer la referencia disciplinar del otro • Lenguaje común. • Responsabilidades y alcance de las prácticas adecuadas para el equipo. • Procesos formales e informales de comunicación e interacción. • Establecimiento de objetivos en común. • Procesos de toma de decisión conjunta. • Liderazgo compartido. • Intereses compartidos. • Corresponsabilización de los casos. • Aprendizaje colaborativo. • Feedback de desempeño. • “Paciente del equipo” • Espacio físico y tiempos compartidos. • Definición clara de lo que es un equipo de AP (propósitos, roles, responsabilidades, servicios, competencias, funciones y funcionamiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Incomprensión roles y responsabilidades. • Desconocimiento del alcance de las prácticas. • Defensa de los límites profesionales • Visiones estereotipadas • Amenaza a las identidades profesionales • Visiones, filosofías y lenguajes diferentes y contrapuestos. • Dinámicas de poder problemáticas. • Asignación incorrecta de tareas de acuerdo con las competencias de los/as profesionales. • Capacitación específica del equipo (favoreciendo a ciertos miembros del equipo). • Percepción de propiedad del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Se destaca que el tener lineamientos políticos-filosóficos claros que apunten a la colaboración ha sido identificado como un factor importante que, si bien no determina su logro, abre un espacio de acción claro que permite alinear lo teórico con lo operativo. La investigación de este nivel que conecta lo político y operativo prescriptivo resulta ser un buen inicio para comprender como “encajan los engranajes” indicados por Mulvale, respondiendo a las brechas de investigación en aspectos organizacionales de la APS enfocadas en los equipos y el alcance de las prácticas de los/as profesionales señaladas por Goodyear-Smith(44).

Sección 1.02 MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CHILE: MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO Y EL GIRO EN LAS RELACIONES PROFESIONALES.

(a) Atención primaria en Chile

Desde el año 1981, Chile presenta un modelo de financiamiento de sistema de salud(45) basado en dos sectores uno público y uno privado, a través de los cuales la población accede a prestaciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados al final de la vida(46). En términos de cobertura, el sector público provee servicios a la mayor parte de la población chilena, siendo cercana al 80%(47). Tal como se observa en otros países, la prestación de servicios se realiza a través de instituciones de salud pertenecientes a diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario), con diferentes niveles de complejidad (baja, mediana y alta)(48,49). En Chile, los niveles secundario y terciario se encuentran en ambos sectores considerados como atención abierta de especialidad y cerrada, respectivamente. La AP, por su parte, pertenece en términos administrativos al sector público, dependiendo del servicio de salud según ubicación geográfica. De esta manera, los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) pueden acceder, sin costo adicional, a las atenciones consideradas en este nivel(50). Las prestaciones entregadas son financiadas a través de lo que se conoce como Plan de Salud Familiar (PSF), el cual incluye los programas de salud del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, de la mujer, odontológico, salud ambiental y garantías explícitas que son otorgadas en este nivel(50,51), además de los programas de reforzamiento(25) desde el nivel central, financiados por fondos municipales y en algunos casos particulares por el Fondo Nacional de Desarrollo Regional en Salud (FNDR)(52).

En la AP se puede dar respuesta a diversas necesidades a través de actividades de promoción, prevención, tratamiento/recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, correspondiendo a la puerta de entrada al sistema de salud(48,51), por lo que se configura como la base fundamental articuladora del sistema(51).

(b) Modelo de atención primaria en Chile

El modelo de atención(45) en Chile, corresponde al resultado de una construcción que ha estado influida por temas político/ideológicos, sociales y económicos del país, sumado a la influencia de los lineamientos de organismos internacionales del área, y a las características particulares de la población Latinoamericana.

Nuestro país tiene una larga historia en el desarrollo de la AP, partiendo en los años 40 con las Unidades sanitarias, las que en los años 50 recibieron el nombre de centros de salud y consultorios periféricos en los 70(13).

Desde la década de los 60, la concepción de salud tuvo un cambio, desde la enfermedad a un derecho generador de bienestar y desarrollo social(13,53), razón por la cual la propuesta de atención de la época estuvo muy marcada por el compromiso con la población en esta área, orientando los esfuerzos al logro de la mejora de la calidad de vida de las personas considerando sus contextos(13). Posteriormente, en la década del 90, se inició una serie de transformaciones en términos técnicos, administrativos y financieros para dar paso a los centros de salud, enfocándose en el logro del “Salud para todos en el año 2000” de la declaración de Alma-Ata(13), finalizando con el paso a Centros de Salud Familiar.

(i) Modelo de atención en Chile entre 1930 y 1990: población materno-infantil en el centro de la política

Hasta 1945, la atención en salud era administrada por la seguridad social a través de la Caja de Seguro Obrero creada en 1924. Este seguro contenía un departamento médico encargado de entregar prestaciones ambulatorias en una red de consultorios(53,54). De esta manera, la AP se configura como el primer nivel de atención o, dicho de otra manera, la puerta de entrada al sistema de salud. El conjunto de intervenciones en salud de la época tenían como propósito combatir las enfermedades y muerte prematura que se visualizaban como una amenaza para el desarrollo de la población(54). La

atención hospitalaria se realizaba a través de convenios con la Junta de Beneficencia, mientras que, aquellas personas que tenían más recursos económicos compraban prestaciones de manera privada(54).

En los años 30 se vivía una crisis económica que generó una alta tasa de desempleo motivando la migración de personas del campo a la ciudad. El aumento exponencial de la población urbana que se encontraba expuesta a malas condiciones de vivienda, escaso acceso a agua potable y alcantarillado, alta prevalencia de alcoholismo, enfermedades venéreas e infecciones como la tuberculosis, se tradujo en altas tasas de morbilidad y mortalidad(54).

En este contexto, en el año 1937 el ministro Eduardo Cruz Coke lideró la aprobación de dos leyes fundamentales del periodo: la ley de medicina preventiva y la ley madre-niño/a. La primera ley, hacía obligatorio el examen médico anual de diagnóstico a los/as asegurados/as de las Cajas Previsionales, mientras que la segunda, extendía las prestaciones como examen preventivo del embarazo, la atención médica del parto, controles periódicos de el/la niño/a hasta los dos años, acceso a medicamentos y alimentos, a todas las esposas de los trabajadores en la Caja del Seguro, prestaciones que previamente se entregaban sólo a las mujeres trabajadoras(53,54).

Posteriormente, el ministro de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, Salvador Allende postuló una reforma al sistema de salud que extendía los beneficios a toda la familia de los/as asegurados/as, coordinaba instituciones existentes y fortalecía la infraestructura sanitaria pública(54). Sumado a lo anterior, durante su periodo como ministro genera el plan madre-niño/a, el cual reconocía la salud de niños/as como un problema crítico con causas que iban más allá de lo biológico, por lo que se crea una organización jerarquizada que convoca a todas las organizaciones públicas relacionadas con la salud de madres y niños/as para implementar intervenciones relacionadas a alimentación, cuidados de salud, vivienda y condiciones de vida en general(54).

Uno de los hitos más importantes de este periodo fue la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en el año 1952, el cual reunía a los principales servicios preventivos y asistenciales de la salud:

hospitales, consultorios de la Caja del Seguro, la Dirección de Sanidad, entre otros, presentando cobertura nacional con la instalación de hospitales base y consultorios a través de todo el territorio, contando con la presencia de médicos por medio de la implementación de los médicos generales de zona(54,55).

La infraestructura del SNS daba respuesta al aumento sostenido de la población urbana, lo que se acompañó además de intervenciones orientadas a la participación social, como la creación a través de un decreto de ley de Consejeros Comunales de Salud y Consejeros Paritarios en consultorios y hospitales en el año 1967(55). Este decreto venía a formalizar la incorporación de representantes del territorio en la toma de decisiones respecto a problemas y necesidades en salud, acto que convertía al individuo y la comunidad en sujetos activos de los procesos de cambio favoreciendo el ejercicio del poder(55), impronta que inicia en el Gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva (1964-1970) a través de lo que él llamaba “Promoción Popular” y que continuó con el concepto de “Poder Popular” del presidente Salvador Allende (1970-1973).

Uno de los objetivos más importantes considerados dentro del funcionamiento del SNS fue la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantil, que a pesar de ir a la baja gracias a la asistencia médica del Departamento Madre y niño/a de la Caja de Seguro Obrero y el uso de antibióticos desde fines de los años cuarenta, seguía siendo la cuarta causa de muerte en el país(53). Por otra parte, para la recientemente creada Organización Mundial de la Salud (1948), las tasas de mortalidad materno-infantil correspondían a un indicador de desarrollo económico y del desarrollo de la medicina social, por lo que este se configuró como un aspecto central del nuevo organismo(53).

La población cubierta por el SNS eran los/as trabajadores/as asegurados en el Seguro Social, sus cónyuges e hijos/as menores de 15 años; los/as pensionados/as del Seguro con sus cónyuges e hijos/as; los/as indigentes; y toda la población nacional en caso de atenciones de urgencia y acciones preventivas(54). Los/as empleados/as públicos y particulares, se mantuvieron obteniendo las prestaciones en salud de forma particular hasta la creación de la libre elección del Servicio Médico

Nacional de Empleados (SERMENA) que permitía acceder a prestadores privados de salud en la modalidad de financiamiento compartido(54).

Los/as asegurados/as tenían derecho al examen de salud preventiva, atención médica, quirúrgica y dental; las mujeres trabajadoras además accedían a la atención del embarazo, parto y puerperio, entrega de leche y subsidio por maternidad; las cónyuges de los asegurados a similares prestaciones con excepción del subsidio; sus hijos/as a atención preventiva y curativa gratuita(53–56).

La reforma del servicio de salud, intervenciones directas en la población materno-infantil y mejora de los servicios básicos generaron un gran impacto en los indicadores de salud(54). Entre 1950 y 1975, la tasa de mortalidad infantil cayó desde 140 a 58 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que la de mortalidad general pasó de 15 a 7,2 fallecidos por cada 1000 habitantes. Hacia el año 75, la esperanza de vida había aumentado a casi 64 años(54), posicionando a Chile como un país desarrollado en términos de indicadores de salud, a pesar de estar económica y socialmente considerado dentro de aquellos subdesarrollados(57).

Las intervenciones para la población materno-infantil fueron diseñadas desde una perspectiva sistémica considerando desde lo individual: una visión integrada e integral de la salud y el impacto del medioambiente en esta(53,58); y desde la visión del sistema de salud como un organismo integrado, que privilegiaba la entrega de prestaciones de tipo ambulatorias con base comunitaria, provistas por un equipo multidisciplinario, con integración entre los servicios de salud y la Universidad que permitía desarrollar investigación, evaluación continua de programas e instrumentos y llevar a cabo entrenamiento en los mismos servicios(58). Los programas diseñados de forma colaborativa entre expertos en salud pública del gobierno, la academia y organismos internacionales como la Fundación Rockefeller, Ford y Kellogg lograron combatir las principales causas de muerte de esta población(56,58).

En variados estudios se destacaba la atención profesional del parto, la introducción de los programas de planificación familiar(54), los programas de alimentación, la promoción de la lactancia materna, la asistencia médica en pre-escolares y escolares, y los programas de vacunación(53,56–58), como intervenciones efectivas en la reducción de tasas de mortalidad materno-infantil durante el periodo.

Sumado a lo anterior, es importante destacar que la mejoría de los indicadores en salud no estuvo solamente relacionada a la implementación de intervenciones costo-efectivas de tipo biomédicas, sino también, en la forma en que estas se llevaron a cabo, involucrando a los individuos en su propio cuidado, convirtiéndolos en sujetos activos y favoreciendo el proceso de legitimación de las intervenciones por parte de la población a través de la participación comunitaria(57). Como se mencionó anteriormente, tanto en el gobierno del presidente Frei como en el de Allende, se generaron espacios a través de decretos de ley que permitían lograr una mayor efectividad en intervenciones que contaban con un componente educativo, motivador y/o convocante(55). En este sentido, los/as trabajadores/as sociales cumplieron un rol fundamental, siendo conocidos/as como los/as implementadores/as de la política o burócratas de nivel de calle(57). Las intervenciones lideradas por estos profesionales permitieron aumentar la cobertura de AP, fortalecer medidas sanitarias generales y recomendadas por profesionales médicos y de enfermería en el nivel primario, generar un nexo entre la atención hospitalaria y la AP, realizar un trabajo directo con las familias (en temas como presupuesto familiar, salud física, educación, relaciones familiares), generar programas de intervención comunitaria (diagnóstico de organizaciones comunitarias, diagnóstico participativo de salud, entre otros), habilitar escuelas, guarderías, jardines infantiles y formar centros de madres, clubes juveniles, organizaciones deportivas, entre otras(55,57).

Se destaca que las intervenciones realizadas por estos profesionales estuvieron principalmente dirigidas a las mujeres pobladoras, no sólo porque la política materno-infantil estuviera en el centro de los objetivos del SNS, sino también por la identificación de estas como receptoras y multiplicadoras de hábitos y normas de salud en la población(57).

Este tipo de intervenciones permitió en el año 1972 fundamentar la propuesta del Programa Sociocultural del SNS, el que reconocía de manera explícita la multicausalidad de los fenómenos en salud, dando una relevancia privilegiada a la dimensión cultural de las tareas sanitarias(55).

El movimiento anterior, fue detenido abruptamente luego del golpe militar del año 1973, las acciones populares, al no contar con el apoyo ideológico, fueron eliminadas reenfoándose en intervenciones de tipo asistencialista, fundamentados desde lo biomédico(55,59).

Entre los años 70 y 80 las tasas de mortalidad infantil no aumentaron, observando una tendencia a la estabilización, explicada en parte por la existencia de políticas públicas robustas para este grupo poblacional(58). En este contexto, se analizó las posibles políticas que debían ser implementadas en el futuro. Por una parte, se analizó la introducción de políticas desde las ciencias sociales que contaban con nuevos métodos para identificar poblaciones de riesgo versus la ampliación de los programas existentes e implementación de otros en la línea ya desarrollada(58). Por temas de costo, se optó por la segunda línea política, con programas que apuntaban al cuidado perinatal, infecciones respiratorias, cirugía cardíaca y expansión del programa de inmunizaciones(58). De esta forma, las políticas focalizadas en grupos de riesgo con perspectiva biomédica marcaron el quehacer entre los años 80 y 90.

En términos estructurales, las reformas del sistema de salud del año 1979, introdujeron aspectos como la descentralización, elección, competencia y provisión privada en la organización de la salud(54). Se experimentó una separación en la prestación de servicios y el financiamiento. En el primer caso, se separa la gestión de los hospitales, manteniéndose a cargo de los servicios de salud, mientras que los consultorios pasaron a ser gestionados de manera local a través de los Municipios(54). Los/as directores/as de los consultorios eran nombrados por los/as alcaldes/as, sin embargo, el financiamiento provenía del nivel central al igual que los lineamientos programáticos, manteniendo los programas de control del niño/a sano/a, enfermedades respiratorias, vacunaciones, etc.(54). Por otra parte, en términos de financiamiento, las Cajas de Previsión fueron sustituidas por una cotización uniforme y

obligatoria para todos/as los/as trabajadores/as asalariados/as y los/as pensionados/as, con la posibilidad de elegir, en base a los ingresos individuales, entre el sistema público depositando la cotización en FONASA, o el privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)(54).

(ii) Evolución del modelo de atención en AP entre 1990 y 2013: intentando volver al origen.

En los años 90, el sistema público de salud mostró serias deficiencias en aspectos como la oportunidad a la atención médica, el trato otorgado a los/as usuarios/as y la eficiencia en el uso de recursos(54). Informes del inicio de década dieron cuenta de las precarias condiciones en las que se encontraba las organizaciones del sistema de salud público en términos de infraestructura, organización interna, remuneraciones a empleados/as públicos y eficiencia en la prestación de servicios(54). Sumado a lo anterior, las encuestas de opinión pública señalaban que la población se sentía mayoritariamente insatisfecha con la atención y desprotegida ante los problemas de salud(54). En este contexto, en el caso de la AP, el gobierno central hace entrega de una serie de lineamientos que orientan al fortalecimiento del sector, volviendo argumentativamente a las bases planteadas en la declaración de Alma-Ata y manteniendo los programas tradicionales de atención.

Para reconstruir históricamente los lineamientos de la AP es necesario revisar las orientaciones programáticas generadas por el Ministerio de Salud. Es así como se identifican cinco documentos de importancia para este fin emanados los años 1993, 2005, 2008, 2009 y 2013. A continuación, se presenta el camino construido en términos prescriptivos a través de la descripción de dichos documentos.

1) De consultorio a centro de salud (1993)

En agosto de 1991, el Ministerio de salud propone: "la modernización de los sistemas de salud y la búsqueda de la mayor eficiencia posible para producir el mayor beneficio a la población, lo que pasa hoy por el desarrollo prioritario de dos condiciones básicas: dar autonomía a las unidades prestadoras

ejerciendo una descentralización real y dar a las personas la oportunidad para hacer valer sus derechos en salud"(13).

Bajo esta premisa se propone el cambio de consultorio a centro de salud, marco conceptual que plasma los ideales de volver a construir políticas sociales post-periodo de dictadura con principios orientadores como la equidad, eficiencia social, participación social, respeto por la dignidad de las personas y solidaridad(13). Se concibe la salud como un derecho del pueblo presente en la constitución, razón por la cual el gobierno debe hacerse cargo de proveer las condiciones para dar respuesta a las necesidades de las personas con eficiencia. Como tareas se plantea hacer justicia en salud (reducir las inequidades en salud), dar más años a la vida (reducir muertes evitables y aumentar la esperanza de vida) y dar más vida a los años (vivir saludable y felizmente)(13).

En el documento se presenta al modelo biomédico como aquel que logró resolver problemas en su momento, pero que desde la década del 90 sería insuficiente para dar respuesta a los nuevos desafíos en el área de salud. Se señala la necesidad de pasar de una concepción biomédica centrado en la enfermedad a uno biopsicosocial, con una mirada más amplia de la salud(13). La concepción biopsicosocial de la salud reconoce la naturaleza multifactorial de los problemas de salud, identificando variables psicológicas, sociales, culturales y ambientales(13). Esta declaración vuelve a posicionar el ideario de la medicina social en las intervenciones realizadas en el nivel primario de atención, explicitando el deseo de abrir (reabrir) un espacio de inserción de otros profesionales (como psicólogos/as y asistentes sociales) que estarían convocados a participar activamente en el sector, considerándolo como una expresión de democratización de la salud (proceso de re-democratización)(13).

En este marco conceptual, la atención integral hace referencia a tres puntos, en primer lugar, hace alusión a la consideración de todos los aspectos del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedad para dar cuenta de la atención de salud, considerando el medio en el que se inserta el individuo (familia, barrio, medio ambiente) y su evolución a través del ciclo vital. En segundo lugar, a la

continuidad de la atención, es decir, al aseguramiento de la atención a través del ciclo vital y en cualquier estado de salud (sano, enfermo agudo, crónico, etc.), con oferta de atención permanente en la red de servicios de salud. Y, por último, al tipo de intervención requerida por la persona, sea esta, promocional, preventiva, recuperativa o rehabilitadora(13).

a) Modelo organizacional

Se plantea la necesidad de cambios importantes en el sector, pasando del modelo organizacional de los antiguos consultorios de AP a los Centro de Salud. El Centro de Salud tenía como propósito contribuir a elevar el nivel de salud de las personas y mejorar su calidad de vida, para esto debía tener en cuenta las condiciones en las cuales las personas viven y trabajan por lo que se propone trabajar con la población por territorios delimitados. Con esto último se introduce la sectorización, es decir el trabajo de un grupo de profesionales con una población determinada en un espacio delimitado geográficamente(13). Este punto es crucial, ya que se muestra como un signo de voluntad política para la modificación de la relación salud-comunidad, intentando volver a la perspectiva de tipo social-integral. Se indica la necesidad de atender a una población de tamaño tal que le permitiera conocer de forma efectiva a la población, sus necesidades y condicionantes. Dichos límites debían tomar en cuenta las divisiones geográficas naturales, de tipo político-administrativas y de accesibilidad(13).

Para cumplir con su propósito el centro debía programar y evaluar sus acciones, dando respuesta a políticas, programas y planes dispuestos para el sector, considerando a su vez las necesidades locales y el estado de salud global de la población. Sumado a lo anterior, debía considerar acciones con el intersector, dado la corresponsabilidad existente con otros actores sociales. Es así, como el centro de salud se configura como una instancia articuladora de alta complejidad(13).

Respecto a los ámbitos de acción, se señala que los centros de salud tenían al menos tres ámbitos: asistencial (desde una mirada integral), participación social y comunitaria en salud, y el trabajo intersectorial para el desarrollo local(13).

Respecto a la participación comunitaria se indica que esta: “...se constituye en un desafío que los equipos de salud deben asumir. Para ello deben mantener una actitud de apertura, con disposición a trabajar colaborativamente, a establecer relaciones horizontales con otros grupos y organizaciones locales. Esto significa un cambio en la manera de abordar los problemas de salud, en sus relaciones con la comunidad y en sus relaciones internas, cambio que incorpora los principios de participación, solidaridad, creatividad y trabajo en equipo multidisciplinario”(13).

b) Estructura y organización del trabajo.

Para llevar a cabo el cambio se estipula que la realización de actividades debía ser efectuada por medio de unidades agrupadas por propósitos operativos, estas áreas correspondían a la atención a las personas y familias (donde se incluyó el uso de la ficha familiar e instrumentos de diagnóstico de familia); trabajo con la comunidad y otros actores locales; y servicios internos o de apoyo(13).

La organización propuesta para dar respuesta a los requerimientos planteados por el Ministerio de Salud, Servicios de Salud y población a cargo fue la organización de tipo matricial cruzando los sectores (delimitados por territorio) con los programas existentes (materno-perinatal, niño y adolescente, adulto-senescente, buco-dental, sumando algunos generados localmente) (13), como se muestra en la figura 6.

Figura 6: Organización matricial del trabajo en atención primaria en salud

PROGRAMAS SECTORES	MATERNOPERINATAL	NIÑO Y ADOLESCENTE	ADULTO SENESENTE	BUCO DENTAL	TOTAL
1					
2					
3					
4					
TOTAL					

Fuente: Ministerio de Salud (1993). De consultorio a centro de salud

En relación con lo anterior, se indica que cada programa debía tener un encargado y un equipo de trabajo, además de un coordinador de sector y un equipo, existiendo un cruce efectivo en la organización matriz. Estas figuras debían ser complementarias en su accionar y pertenecían al consejo técnico del centro de salud. Este tipo de organización instaba a que los equipos deliberaran, negociaran y tomaran decisiones en conjunto, para poder efectivamente responder a los requerimientos del nivel central en el caso de los encargados de programa, y a las necesidades locales, en el caso de los coordinadores de sector, en un contexto de recursos limitados. Por otra parte, este tipo de organización era utilizada para analizar en términos globales la dotación de recursos humanos y su distribución dentro de la misma organización(13).

Se indica que la dirección del centro debía ser integradora dando direccionalidad a la organización a través de la planificación estratégica y operativa. La dirección integradora estaba compuesta por el director del establecimiento y el consejo técnico. Para conducir la organización, se utilizaban tres sistemas de conducción interna: la línea jerárquica (asesoraba y supervisaba), asesora (apoyo a decisiones en base a conocimientos especializados de tipo técnico) y funcional (control de la ejecución de acciones); consecuente con el principio de unidad de mando, siendo las dos últimas subsidiarias de la jerarquía de línea.

En términos de funcionamiento, se considera la existencia de dos procesos básicos (toma de decisiones y ejecución de actividades) y dos de apoyo (información, supervisión, monitoreo y evaluación, comunicación y coordinación)(13).

c) Equipo de salud

El trabajo realizado en los centros de salud estaba basado en el equipo de salud multidisciplinar en base a la interdisciplina. Se señalaba que las fortalezas y potencialidades del trabajo descansaban justamente en la heterogeneidad de sus miembros, permitiendo en su conjunto abordar de manera integral los

problemas. Para trabajar en equipo, las actividades debían ser integradas en una programación conjunta de objetivos y tareas, por lo que existían responsables de actividades en relación al nivel de capacitación de los/as miembros. Por otra parte, se señala que era necesario, para el logro de la integración, contactos, reuniones sistemáticas y/o informales(13).

“El trabajo en equipo busca además una mayor identidad de los funcionarios con su tarea y la institución, requiriendo y valorando el aporte específico de todos y cada uno de sus miembros. Permite una mayor eficiencia en el trabajo, produciéndose un proceso de aprendizaje colectivo...Se debe entender que existe un equipo de salud cuando un conjunto de individuos que laboran en una misma institución deliberadamente se proponen compartir y servir un propósito común. Esto implica aunar conocimientos, voluntades y poder para asumir funciones y responsabilidades. Para que el trabajo en equipo tenga éxito se necesita algo más que el mutuo acuerdo de trabajar juntos, es imprescindible efectuar esfuerzos concientes de preparación individual y grupal”(13).

Desde este punto se valora el trabajo en equipo como una condición necesaria para llevar a cabo las acciones de la AP. Esto no sólo se relaciona con la necesidad de contar con conocimiento amplio para hacer frente a los requerimientos de los individuos y comunidades, sino que también, se fundamenta desde el aumento de la calidad de la relación usuario-paciente, a través de la valoración de cada integrante como pieza fundamental para lograr la eficacia de las acciones, lo que aumenta el autoestima de los/las miembros y dignificar cada posición(13).

d) Estrategias para el cambio

En el documento, se declara que no existen intenciones de generar cambios radicales, sino más bien, aportar al avance de este tema en un contexto nuevo(13). Para poder realizar los cambios, es importante

realizar un reconocimiento de brecha, y plantear modificaciones de forma gradual. Se hace especial énfasis en el análisis de condiciones internas del equipo en relación a la apertura a la población(13).

Se indica que la resistencia al cambio es natural e inevitable, además, se reconoce la situación difícil por la que cursaba la AP en términos económicos, por lo que iniciar los cambios con exigencias se consideró poco prudente(13).

El proceso sería diferente en todos los establecimientos, requiriendo la generación de espacios de trabajo colectivo, reflexión y dialogo, para llegar al objetivo final. A su vez, se indica la importancia de resolver el tema de la sobredemanda asistencial en primera instancia haciendo uso del enfoque de riesgo(13).

2) *Modelo de atención integral en salud (2005)*

Este documento corresponde al primer escrito de la serie de cuadernos del nuevo Modelo de Atención donde se explican los fundamentos y características del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar. El modelo tiene sus bases en los valores y principios de la reforma de salud del año 2005: salud como un derecho, equidad, solidaridad y uso eficiente de recursos(60).

En los antecedentes del documento se indica nuevamente la necesidad de cambiar el modelo de atención a uno con enfoque integral que, sin desconocer el área biomédica, debe abordar con una mirada más amplia los problemas de la población, siendo un aspecto central el trabajo de los equipos de salud(60). Como fundamentos se indica el cambio epidemiológico y demográfico; el avance tecnológico; la mayor proactividad del usuario, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad, que demuestra una clara insatisfacción con el desempeño del sistema exigiendo un trato digno, con tolerancia y sin discriminación, respetando la privacidad y las costumbres, demandando ser parte de la toma de decisiones en salud y de obtener atención oportuna y de calidad¹(60). Se suma a los

¹ La encuesta de satisfacción del año 2000 mostró brechas relacionadas a resolutiveidad, tiempos de espera y calidad de atenciones.

fundamentos anteriores el fracaso del modelo curativo centrado en el hospital evidenciado por las largas listas de espera(60).

La transformación del modelo involucraba: énfasis en la promoción y prevención de la salud, resolución integral de los problemas de salud en red, resolución ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud, uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada, desarrollo de hospitales públicos al servicio de los requerimientos de la red asistencial, sustentables, y enfocados al desafío que introduce la problemática de salud del adulto(60).

El Modelo integral de salud en contexto de la Reforma se define como: *“el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*(60).

Se reitera que el modelo de atención se basa en un equipo multidisciplinario de liderazgo horizontal, que tiene a cargo una población determinada geográficamente. Dentro de sus atenciones incluye el enfoque familiar a cargo de un equipo de cabecera que la acompaña a través de su desarrollo en los que pueden existir momentos críticos, para lo cual se hace uso de consejería, educación y promoción en salud(60).

Se destaca que en este documento el concepto de integral incluye la comprehensividad de las atenciones de salud, la mirada biopsicosocial de la persona, las atenciones en el continuo salud-enfermedad, durante todo el ciclo vital individual y familiar, en cualquier contexto, considerando la interculturalidad, la perspectiva de género y la complementariedad con otras terapias de salud, lo que amplía aún más el concepto(60).

Se incluye el aumento de la capacidad resolutoria a través de la ambulatorización de la atención con consultorías de especialistas, normalización e incremento de establecimientos con mejores

instalaciones y la mejora de procesos, para aumentar la satisfacción usuaria(60). Además, aparece nuevamente la participación en salud, como un espacio de colaboración que permite identificar y analizar problemas, formular y negociar propuestas para satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada(60).

El modelo cambia a modelo de gestión en red, centrándose en cómo se integra la APS a esta. Este punto tiene relación con los objetivos que se esperan lograr durante el periodo: integración eficaz de redes, aseguramiento de las garantías explícitas en salud, mejorar satisfacción usuaria y uso racional de recursos. Una de las tres estrategias propuestas para el logro de los objetivos fue el fortalecimiento de la AP(60).

3) *En el camino a centro de salud familiar (2008)*

Este documento refuerza la idea del cambio del modelo, mencionando por primera vez el “Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario”. A diferencia del documento anterior este se enfoca en los equipos, como respuesta a las grandes diferencias observadas entre organizaciones en el proceso de cambio a través el tiempo(61). Se señala que efectivamente existieron consultorios que pasaron a ser centros de salud en el año 93 y luego otro grupo en el 98, con cambios realizados de manera desigual, en un proceso que no fue muy dirigido ni apoyado por el nivel central. En el documento se destaca la importancia de involucrar a los servicios de salud, los municipios y el ministerio en sus diferentes roles(61).

Se indica que la transformación, esta vez, de Centro de Salud a Centro de Salud Familiar, se enmarca en una política nacional de Reforma al Sistema Sanitario, que tenía como propósito la mejora de la calidad de vida de la población con un Modelo de atención sancionado por ley desde el año 2001, estableciendo las bases de una gestión en torno a redes asistenciales(61).

Al estar guiado por los objetivos de la década, se marca bastante en el discurso, al igual que el documento anterior, la concepción del individuo como sujeto de derechos(61).

Dentro de lo que es el cambio de paradigma, se repiten temas como pasar de un modelo biomédico a uno biopsicosocial, de lo individual a lo familiar y comunitario, de una práctica paternalista a la autodeterminación. En su descripción respecto al tipo de atención que debía ser provista, se destaca la continuidad, el cuidado integral de las familias, con enfoque preventivo y promocional, llevando a cabo acciones con el intersector y haciendo más responsables tanto al individuo, familia y comunidad de mejorar las condiciones de salud(61).

En este documento se separa lo integral de la continuidad del cuidado. Lo integral corresponde a la comprensión de los fenómenos que le ocurren a los individuos, familias y comunidades, y la forma de afrontarlos. En el caso de la continuidad se reconoce la existencia de tres tipos de continuidad: de cuidados, geográfica y relacional. En el caso de la primera se refiere a la prestación de cuidados en el continuo salud-enfermedad, a lo largo del ciclo vital, de acuerdo a sus diferentes necesidades que pueden ir desde la promoción a la rehabilitación. La segunda, a la realización de prestaciones en diferentes lugares, es decir, en la comunidad, domicilio, colegios, lugares de trabajo, etc. En el último caso, hace alusión a la creación de vínculos afectivos, de compromiso, de conocimiento y confianza mutua, como factores fundamentales para el logro de los objetivos planteados(61).

Respecto al equipo, se menciona que el cambio de paradigma trae consigo un gran desafío, dado que implica diferentes formas de entender el proceso salud-enfermedad, cambios en las formas de relacionarse y formas de realizar las atenciones(61). Con respecto al primer punto, se enfatiza en la necesidad de comprender realmente las situaciones de las personas, profundizando en sus sentimientos y emociones, preocupaciones, temores y expectativas, considerando los determinantes sociales que influyen en la vida de la persona, familia o comunidad(61). Como principios del establecimiento de relaciones se indica que estas deben contar con *“respeto mutuo, aceptación del otro como autónomo, distinto y único, interés por la persona y mejor entendimiento de lo contextual y personal, compromiso con el otro como ser social, explicar lo que el otro quiere saber, informar con honestidad, establecimiento de relaciones vinculantes”*(61), de tipo no jerarquizadas. El logro de la mirada integral

es producto de la sinergia de los participantes, generando interacciones que permitieran adaptarse a las nuevas competencias técnicas y relacionales solicitadas, siendo un signo de madurez de los equipos el trabajo transdisciplinar(61).

Dado el avance heterogéneo, se entrega una operacionalización de etapas, con ciertas características, necesidades y tareas que se deben cumplir, posibles crisis y productos deseados (anexo 1)(61). Se explicita la configuración de diferentes equipos durante este proceso, definiendo claramente al equipo de cabeza, los equipos transversales y de apoyo. A continuación, se presenta la definición de los dos primeros(61):

- Equipo de cabecera: conformados por enfermeras/os, matronas/es, técnicos paramédicos/as, asistentes sociales, y médicos/as. Este puede variar de acuerdo a aspectos epidemiológicos y la disponibilidad de recursos.
- Equipos transversales: profesionales y técnicos de salud, cuya misión es el apoyo al cuidado continuo y la promoción. Se constituyen según su especificidad, trabajando en forma coordinada e integrada con los equipos de cabecera de modo de lograr una visión integral por lo que se deben complementar habilidades y saberes a través del intercambio de información.

Por otra parte, se define la red asistencial como la interacción a través de vínculos dinámicos con otros establecimientos que permitan lograr la continuidad de los cuidados.

4) Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud (2009)

En este documento dirigido a los equipos de salud, se reitera que el “Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario” era el pilar de la reforma de sector salud durante esa década, explicitando que el modelo de la APS permitiría contribuir a la mejorar de la salud de la población y a minimizar las disparidades, dos de los objetivos sanitarios de década(62). Se reitera que dado la disparidad observada en la implementación del modelo es necesario sistematizar el proceso con

acciones concretas, siendo una de ellas tener al 100% de la población con cuidados realizados por un equipo de cabecera(62).

En este documento se define el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario de la misma forma como se definió el Modelo Integral en el año 2005(60,62) y agrega que este se orienta: *“a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer -incluido el intersector-y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”*(62).

Teniendo como base los informes de la OPS del año 2005 y 2008, se reconoce la complejidad de la APS indicando que esta va más allá del nivel primario de atención que otorga prestaciones básicas y orientadas a poblaciones vulnerables, sino que tiene ciertas características como flexibilidad, adaptándose a variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos, y puede ser altamente resolutive de casos complejos, facilitando el abordaje de pacientes con múltiples enfermedades en un proceso continuo de atención, siendo cercano a la gente, por lo que permite la participación y el involucramiento de las comunidades, además de otorgar prestaciones de amplia gama desde la promoción hasta la curación oportuna(62).

Considerando estos informes el documento menciona el nuevo foco que fortalecería las acciones del primer nivel: la APS renovada, orientada a cumplir con los objetivos del milenio(62).

Esta renovación implica una reorganización importante de los sistemas de salud y en la relación de sus actores. Los cambios más relevantes dicen relación con lograr(62): 1) una APS fuerte, entendida como aquella que contiene al menos seis estrategias: centrada en el paciente, con servicios integrales e integrados, continuidad de la atención, acceso libre a la población sin limitaciones y con cobertura

universal, con atención asignada a una población determinada y coordinada con otros servicios para responder a la población, 2) la integración funcional de la red asistencial, e 3) incorporar estrategias de trabajo intersectorial y participación social orientadas al manejo de los determinantes sociales de la salud(63).

Además, se incorporan la detección y atención de problemas psicosociales emergentes como la violencia intrafamiliar, adicciones, disfunciones familiares, etc.(62)

En el documento se refuerzan varios temas tratados en el del año 2005, entregando más herramientas para trabajar con el equipo de AP. Como tema central, se incentiva nuevamente el trabajo colaborativo para dejar atrás el modelo de trabajo tradicional fragmentado; la gestión participativa, permitiendo que todos/as accedan a la información para favorecer el intercambio de conocimientos, análisis en conjunto, establecimiento de metas y acciones planificadas; incorporar a los/as usuarios/as y comunidad; avanzar en el pensamiento sistémico; resaltar la construcción de lo colectivo; y reconocer las diferencias individuales(62).

Se entregan directrices para trabajar la comprensión de los roles de cada miembro del equipo multiprofesional, el valor de este, el autoconocimiento, la autonomía/interdependencia, comunicación, reducir las oportunidades de conflicto, aumentar la confianza y el respeto mutuo, favorecer la cooperación y participación, reducir las jerarquías, favorecer el sentido de pertenencia, trabajar en la motivación constante, entre otros(62).

Además, se entregan directrices a los gestores para lograr la participación en el equipo, entendiendo que esta *“permite ofrecer nuevas ideas, ayudar a solucionar conflictos y mejorar la cooperación, la satisfacción y la productividad en el trabajo, democratizar el desempeño de los equipos, con temas donde el poder está en los miembros del equipo”*(62).

Los/as gestores/as deben estar atentos/as a que cada uno/a de los/as miembros del equipo se identifique con el proceso de trabajo. Para ello se recomienda que la propuesta de trabajo sea comprendida y

aceptada por todos/as, trabajar el tema de la responsabilidad individual y colectiva, favorecer la realización de reuniones periódicas con registro de acuerdos, evitar la duplicidad de funciones y la sobrecarga, intercambiar información, favorecer un ambiente de confianza y permitir la expresión de todos/as los/as miembros, además de cerciorarse que cada miembro tenga una función y hacer seguimiento y evaluación de su propio desempeño(62).

Se expone también una serie de recomendaciones para mantener el cambio como: lograr participación y adherencia de todos/as los actores involucrados en el cambio de modelo de atención (Autoridades nacionales, regionales y locales, equipos técnicos de los Servicios de Salud, equipos de Salud, comunidad, academia); detectar 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/as; fortalecimiento de la sistematización de experiencias conducentes a investigaciones que logren demostrar las ventajas del modelo en términos de resultados de salud, eficiencia, equidad, participación y satisfacción de las personas, y equipos de salud, comparándolo con experiencias extranjeras; establecimiento de alianzas estratégicas docente asistencial para la educación continua, desarrollo de proyectos de investigación y fortalecimiento de la docencia; entre otras(62).

De manera similar al documento anterior, el mensaje se focaliza en el funcionamiento de los equipos de salud, esta vez comprometiendo al gestor/a en la tarea de lograr que los equipos colaboren entre sí y tomen decisiones en conjunto. Indicando que este sería un punto crucial para lograr todos los compromisos del gobierno central desde los objetivos sanitarios hasta los objetivos del milenio y el cumplimiento de los lineamientos entregados por organismos internacionales como la OPS.

5) *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (2013)*

En este documento se vuelve a presentar la definición del modelo de atención integral y lo que conlleva. Se presenta con más detalle los principios, indicando que los tres principales son: centrado en la persona, integralidad de la atención y continuidad del cuidado(51).

Figura 7: Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria



Fuente: Subsecretaria de Redes asistencial (2013). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

1. Centrado en la persona: se consideran las necesidades y expectativas de los individuos y sus familias, se trabaja con ellas un plan en el cual se deja en claro que es de responsabilidad compartida, tanto del equipo de salud como de los/las usuarios/as, haciendo énfasis en los derechos y deberes de las personas.
2. Integralidad: se consideran dos perspectivas, la comprehensividad de los cuidados, es decir una amplia cartera de servicios disponible para dar respuesta a las necesidades; y la visión de la persona desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural, considerando el sistema de creencias y significados de las personas.
3. Continuidad del cuidado: se consideran tres perspectivas, la del paciente, la clínica y la funcional. Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la mirada clínica abarca la coordinación de acciones que depende del estado del paciente y las decisiones del equipo de salud, incluye la integración vertical (diferentes niveles) y horizontal (mismo nivel), sin perder la visión longitudinal, es decir, sin perder información a través del cuidado. Finalmente, desde lo funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos,

planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema.

a) Marco legal vigente

En el documento del año 2013, se da espacio para explicitar el marco legal que regula los centros de salud hasta esa fecha correspondiendo al Estatuto de Atención Primaria, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (ley 19.378 de abril de 1995) y La ley de Autoridad Sanitaria (19.937 de febrero de 2004)(51). En el primero, se destaca que los servicios de AP se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar (PSF), en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento(51).

Se indica que a partir del año 2005 se inicia un proceso de medición del cumplimiento de las actividades del plan de Salud que financia el aporte estatal, lo que se conoce el día de hoy como IAAPS: Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud(51).

De acuerdo al decreto 31 que determina el aporte estatal a municipalidades para traspaso a entidades administradoras de salud municipal, el aporte estatal es determinado anualmente mediante decreto del Ministerio de Salud previo a consulta con el Gobierno Regional correspondiente y los ministros del interior y de Hacienda. Se indica que para determinar el monto es necesario conocer la cantidad de prestaciones y/o acciones efectivamente realizadas, a través de la evaluación de los anteriormente nombrados IAAPS, incluyendo dentro de ellos indicadores de actividad evaluados en estrategias de las redes integradas de servicios de salud (RISS), de producción, de cobertura y de impacto, y un sistema de evaluación de cumplimiento, esquematizado en diferentes tramos(64).

Según el artículo 5 del decreto 31 *“Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el "Plan de Salud Familiar", que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de*

salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda. A continuación, se indican las prestaciones y/o acciones consolidadas por curso de vida:”(64)

Tabla 6: Prestaciones y/o acciones de salud de acuerdo al curso de vida

Curso de vida	Prestaciones y/o acciones de salud
Salud de niños y niñas	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud del niño sano. • Evaluación del desarrollo psicomotor. • Control de malnutrición. • Control de lactancia materna. • Educación a grupos de riesgo. • Consulta nutricional. • Consulta de morbilidad. • Control de enfermedades crónicas. • Consulta por déficit del desarrollo psicomotor. • Consulta kinésica. • Consulta y consejería de salud mental. • Vacunación. • Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Atención a domicilio. • Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales. • Examen de salud odontológico. Educación grupal odontológica. • Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes). • Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías). • Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia). • Radiografías odontológicas.
Salud de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Control de salud. • Consulta morbilidad. • Control crónico. • Control prenatal Control de puerperio. • Control de regulación de fecundidad. • Consejería en salud sexual y reproductiva. • Control ginecológico preventivo. • Educación grupal. Consulta morbilidad obstétrica. • Consulta morbilidad ginecológica. • Intervención Psicosocial. Consulta y/o consejería en salud mental. • Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Atención a domicilio. • Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales. • Examen de salud odontológico. • Educación grupal odontológica. • Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes). • Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje). • Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera

	<ul style="list-style-type: none"> fase). • Radiografías odontológicas.
Salud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal. • Control de puerperio. • Control de regulación de fecundidad. • Consejería en salud sexual y reproductiva. • Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años. • Educación grupal. • Consulta morbilidad obstétrica. • Consulta morbilidad ginecológica. • Consulta nutricional. • Programa Nacional de Alimentación Complementaria. • Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre. • Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar. • Examen de salud odontológico en gestante. • Educación grupal odontológica en gestante. • Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario). • Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje). • Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase). • Radiografías odontológicas.
Salud de adultos y adultas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de morbilidad. • Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más. • Consulta nutricional. • Control de salud. • Intervención psicosocial. • Consulta y/o consejería de salud mental. • Educación grupal. • Atención a domicilio. • Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus. • Curación de pie diabético. • Intervención grupal de actividad física. • Consulta kinésica. • Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario). • Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario). • Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase). • Radiografías odontológicas.
Salud de adultos y adultas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de morbilidad. • Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más. • Consulta nutricional. • Control de salud. • Intervención psicosocial. • Consulta de salud mental. • Educación grupal. • Consulta kinésica. • Vacunación anti influenza. • Atención a domicilio. • Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.

	<ul style="list-style-type: none"> • Atención podología a pacientes con diabetes mellitus. • Curación de pie diabético. • Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario). • Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario). • Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase). • Radiografías odontológicas.
Actividades generales asociadas a todos los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Educación grupal ambiental. • Consejería familiar. • Visita domiciliaria integral. • Consulta social. • Tratamiento y curaciones. • Extensión horaria. Intervención familiar psicosocial. • Diagnóstico y control de la tuberculosis. • Exámenes de laboratorio básico

Fuente: Decreto 31, Ministerio de Salud, 2017.

A lo anterior se suman las acciones asociadas a las garantías explícitas en salud y otras derivadas del plan anual de salud comunal según lo indicado en las orientaciones para la planificación y programación en red anual(64,65).

b) Equipo de salud

Se indica la necesidad de contar con equipos multiprofesionales. Se hace alusión a una organización interna que favorezca la comunicación, intercambio de experiencias y las decisiones interdisciplinarias. Los/las profesionales deben desarrollar roles de manera individual y orientado al colectivo, es así como se indican al menos tres ámbitos de desarrollo: funciones asistenciales tradicionales, participación social y comunitaria, y trabajo intersectorial orientado al desarrollo global de la localidad a cargo(51). Cabe señalar, que a pesar de la existencia de estos tres ámbitos de desarrollo la mayor parte de los programas contemplados en el PSF consideran actividades centradas en el individuo, exceptuando la consejería familiar, visita domiciliaria integral, consulta social y la intervención familiar psicosocial, actividades que requieren el involucramiento de al menos dos profesionales. En vista de lo anteriormente señalado, las orientaciones para la implementación del modelo hacen hincapié en la necesidad de los equipos de disponer de tiempo para evaluar su plan de trabajo, analizar casos clínicos

y estudios de familia, autoevaluar su grado de madurez y desempeño como equipo en la ejecución del trabajo; actividades que se desarrollan en las reuniones de equipo, espacio definido que cuenta con una periodicidad determinada y en el cual participan todos/as los/as miembros del equipo, no sólo los profesionales de salud. Además, se indica que los equipos deben contar con tiempo para participar en reuniones recreativas o sociales, que les permita mantener un clima laboral adecuado(51).

Los equipos con población a cargo o equipos de cabecera son reconocidos como la unidad básica de trabajo, compuesta por profesionales, técnicos y administrativos. Se indica que los equipos deben cumplir con ciertos criterios como alto desempeño, donde las competencias de los individuos se potencian y se logra un resultado sinérgico, transdisciplina, gestión del conocimiento para resolución de problemas complejos, autocuidado del equipo y orientación al fortalecimiento de la identidad del equipo(66), complementando sus acciones con los equipos transversales y de apoyo.

6) *Evolución del trabajo en equipo en documentos entre 1993 a 2013*

A continuación, se resume el objetivo de cada documento, aspectos destacados respecto a los equipos de salud y conceptos relacionados a los equipos de salud (tabla 7).

Tabla 7: Descripción de documentos emanados de la autoridad sanitaria para equipos de APS entre 1993 y 2013, del Ministerio de Salud.

Año	Nombre del documento	Objetivo de la publicación	Descripción breve contenido respecto a equipos de salud	Conceptos claves respecto a equipos de salud
1993	De Consultorio a Centro de Salud	Documento conceptual que marca el “deber ser” de la atención primaria, considerando la necesidad de desarrollar un pensamiento colectivo que rescate lo mejor de la trayectoria de la salud pública del país.	Se sientan las bases del trabajo multidisciplinario orientado al abordaje de problemas desde la perspectiva biopsicosocial. Se declara la necesidad trabajar en el territorio con alta participación social, establecimiento de relaciones horizontales y amplio conocimiento de este a través del trabajo sectorizado.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo territorial/sectorización. • Organización matricial. • Equipo Multidisciplinario. • Trabajo en equipo. • Relaciones horizontales. • Negociación y toma de decisiones en conjunto. • Reuniones de equipo. • Identidad colectiva. • Aprendizaje colectivo. • Trabajo intersectorial.

2005	Modelo de Atención Integral en Salud	Documento dirigido a directivos y trabajadores que busca “sintetizar los fundamentos y características del modelo de atención integral del sector público, y como se hace operativo a través de sus modelos de gestión” (p.3) considerando la red de atención.	Se reitera la necesidad del cambio del modelo, siendo un aspecto central el trabajo de los equipos de salud. Sin embargo, no se entregan lineamientos concretos para este fin. Etapa centrada en la satisfacción de la población, mejora de la capacidad resolutive y control de costos, en contexto de Reforma de Salud del año 2005.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de salud como asesor y acompañador. • Equipo de cabecera. • Equipo multidisciplinario. • Liderazgo horizontal. • Trabajo intersectorial.
2008	En el camino a Centro de Salud Familiar	Documento que alinea a los equipos que aún no logran transformarse en centro de salud familiar a través de la evidencia existente hasta ese momento proveniente de diferentes fuentes. Se entregan herramientas de evaluación de avance de los equipos y los pasos a seguir.	Este documento centra gran parte de su desarrollo en las etapas de cambio para pasar a centro de salud familiar lo que requería un trabajo profundo con los equipos de salud. Este documento nace en respuesta al avance desigual del modelo en los centros de salud de la APS. Aparecen bien definidos los equipos de cabecera y los equipos transversales.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque multidisciplinario. • Trabajo en equipo no jerarquizado. • Respeto mutuo. • Relaciones vinculantes. • Etapas del cambio organizacional centradas en el equipo.
2009	Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud	Documento de reforzamiento para la implementación del modelo de atención, centrado en las mejores prácticas en gestión, en términos clínicos y en la relación con la comunidad.	Se reitera la necesidad de sistematizar el proceso con acciones concretas que permita la implementación completa del modelo y tener al 100% de la población con cuidados realizados por un equipo de cabecera. Se incentiva el trabajo colaborativo por sobre el trabajo tradicional fragmentado.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque multidisciplinario. • Trabajo en equipo. • Reuniones periódicas. • Información disponible para todos/as. • Integración de conocimientos. • Roles para cada profesional. • Autonomía/interdependencia. • Reducir jerarquías. • Sentido de pertenencia. • Participación activa de los miembros del equipo. • Construcción de lo colectivo. • Evaluación de la autopercepción del equipo
2013	Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	Documento destinado a servir como orientación técnica para dirigir sistemáticamente los procesos a seguir para implementar los fundamentos del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, poniendo énfasis en la implementación, promoviendo un modelo de gestión de enfoque territorial, con una organización de los servicios en red.	Se entregan lineamientos claros de la forma en que deben trabajar los equipos multiprofesionales en base a la transdisciplina. Se hace énfasis en el avance de equipos por programa a equipos territoriales e intercambio fluido de información y experiencias. Se señala la necesidad de contar con reuniones de equipo que permita discutir casos, analizar el avance del equipo, evaluar el mismo, además de contar con instancias fuera del recinto para mejorar el clima laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de cabecera como unidad básica. • Organización matricial. • Avance de equipos por programa a equipos territoriales con carácter multiprofesional. • Reuniones de equipo. • Información de pacientes disponible para todos/as. • Favorecer comunicación, intercambio de información y experiencias. • Transdisciplina. • Gestión del conocimiento • Participación efectiva de todos/as los/as miembros. • Decisiones interdisciplinarias. • Autocuidado del equipo.

Fuente: Elaboración propia

Se observa una evolución de los documentos que orientan el trabajo en APS desde una declaración de intención del año 1993 a la entrega de herramientas y lineamientos concretos desde el año 2008. El documento del año 1993 está marcado por los ideales plasmados en la declaración de Alma Ata, caracterizándose por sentar las bases conceptuales del modelo de atención por lo que es eminentemente teórico.

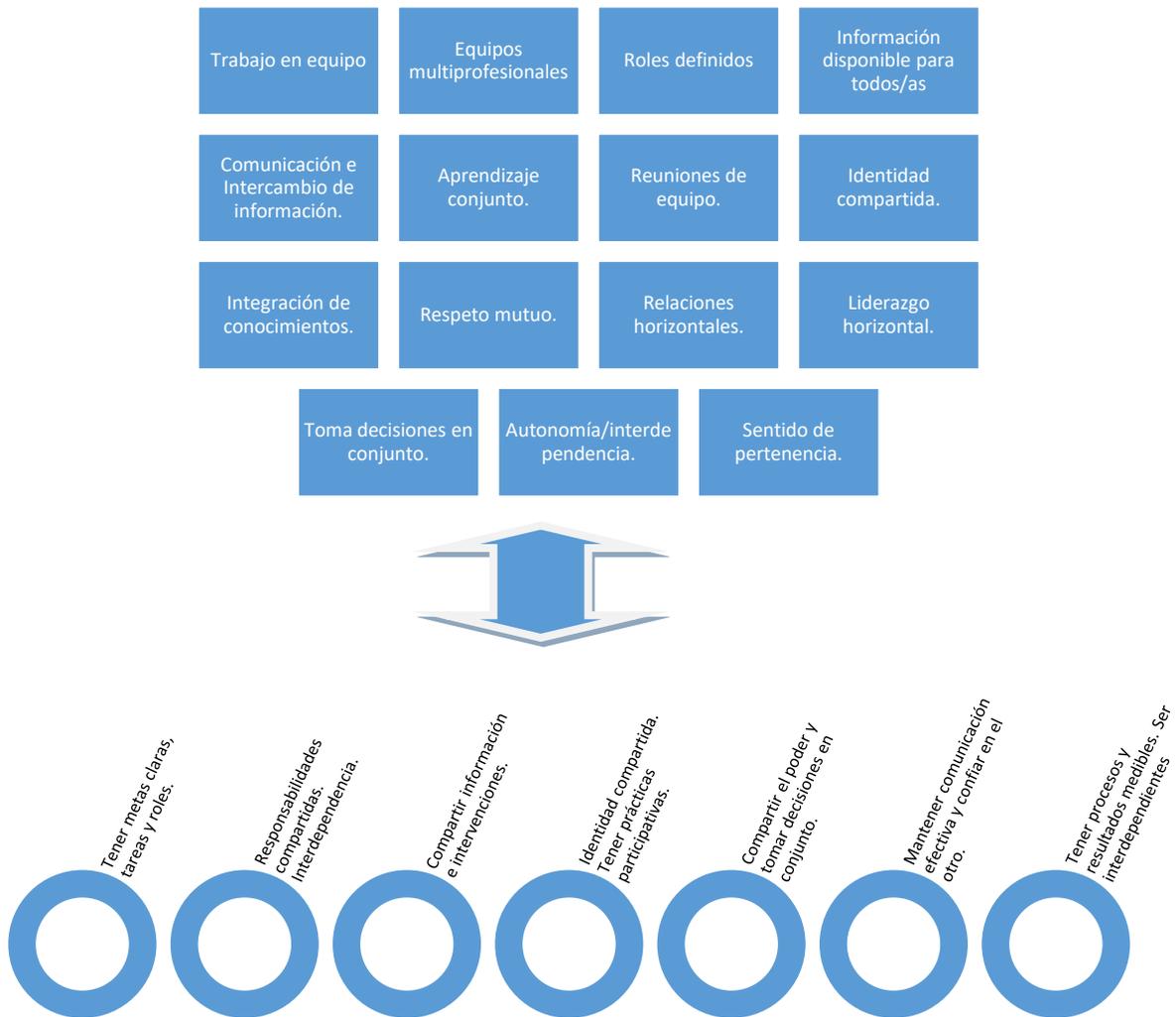
El documento del año 2005 se centra en aspectos relacionados a la reforma de salud por lo que deja de lado a los equipos, sin embargo, se observa la necesidad de considerar al usuario en el centro de las acciones del equipo de salud y la disposición de nuevos sistemas de información que permitirían contar con una infraestructura común para recolectar e intercambiar información.

Los documentos de los años 2008 y 2009 se configuran como claros mapas de ruta para los equipos. Se observa el cambio de nomenclatura desde equipo multidisciplinar a multiprofesional en términos de composición y de relaciones basadas en la interdisciplina a la transdisciplina.

Finalmente, en el documento del año 2013, orientación vigente hasta el día de hoy, se vuelven a presentar elementos conceptuales y operativos que orientan a la colaboración en la mayor parte de sus indicadores, sugiriendo incluso características específicas respecto como el contar con un espacio privilegiado de trabajo como lo son las reuniones de equipo.

De esta manera, se observa que a través de la historia se han entregaron lineamientos relacionados a las interacciones entre miembros del equipo de APS que concuerdan con lo conocido internacionalmente con la colaboración interprofesional (figura 8), incentivando la comprensión de los roles de cada miembro del equipo, el valor de este, el autoconocimiento, la autonomía/interdependencia, comunicación, la reducción de oportunidades de conflicto, el aumento de la confianza y el respeto mutuo, la cooperación y participación, reducción de las jerarquías, promoción de un sentido de pertenencia, entre otros.

Figura 8: Elementos comunes entre la colaboración interprofesional y la descripción de trabajo en equipo de los documentos del Modelo Integral de Atención en salud de Chile entre 1993 y 2013.



Fuente: Elaboración propia

Sección 1.03 COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL E INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA DE APS EN CHILE

Como se pudo analizar en el capítulo anterior que la política nacional de salud para la atención primaria ha desarrollado progresivamente un modelo de cuidados centrados en el individuo considerando a las personas, familias y comunidades desde una perspectiva biopsicosocial que concibe la salud teniendo en cuenta las interacciones entre sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de forma igualitaria(67–69); lo anterior se concreta, de acuerdo a los lineamientos vigentes, a través de acciones realizadas por equipos multiprofesionales que trabajan a través de la transdisciplina.

Se destaca que a través de la construcción de nuevas formas de interactuar entre los miembros del equipo desde acciones lideradas por estamentos en base a programas de salud hacia equipos multiprofesionales que trabajan en el territorio, se ha descrito una serie de características de la forma de trabajar que concuerdan con el concepto de colaboración interprofesional. De esta forma, La colaboración interprofesional es un concepto que ha sido identificado de manera emergente al trabajar con los documentos que construyen el modelo de atención integral en salud a través del tiempo.

Existen otros conceptos mencionados, pero a diferencia de la colaboración interprofesional, han sido modificados a través del tiempo. Un ejemplo de ello es el cambio de equipo multidisciplinar a interdisciplinar y luego a transdisciplinar, muchas veces siendo utilizado de manera intercambiable. La colaboración interprofesional se presenta definida más claramente a través de la presentación de los elementos que la componen, aspecto que quedó en evidencia al exponer la evolución de conceptos claves relacionados a los equipos de salud incluidos en el modelo de atención a través del tiempo.

Considerando lo anterior, un estudio realizado por este equipo de investigación analizó la alineación entre la política nacional de salud relacionada con el modelo biopsicosocial, y la forma en cómo se manifiesta el cuidado centrado en la persona y la colaboración interprofesional a través de la revisión

de los programas de salud vigentes hasta el año 2019. En este estudio se observó que si bien la justificación de los programas generalmente hacía referencia al modelo biopsicosocial las intervenciones realizadas tenían un foco biomédico(59,68,69) promoviendo el trabajo profesional independiente. De un total de 13 programas analizados, seis fueron consistentes en su justificación, intervenciones y tipo de interacciones profesionales esperadas (figura 9): dos programas presentaban una orientación biopsicosocial, dos una orientación biomédica, y dos una orientación mixta(14).



Fuente: Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA, Martinez-Gutierrez MS (2020). National Health Policy Reform for Primary Care in Chile: A Qualitative Analysis of the Health Program Documents.

Dado el modelo impulsado por la autoridad sanitaria, era esperable que dicha impronta estuviera plasmada en las orientaciones entregadas por los profesionales en APS en las actividades a realizar con las personas, familia y comunidades con un enfoque biopsicosocial claro. Contrario a esto, observamos el predominio de intervenciones de tipo biomédicas con trabajo uniprofesional. Este hallazgo levanta dudas respecto a lo que realmente está siendo transmitido a los equipos de APS al evidenciar incongruencias entre lo que se propone teóricamente (modelo teórico y relaciones interprofesionales) y lo que se solicita en términos asistenciales.

Los procesos que ocurren dentro de los equipos están influidos por múltiples factores generando diferentes resultados intermedios y finales(12,29). Autores han señalado que las estructuras de poder de tipo legales, políticas y económicas pueden retrasar e incluso obstruir el avance de los modelos de colaboración interprofesional(15).

El proceso de implementación de esta práctica puede ser invalidada a través de la mantención de estructuras centradas en el paradigma biomédico que incluye la división y organización del trabajo bajo la estructura matricial, la preservación de mecanismos de financiamiento a través de pago por servicio con reembolso de prestaciones únicamente de tipo médicas, sumado a las mediciones de desempeño de los equipos e impacto en salud a través de indicadores centrados en el modelo biomédico(15,16,20,70,71). Por otra parte, se ha indicado que el no contar con una filosofía clara y compartida(20) pueden hacer fallar la implementación de ciertas intervenciones que promueven la colaboración interprofesional como las reuniones de equipo(71,72).

La mayor parte de los investigadores ha reconocido la importancia de las políticas y procedimientos en la orientación de las acciones de los profesionales para el desarrollo de la colaboración interprofesional(29). La colaboración interprofesional corresponde a una innovación en el sistema que conlleva cambios estructurales y organizacionales profundos(3) los que deben ser difundidos a través de diferentes estrategias siendo una de ellas los instrumentos de política pública(73). Dichos instrumentos deben contar con un contenido claro, fuerte y consistente con el fin de evitar incongruencias que pueden ser transmitidas al quehacer profesional.

Según Lascoumes y Le Gales los instrumentos de política *“constituyen un dispositivo técnico y social, que organiza relaciones sociales específicas entre el estado y aquellos a quienes va dirigido, de acuerdo a las representaciones y significados que acarrea. Es un tipo particular de institución, un dispositivo técnico con un propósito genérico de llevar un concepto concreto de la relación política/sociedad y sostenido a través del concepto de regulación”*(74).

Los instrumentos de política pública no son herramientas con una neutralidad axiológica perfecta disponible de manera igualitaria, por el contrario, estos se encuentran cargados de valores, llenos de interpretaciones de lo social que cuentan con un modo predeterminado de regulación. La selección de los instrumentos está íntimamente relacionada al diseño de la política pública por lo que estas decisiones van determinando la forma en que *“los gobernantes se relacionan con los gobernados”*(74).

Si bien los instrumentos pueden tomar diferentes formas todos tienen tres componentes: un sustrato técnico, una representación esquemática de la organización y una gestión filosófica(74). Dado que los instrumentos no son dispositivos meramente técnicos, estos producen efectos específicos (incluso algunos no esperados) independiente de los objetivos declarados por lo que estructuran la política pública de acuerdo con su propia lógica. Lascoumes y Le Gales señalan que existen cinco tipos de instrumentos: legislativos y regulatorios, económicos y fiscales, basado en acuerdo y basados en incentivos, basados en información y basados en comunicación e instrumentos de Facto, de Juro y estándares de buenas prácticas(74).

Así, los instrumentos corresponden a instituciones, ya que en parte determinan la forma en que los actores se comportarán creando incertidumbre respecto a los desbalances de poder e impulsando una cierta representación de los problemas(74). A su vez, los instrumentos permiten que ciertas formas de acción colectiva se establezcan haciendo que el comportamiento de los actores sea más predecible y visible debido a que son dispositivos que ejercen poder y diseminan modelos cognitivos(74).

En particular los programas de salud en APS son los instrumentos que agrupan proyectos que apuntan a la política en una dirección definida a través de una serie de acciones que unen los recursos para el logro de ciertos objetivos(75) razón por la cual son los instrumentos más adecuados a la hora de analizar los lineamientos operativos que determinarán las acciones en salud a diferencia de los instrumentos de nivel superior como planes, estrategias y políticas propiamente tal. Los instrumentos de nivel superior antes mencionados presentan ideas generales que fundamentan una intervención, entregan una planificación general para el logro de los objetivos a largo plazo y presentan los principios a través de los cuales el gobierno utiliza su autoridad formal y regulatoria para guiar el comportamiento de las diferentes organizaciones(75).

De esta forma, los programas de salud se configuran como un mecanismo de control social que determina la forma en que la autoridad sanitaria se relaciona con los trabajadores que realizan labores en APS. Dado su alcance es fundamental contar con instrumentos que tengan consistencia interna, la

que resulta ser, hasta el momento, cuestionable bajo los supuestos inicialmente propuestos en la investigación realizada por este equipo.

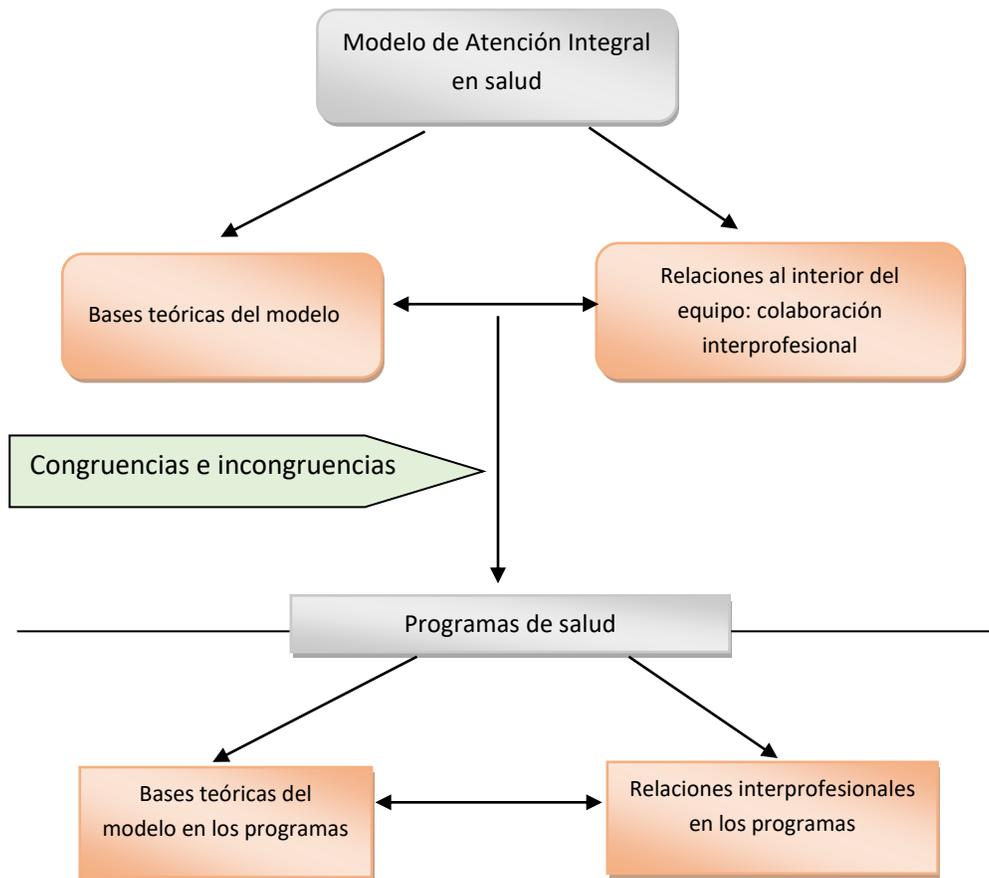
Particularmente, se ha indicado que la colaboración interprofesional se ve influida por una extensa lista de factores lo que aumenta la posibilidad de encontrar incongruencias al interior de los instrumentos de política pública en buena medida porque son instrumentos que no tienen como fin último la promoción la colaboración interprofesional.

Es por esta razón que se hace necesario analizar la forma en que el contenido de la política pública es traducido a lineamientos operativos a través de la revisión de los programas de salud de APS con el fin de identificar las congruencia e incongruencia existentes entre las bases teóricas y las relaciones interprofesionales del modelo de atención de salud integral y lo presentado en los programas de salud. Lo anterior permitirá entregar recomendaciones en el diseño de políticas públicas en salud, el trabajo de los equipos y el área de educación.

Para esto se revisará en profundidad las bases teóricas del modelo, modelo que como se ha demostrado hasta el momento promueve la colaboración interprofesional. Una vez que se haya analizado este nivel jerárquico superior que corresponde a la política pública de APS, se analizarán los programas de salud para poder identificar si la relación entre bases teóricas y las relaciones interprofesionales del MAIS se transmiten de manera congruente o incongruente a las bases teóricas y las relaciones interprofesionales configuradas en los programas.

La representación esquemática del objeto de estudio se presenta en la figura 10. Se destaca que es esperable que ambos niveles lineamiento de política pública (MAIS) y lineamientos operativos (programas) funcionaran como un espejo en el caso de existir total congruencia. La revisión exhaustiva y proceso analítico del punto anterior permitirá comprender las congruencias e incongruencias existentes entre los niveles en la relación establecida.

Figura 10: Objeto de estudio de investigación



Fuente: Elaboración propia

Capítulo III: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, SUPUESTOS Y OBJETIVOS.

Sección 1.04 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las congruencias e incongruencias entre las bases teóricas y las relaciones interprofesionales definidas en el modelo de atención de salud integral con lo establecido en los programas de salud entre 2013 y 2021?

Sección 1.05 Supuesto

1. El modelo de atención integral de salud (MAIS) familiar y comunitario ha orientado progresivamente al desarrollo de la colaboración interprofesional en los equipos de APS, sin embargo, se observan incongruencias entre las bases teóricas de este y los lineamientos entregados a través de los programas de salud favoreciendo el trabajo uniprofesional.

Sección 1.06 Objetivos

(a) General

Comprender cuáles son las congruencias e incongruencias entre las bases teóricas y las relaciones interprofesionales definidas en el modelo de atención de salud integral con lo establecido en los programas de salud entre 2013 y 2021.

(b) Específicos

1. Describir exhaustivamente las bases teóricas del modelo de atención integral de salud.
2. Identificar y describir el contenido de los programas que regulan y/u orientan las actividades asistenciales de los profesionales de APS en conjunto con sus indicadores, respecto de las relaciones interprofesionales delineadas considerando las bases teóricas que fundamentan el MAIS.

3. Develar similitudes, diferencias y articulaciones del contenido de los programas de salud de APS respecto de las relaciones interprofesionales considerando las bases teóricas que fundamentan el MAIS.
4. Proponer recomendaciones respecto a la colaboración interprofesional en el diseño de políticas en APS, el desempeño de los equipos y la formación profesional.

Capítulo IV: DISEÑO METODOLOGICO

Sección 1.07 Diseño de estudio

Estudio cualitativo. Análisis del contenido de política pública. El análisis del contenido de la política implica analizar el origen, intenciones y formas en que opera una política específica (76). Para analizar el contenido “transferido” (77) por la política se considera un marco desde el área de política pública que contiene los componentes del diseño de esta como la decisión política, el problema, objetivo/meta y las mediciones en política (indicadores)(77).

Se llevó a cabo un análisis de contenido de los programas de salud de APS a través de análisis documental.

Sección 1.08 Diseño Muestral

Se realizó un muestreo intencional guiado por una búsqueda exhaustiva(78) de literatura gris en sitios web y bases de datos oficiales gubernamentales de acceso público(79), utilizando como términos clave: atención primaria en salud, programas, guías, orientaciones técnicas, programas de ciclo vital y programas transversales. Se incluyeron documentos actualizados o publicados por la autoridad sanitaria entre 2013 y 2021 orientados a profesionales de APS y que abordaran aspectos programáticos. Se excluyó del análisis documentos relacionados a las garantías explícitas en salud, programas de resolutiveidad, documentos que se enfocaran en el funcionamiento de la red de salud integrada y otros documentos legislativos, normativos, informativos o de estandarización de práctica orientados al funcionamiento interno de las organizaciones en APS (orientaciones programáticas, orientaciones temáticas específicas, modelos de gestión, resoluciones exentas, ordinarios, normas, circulares, reglamentos, leyes, manuales de gestión). Para verificar que se contaba con la totalidad de los documentos requeridos para contestar la pregunta de investigación se consideró las prestaciones y/o acciones contempladas en el plan de salud familiar y que cuentan con financiamiento fiscal de acuerdo al decreto 31; de igual manera se consideró la matriz de cuidados donde se expone la totalidad de los

indicadores medidos en APS. En primera instancia se estimó el análisis de al menos 25 documentos que incluían la estrategia nacional de salud, el plan nacional de salud, las orientaciones programáticas de cada año analizado y los programas vigentes. Posteriormente se limitó a los programas de salud teniendo en consideración la jerarquía de los instrumentos utilizados para la planificación en el sector salud en Chile y la planificación actual de los cuidados en APS que sigue una lógica de curso de vida(75). La identificación de elementos de análisis fue apoyada por una informante clave, a saber, la informante clave contaba con 10 años de experiencia laboral en APS, además de experiencia en cargos de responsabilidad a nivel ministerial en la división de atención primaria e investigación en el área.

De manera adicional, se analizaron los documentos que construyen el MAIS para describir en detalle las bases teóricas del modelo de atención y la matriz de cuidados a lo largo del curso de vida que contiene los indicadores de actividad vigentes en la APS.

Sección 1.09 Estrategia de producción de datos

El análisis de documentos en este contexto corresponde a un proceso sistemático para revisar y evaluar los documentos de políticas de salud que requiere que los datos se compilen, desarmen, vuelvan a ensamblar e interpreten con el fin de obtener significado, ganar comprensión y desarrollar conocimiento empírico(80).

Dentro del análisis documental se considera el desarrollo de cinco etapas presentadas en la figura 11(81–84):

Figura 11: Etapas de análisis documental



Fuente: Elaboración propia.

Sección 1.10 Análisis de datos

Se realizó un análisis narrativo de contenido el que consiste en analizar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado(85). En general el análisis de datos cualitativos pretende buscar tendencias, tipologías, regularidades o patrones y la obtención de datos únicos. Los datos recogidos se traducen en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y establecer posibles contrastes(85). El proceso de análisis del contenido de los documentos considera los siguientes pasos:

1) Lectura y organización de datos: los documentos fueron revisados varias veces para lograr familiarizarse con el formato, contenido y contexto. El párrafo fue adoptado como unidad de análisis(83).

2) Análisis de códigos e identificación de categorías: en este punto se visualizan las posibles categorías principales, se realizó el primer proceso de codificación de tipo inductivo(86), se recopilaron datos para cada categoría y se analizó la existencia de subcategorías. Posteriormente se realizó un segundo proceso de codificación y refinamiento de categorías, se interpretaron los hallazgos para luego revisar lo obtenido, analizar notas y discutir los hallazgos(84,86–89).

3) Describir los resultados: en este punto se analizó la existencia de semejanzas y diferencias(85) y se seleccionan las citas más representativas como ejemplos para cada código, así como para respaldar el análisis general(86).

Durante este proceso se contó con notas (memos) que permitieron el desarrollo de un proceso reflexivo durante el análisis de los datos(90,91). Por otra parte, se revisaron los resultados encontrados en cada etapa con los tutores para favorecer el desarrollo de un proceso de investigación riguroso.

Se destaca que este corresponde a un proceso iterativo (figura 12) en el cual se tuvo en consideración los objetivos de investigación y los temas directrices. Luego de la primera codificación e identificación de categorías se reconoció una mayor complejidad de los códigos por lo que se fue reanalizado en un proceso circular que consideró el logro de los objetivos de manera secuencial.

Figura 12: Etapas de análisis de contenido



Fuente: Elaboración propia.

Sección 1.11 Temas directrices

Se analizaron aspectos relacionados al modelo de atención de salud y las relaciones interprofesionales que se configuran en la política de APS para luego analizar la transferencia de lo descrito en este nivel

a los programas de APS que regulan y/u orientan las actividades relacionadas a labores asistenciales de los profesionales en conjunto con sus indicadores. A continuación, se detallan los temas directrices que guiaron el análisis:

Modelo de atención de salud

- Enfoques teóricos que fundamentan el modelo.
- Principios del modelo de atención.

Relaciones interprofesionales

- Roles de los miembros del equipo.
- Responsabilidades y forma en que se asignan las mismas.
- Manejo e intercambio de información sobre pacientes y sus intervenciones.
- Formas de comunicación entre los miembros del equipo.
- Presencia de horizontalidad dentro de los equipos.
- Presencia de interdependencia entre miembros del equipo.
- Valores, normas y sanciones establecidas.
- Toma de decisiones.

Sección 1.12 Criterios de rigor

Para asegurar la calidad de la investigación realizada se consideró los criterios de rigor señalados por Guba y Lincoln: credibilidad, transferibilidad y seguridad/auditabilidad; y el criterio citado por Flick y, Marshall y Rossman: confirmabilidad(92–100).

- Credibilidad: este criterio corresponde a la validez desde la perspectiva cuantitativa, es decir, que las decisiones teóricas y metodológicas nos permitan estudiar lo que queremos estudiar. Implica que la investigación sea creíble ante investigadores/as interesados en el tema y los individuos involucrados en la misma. Hace alusión a la reflexividad sobre la credibilidad o la

necesidad de corregir el conocimiento producido y desplegar estrategias de mejora. Para esta investigación se considera la aplicación de las siguientes estrategias:

- a) Compromiso con el trabajo de campo: se consideraron 6 meses de análisis y producción de información inicialmente, que permitiera hacer el trabajo de manera responsable, generando memos para diferenciar los datos originales de la interpretación de la investigadora.
 - b) Obtención de datos ricos: producción de datos detallada, densa y completa que permita comprender el fenómeno.
 - c) Triangulación: se llevó a cabo triangulación teórica (revisión de resultados con tutores con backgrounds disciplinares diferentes).
 - d) Auditores externos e internos: presentación de resultados preliminares a los tutores de tesis y al comité revisor.
- Transferibilidad: en este punto se considera la descripción densa de los hallazgos. Sumado a lo anterior, el trabajo riguroso y pautado del análisis, permitió generar un esquema teórico comprensivo que puede ser transferibles a otras realidades.
 - Seguridad/auditabilidad: esto corresponde a la confiabilidad de la investigación cuantitativa. Se aseguró la seguridad o auditabilidad haciendo uso de procedimientos estándares de trabajo antes mencionados: análisis de documentos localizables de acceso público, presentación de resultados utilizando citas textuales permitiendo diferenciar el contenido de la interpretación de la investigadora.
 - Confirmabilidad: para estos efectos se utilizó una estrategia anteriormente descrita, la consulta con auditores externos e internos. Además, se expondrá mi postura como investigadora respecto al tema en las siguientes secciones, condición básica del reconocimiento de la relación cognitiva entre el sujeto cognoscente y conocido, reconociendo el resultado como una construcción cooperativa.

Sección 1.13 Aspectos éticos

El desarrollo de los aspectos éticos de investigación en seres humanos se fundamentó en las pautas de la Council for International Organizations of Medical Sciences CIOMS 2012 y los siete requisitos éticos para la investigación clínica de Ezekiel Emanuel(101):

1. Valor: la identificación de congruencias e incongruencias entre los niveles político y operativo, permitió comprender mejor la forma en que se configuran las relaciones interprofesionales reconociendo aspectos a mejorar desde la educación, el trabajo de los equipos y el diseño de la política en el nivel.
2. Validez Científica: la metodología cualitativa resulta ser la más adecuada para poder contestar la pregunta planteada. El análisis de contenido permitió construir esquemas para la comprensión del problema. La aplicación de diferentes estrategias como la credibilidad, transferibilidad, seguridad/auditabilidad y confirmabilidad, permitió asegurar el rigor metodológico de la investigación cualitativa.
3. Justa y equitativa selección de los participantes: al trabajar con documentos no se consideró el estudio de grupos vulnerables o con privilegios. Originalmente la investigación incluía entrevista a tomadores de decisión por lo que se generó un consentimiento informado donde se explicitaban los riesgos para el/la participante y se obtuvo aprobación del comité de ética de la Universidad de Chile. Los documentos se exponen en el capítulo VII, a pesar de no llevar esta fase a cabo por temas de viabilidad.
4. Favorable relación riesgo/beneficio: No se consideraron riesgos en la investigación. Sólo se considera el progreso del conocimiento y posible mejora de las prácticas en la APS y a la política pública en salud en general.
5. Revisión independiente: el proyecto fue revisado por ambos tutores, asegurando la calidad y el respeto a los aspectos éticos de investigación. Por otra parte, el programa de doctorado asignó una comisión para revisar la tesis en al menos cinco puntos del desarrollo de esta.

6. Consentimiento informado: fue creado, pero no utilizado en la investigación.
7. Respeto por los participantes y potenciales participantes en la investigación: no aplica.

Además, la investigación fue diseñada y realizada según las leyes vigentes del Estado de Chile (Ley 20.120 y 20.584).

El proyecto de investigación fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de investigación de la Universidad de Chile.

Capítulo V: RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentarán los resultados obtenidos del análisis de los documentos. En la primera sección y respondiendo al primer objetivo, se analizan los documentos que construyen el Modelo de Atención Integral en Salud o MAIS, para poder describir las bases teóricas del modelo que orientan/regulan las acciones de los/as profesionales de salud de APS, haciendo énfasis en la construcción del modelo a través del tiempo y entregando una definición global de este.

En términos de la constitución del modelo se identificaron siete enfoques: enfoque biopsicosocial, familiar, comunitario, de género, intercultural, participación comunitaria y de determinantes sociales; y diez principios: centrado en el usuario, integralidad, continuidad con enfoque familiar, centrado en la atención abierta, participación en salud, uso de tecnología apropiada, calidad, intersectorialidad, énfasis en lo promocional y preventivo, y gestión de personas trabajadoras de salud.

En la siguiente sección de resultados se identifica y describe el contenido de los programas de APS respecto de las relaciones interprofesionales delineadas por las bases teóricas del MAIS, además de analizar la existencia de similitudes, diferencias y articulaciones del contenido entre los programas.

De esta forma, se identificaron ocho categorías: 1) relaciones interprofesionales según enfoque teórico, 2) relaciones interprofesionales según principios del modelo, 3) relaciones interprofesionales de base enfoque mixto, 4) otras formas de generar relaciones interprofesionales, 5) administración del trabajo, 6) elementos relacionados a la colaboración interprofesional, 7) relaciones estructurales según principios del modelo, y 8) orientaciones al equipo.

Posteriormente, los hallazgos fueron unificados en un capítulo de integración incorporando elementos disponibles en la literatura actual del tema para contrastar y discutir los resultados.

Sección 1.14 Construcción teórica del modelo de atención integral de salud a través del tiempo.

En 1993 con la publicación *“De consultorio a centro de salud: marco conceptual”* se entregan los primeros lineamientos de lo que sería el nuevo modelo de atención el cual apuntaba a ir más allá de las medidas de recuperación de la salud considerando la promoción, prevención, y rehabilitación de individuos y comunidades en su contexto(13).

Se plantea que los problemas de salud debían ser comprendidos como multifactoriales considerando los aspectos biológicos, psíquicos, sociales, culturales y ambientales, indicando que la perspectiva biopsicosocial permitiría un mejor abordaje de los problemas el que es considerado como enfoque basal del modelo (13). Se señala que *“La aplicación de una concepción bio-psico-social de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida”* (*De consultorio a centro de salud: marco conceptual*, pág. 41).

Este documento refleja un compromiso con las recomendaciones entregadas en la conferencia de Alma Ata en 1978, acuñando la definición de Atención primaria derivada y la consideración de la política en salud como una política social(13). Como principios orientadores de la política social se destacó la equidad, eficiencia social, participación social, respeto por la dignidad de las personas y solidaridad(13).

En el documento *“Modelo de atención integral en salud (2005)”*, se indica la necesidad de una transformación del MAIS basado en las expectativas de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y demográficos, en conjunto con la obsolescencia del modelo de atención anterior curativo y centrado en el hospital, que en la práctica había generado insatisfacción, insuficiencias en coberturas, largas listas de espera, malos tratos, fallas en la entrega de oportunidad de atención y demandas por mayor respeto a los derechos de las personas(60).

Dentro de las características del modelo(60) aparece la idea de resolución de problemas a través de la red de salud, el fortalecimiento de la APS y mecanismos de financiamiento que incentiven la atención ambulatoria. En este documento el MAIS se define como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.”* (Modelo de atención integral en salud, pág. 9)

Se indica que *“El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación- reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.”* (Modelo de atención integral en salud, pág.9)

De esta forma se observa que el modelo incluye aspectos teóricos de cómo debería ser la atención en salud, como el sistema de salud se debe relacionar con la población, así también elementos más operativos relacionados al funcionamiento del sistema

Entre las características principales del modelo mencionadas en este documento se destaca(60):

- Estar centrado en el usuario: estableciendo una relación más horizontal entre la persona y el sistema, enfatizando en la facilitación al usuario de ejercer de manera plena sus deberes y derechos en salud, con un rol de este último más “apoyador y colaborador”.
- Enfocarse en lo promocional y preventivo: indicando que la promoción de salud se incorpora como una política de estado, dado su enfoque integral e intersectorial, requiriendo de esfuerzos de diversos sectores sociales y gubernamentales.

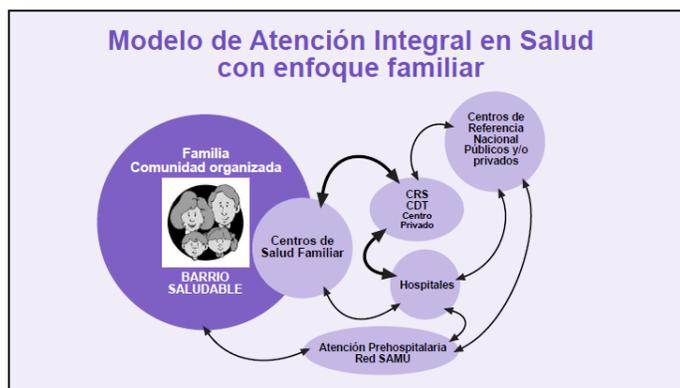
- Tener enfoque familiar: el que da cuenta de la intención de avanzar hacia una atención integral del individuo y su familia. *“El Enfoque de Salud Familiar permite conocer las interacciones entre la familia y las eventuales enfermedades de cada uno de sus miembros. Estas son afectadas por las características estructurales de la familia, su sensación de control sobre los problemas y su percepción de recursos personales y familiares para enfrentar la adversidad. Un enfoque de este tipo permite unificar y no dividir el aspecto corporal de sus aspectos emocionales asociado” (Modelo de atención integral en salud, pág.13).*
- Integral: que considera las dimensiones *“personal: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos; en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales; de continuidad: sano-enfermo (agudo, crónico, terminal), durante todas las etapas del Ciclo Vital Individual y del Ciclo de Vida Familiar; de contexto: familia, barrio, escuela, trabajo, redes de apoyo social, enfoque de salud intercultural, de género y de complementariedad con otras terapias de salud.” (Modelo de atención integral en salud, pág. 14).*
- Centrado en la atención abierta o ambulatoria: este punto refuerza el paso de la atención centrada en el hospital a una atención centrada en APS con prestaciones ambulatorias que respondan a las necesidades del primer nivel de atención.
- Participación en salud: *“El modelo de atención incorpora la participación en salud como un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades en este ámbito, para enfrentar en forma colaborativa y coordinada los desafíos y decisiones que se generan en el nivel local. La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan y negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades prioritizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada” (Modelo de atención integral en salud, pág. 16).*

A las características anteriores se suma la intersectorialidad, calidad, uso de tecnología apropiada y gestión de las personas trabajadoras y trabajadores de salud(60).

Dentro de la descripción del modelo se hace alusión al equipo de salud y al abordaje de las problemáticas desde el enfoque familiar. Desde este punto en adelante el modelo cambia de nombre al Modelo de atención integral con enfoque familiar, dando especial relevancia a este punto(60).

Dentro de este documento se presenta un esquema de funcionamiento de la red asistencial y su interrelación con la familia y comunidad organizada en el marco del Modelo de atención integral en salud con enfoque de salud familiar como se muestra a continuación(60):

Figura 13: Funcionamiento de la red asistencial en el marco de un Modelo de atención Integral en Salud con enfoque de salud familiar.



Fuente: Modelo de Atención Integral en salud, 2005.

De esta forma, se relevan dos características importantes del modelo de atención: el enfoque familiar y la atención en red (modelo de gestión en red) (60).

En el documento *“En el camino al centro de salud familiar (2008)”* se exponen las características del MAIS con enfoque familiar y comunitario a través de un caso clínico en el que se hace hincapié en la necesidad de trabajar con una mirada sistémica ampliando el modelo biomédico a uno que fuera capaz de considerar las distintas dimensiones del ser humano para facilitar la comprensión de la experiencia manifestada por síntomas o signos(61).

El modelo biopsicosocial de George Engel (1977) viene a conceptualizar la salud como un proceso multidimensional donde interactúa lo biológico, psicológico, social, cultural, familiar y ambiental (*En*

el camino al centro de salud familiar, pág. 14-15), considerando a su vez la salud y la enfermedad como un continuo, al sujeto como parte de un sistema, dando valor a la relación terapéutica establecida entre el equipo y la persona (*En el camino al centro de salud familiar*, pág. 91-94).

Se reitera la necesidad de tener a la familia en el centro del modelo y del sistema de salud(61), lo que implicaba aplicar el enfoque biopsicosocial en la dimensión familia “*considerando la influencia que la familia tiene sobre la salud de sus miembros y como la enfermedad afecta al sistema familiar*” (*En el camino al centro de salud familiar*, pág. 27). La familia puede ser fuente de conductas saludables como no saludables, así también de factores protectores y factores de riesgo asociados a temas biológicos(61), aspecto que ya se anticipaba en los inicios de la salud familiar en Chile en la década de los 80’(102). A la base de la aplicación del enfoque de salud familiar se encuentra(61) la teoría general de sistemas aplicada a los sistemas familiares, el enfoque interaccional de la comunicación, la teoría del ciclo vital, de las crisis, y de los factores de riesgo y factores protectores (*En el camino al centro de salud familiar*, pág.31).

En el documento “*Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud (2009)*” la conceptualización del modelo tiene ciertas modificaciones en base a los lineamientos de la APS renovada de la OPS, la adhesión a los objetivos del milenio, la reforma de salud y la experiencia de la implementación del modelo a la fecha(62). De esta forma el MAIS con enfoque familiar y comunitario se redefine como el:

“Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que

además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido -el intersector- y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud, pág.14-15).

Este modelo está basado en la atención de equipos de salud multidisciplinarios a través de la transdisciplina, con un contacto cercano y permanente con un equipo de cabecera, en todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de atención. Se indica la necesidad de analizar las situaciones considerando la diversidad sociocultural, considerando los enfoques: familiar, comunitario, intercultural, de género y de determinantes sociales de la salud en el territorio(62).

El enfoque comunitario amplía el campo de acción en salud siendo capaz de relacionar de forma efectiva aspectos del proceso salud-enfermedad con el mundo sociocultural, incorporando factores y condiciones que intervienen de manera directa o indirecta en la mantención o pérdida de la salud(62).

Respecto al enfoque intercultural se indica la importancia de considerar la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y el sistema de medicina indígena en el diseño e implementación de las políticas públicas(62). *“La Cosmovisión de los Pueblos Indígenas implica una forma de entender el mundo, en que las personas otorgan preponderancia a las dimensiones espiritual y social del ser, antes que lo físico y biológico, considerándose parte de un todo con su entorno natural, la familia y la comunidad, el que se mantiene en equilibrio permanente” (Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud, pág. 32).*

El enfoque de género aplicado a la familia permite analizar críticamente y repensar, para reconstruir con criterios de equidad, el concepto y estructura familiar en cuanto al rol de hombres y mujeres en su interior(62).

Por último, el enfoque de determinantes sociales de la salud permite entender la salud a nivel poblacional, familiar e individual como la interacción resultante entre diferentes aspectos como el contexto político, económico, la posición social, condiciones ambientales y biológicas(62).

En el documento *“Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”* del año 2013, se mantiene la última definición del MAIS y se mencionan nuevamente los principios orientadores del modelo: centrado en el usuario, integralidad, continuidad, con enfoque familiar, centrado en la atención abierta, participación en salud, uso de tecnología apropiada, calidad, intersectorialidad, con énfasis en lo promocional y preventivo, y gestión de personas trabajadoras de salud. Se indica que muchos de los principios pueden estar contenidos unos dentro de otros por lo que para orientar las acciones de los y las profesionales se relevan tres principios: centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado(51).

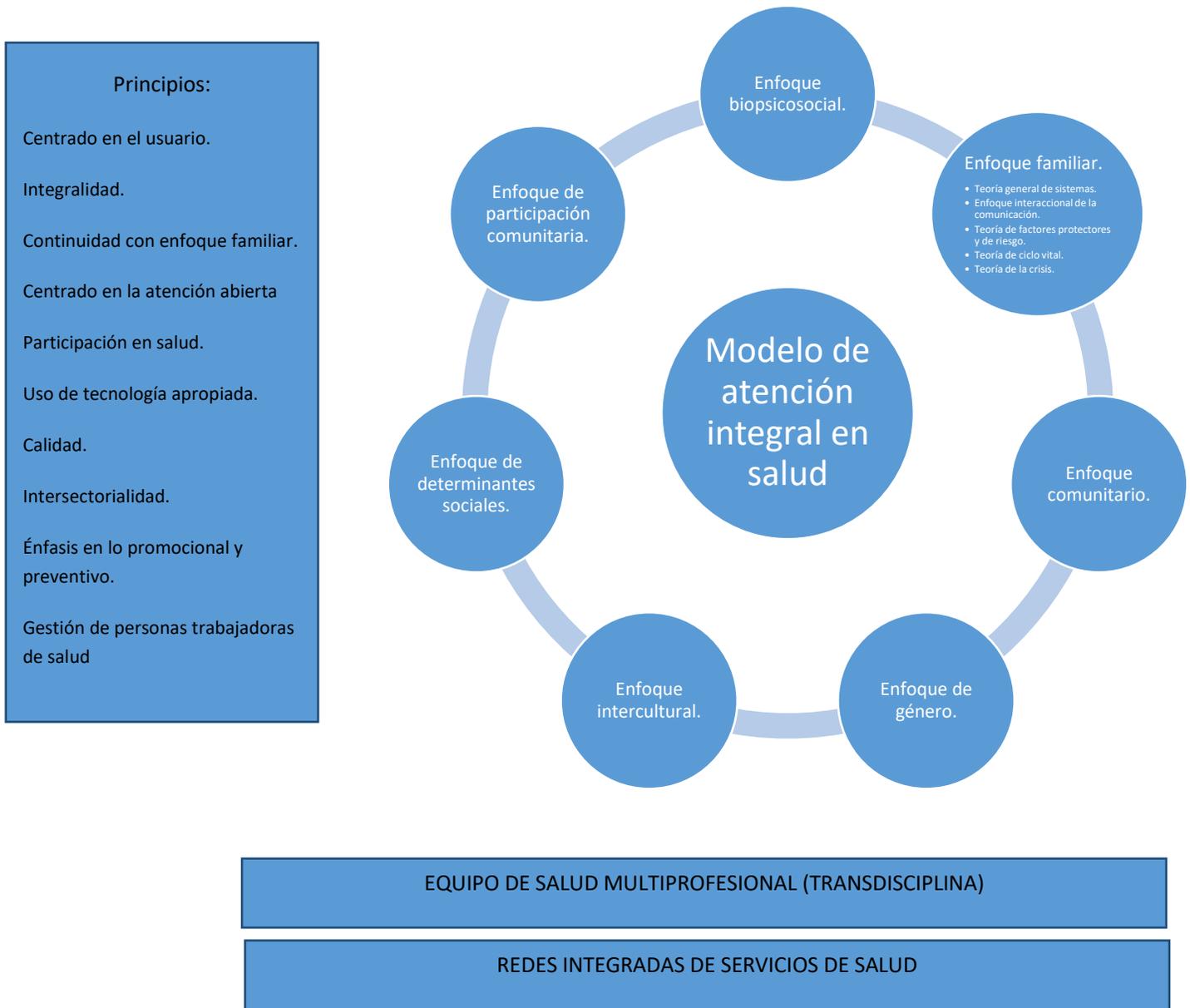
- Centrado en la persona: *“Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.”* (*Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, pág. 14*)
- Integralidad: *“La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables”* (*Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, pág.15*).
- Continuidad: esta se puede definir desde distintas perspectivas, por lo que se reconocen tres tipos de continuidad, a saber: *“continuidad clínica, que corresponde al grado en que el*

cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimiento de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado; Funcional, que es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.); y Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.” (Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, pág. 17).

Respecto a los enfoques se reitera la importancia de considerar el enfoque intercultural, de género, biopsicosocial, participación comunitaria, determinantes sociales de la salud sumando la participación desde el enfoque de derechos y la inclusión de los aspectos éticos derivados de la APS renovada(51).

A modo general, se puede exponer de manera gráfica la conceptualización del modelo de la siguiente forma:

Figura 14: Bases teóricas del Modelo de Atención Integral en Salud



Fuente: Elaboración propia

El modelo cuenta con siete enfoques, diez principios y dos elementos estructurantes de la APS que se encuentran a la base del modelo teórico. El modelo entrega lineamientos que deben seguir los/as profesionales de APS en cada encuentro con el individuo, familia y comunidad, correspondiendo a la

forma en que se conceptualiza la relación establecida con la población en el primer nivel y los elementos disponibles para llevar a cabo las atenciones en salud.

Sección 1.15 Relaciones interprofesionales y bases teóricas del Modelo de Atención integral en salud en los programas de salud.

En el periodo analizado y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos para este estudio se identificaron y localizaron 19 programas de salud (103,104,113–120,105–112) llevados a cabo en la APS. Los que se presentan en la tabla 8.

Tabla 8: Programa analizados en el estudio

Programas	Versión revisada (año de actualización)
Programa Nacional de Salud Integral de Jóvenes y adolescentes (Plan nacional 2012-2020)	2012
Programa Nacional de la Infancia con enfoque integral	2013
Programa Nacional de Prevención del Suicidio	2013
Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa	2014
Programa de control y la eliminación de la tuberculosis	2014
Programa de rehabilitación Integral en la red de salud.	2014
Programa Nacional de Personas Adultas Mayores	2014
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	2015
Salud Mental en la Atención primaria: orientaciones	2015
Programa Vida Sana	2015
Programa salud sexual y reproductiva	2017
Programa de Salud Cardiovascular	2017
Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	2018
Programa odontológico integral	2018
Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP)	2019
Programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI)	2019
Programas Alimentarios	2021
Programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme* (primera versión, año de publicación).	2021

Fuente: Elaboración propia

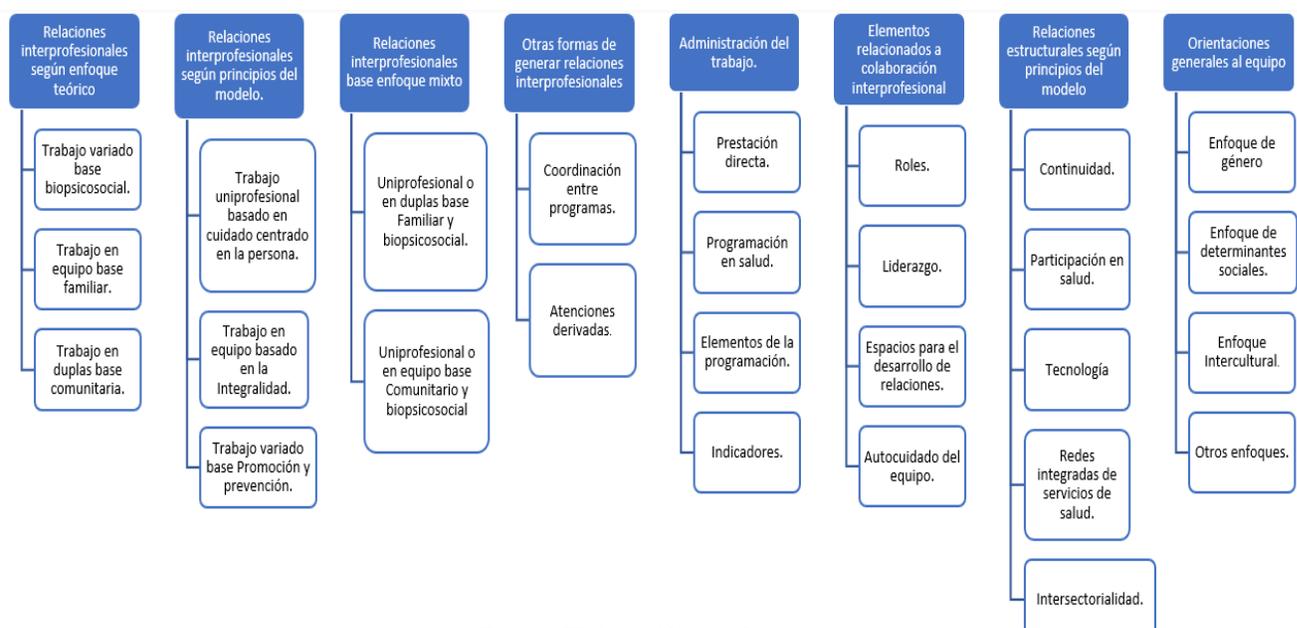
Dentro del análisis de los 19 documentos incluidos se identificaron como categorías: 1) las relaciones interprofesionales según enfoque teórico, 2) relaciones interprofesionales según principios del modelo, 3) relaciones interprofesionales de base enfoque mixto. Estas primeras tres categorías describen los elementos teóricos del MAIS y las relaciones interprofesionales establecidas en los programas de salud

analizando la transferencia efectiva de los elementos que son parte de la relación entre las bases teóricas del modelo y las relaciones interprofesionales desde el nivel de la política pública al nivel operativo.

Por otra parte, las categorías 4) otras formas de generar relaciones interprofesionales, 5) administración del trabajo, y 6) elementos relacionados a la colaboración interprofesional, corresponden a categorías emergentes que abordan específicamente aspectos asociados al establecimiento de relaciones entre profesionales con foco en la transferencia de la relación interprofesional colaboración interprofesional descrita en el nivel de política pública.

De forma adicional se identificó las categorías: 7) relaciones estructurales según principios del modelo, y 8) orientaciones al equipo, que corresponden a lineamientos generales que permite a profesionales y equipos tener claridad respecto a las acciones que se espera de ellos entendiendo las bases teóricas y el funcionamiento de la APS. Dado que estos hallazgos exceden los objetivos planteados en esta tesis se presentan como anexos.

Figura 15: Categorías y códigos respecto a las relaciones interprofesionales y bases teóricas del modelo de atención integral en salud en los programas de salud.



Fuente: Elaboración propia

(a) Primera categoría: relaciones interprofesionales según enfoque teórico

En el análisis de los documentos se pudo identificar una relación entre diferentes enfoques teóricos y determinada configuración de relaciones interprofesionales destacando por su claridad los enfoques biopsicosocial, familiar y comunitarios.

El enfoque biopsicosocial con su perspectiva amplia de concebir a las personas y sus problemáticas se visualiza como un piso mínimo del trabajo en APS y estimula un amplio espectro de relaciones interprofesionales para lograr su objetivo: 1) uniprofesionales realizadas por un profesional específico o uno intercambiable, 2) en dupla, 3) en equipo multidisciplinario, y 4) no considerar la declaración de un profesional encargado.

El enfoque familiar se reconoce como aquel que es más fuertemente transferido a las actividades profesionales siendo consistente en todos los programas analizados, estimulando relaciones de equipo. La actividad visita domiciliaria/estudio de familia es el espacio predilecto para el desarrollo de dicho trabajo, siendo el vehículo que favorece el trabajo del equipo de cabecera en conjunto con el equipo de sector.

Por último, el enfoque comunitario se observa en ciertos programas, favoreciendo el trabajo en duplas. Se reconoce una relación entre actividades como el diagnóstico participativo y los programas de rehabilitación integral y el programa más adultos mayores autovalentes. Es importante señalar que el enfoque de participación comunitaria fue absorbido por el enfoque comunitario dado los fuertes puntos de unión. Respecto a las relaciones interprofesionales específicamente se observaron ciertos hallazgos a destacar que caracterizan el tipo de relación interprofesional. En primer lugar, se identificó un patrón característico en las actividades realizadas de manera uniprofesional las que consideran asocian competencias con la formación de pregrado, un ejemplo claro de esto es la realización de psicoterapia por el psicólogo/a. En segundo lugar, se observó la realización de actividades en salud donde se requiere de algún grado de capacitación en el área por lo que podía ser realizada por más de un

profesional, pero esto se observó en pocos casos. En tercer lugar, el hallazgo ausencia de encargado, se puede relacionar a la existencia de una asociación directa entre el programa de salud y el profesional que “debería” realizar las acciones (programa de salud sexual y reproductiva →matrona o matrón) o a que cualquier profesional debería poder realizar la actividad. Por otra parte, la relación equipo multidisciplinario que apunta a la realización de actividades por cualquier miembro del equipo, lo que coincide con el trabajo en equipos multidisciplinarios a través de la transdisciplina.

Figura 16: Primera categoría



Fuente: Elaboración propia

Trabajo variado base enfoque biopsicosocial

Las actividades en las que se observa el enfoque biopsicosocial se caracterizan por mirar al individuo desde una perspectiva amplia. En este caso las relaciones interprofesionales delineadas resultan ser diversas desde el trabajo uniprofesional, en duplas, realizadas por un profesional específico o intercambiable, hasta el no considerar la declaración de un profesional encargado.

Acompañamiento en la toma de decisiones: Considera el acompañamiento del niño o niña y su familia en aquellas decisiones que deberán ir tomando de acuerdo con su edad y grado de madurez y en relación a su identidad de género, tales como: decisiones acerca de su salud, educación, legales, etc. Algunas de estas decisiones son el inicio de la transición social,

tratamientos de modificación corporal, cambio legal del nombre y sexo registral, entre otras.

Profesional: psicólogo (*Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 82*).

El acompañamiento del niño o niña y su familia requiere de una serie de consideraciones respecto al abordaje de la toma de decisiones respecto del género, este punto está altamente relacionado con la construcción y el redescubrimiento de la identidad, siendo un proceso dinámico que puede tener modificaciones de acuerdo a la edad y grado de madurez de la persona. La toma de decisión significa generar cambios que van desde lo biológico a lo social y legal, la transición requiere de un acompañamiento cercano del niño, niña o adolescente y su familia para favorecer los procesos de comprensión y aceptación. Dado lo anterior se requiere de la atención de un profesional exclusivo del área de salud mental, en este caso el psicólogo/a, para poder abordar las complejidad psicoafectivas, emocionales y sociales del caso.

*Se ha dividido la estimulación funcional en tres talleres para facilitar la organización y metodología de trabajo de los adultos mayores y los equipos, teniendo en cada uno de esos talleres como foco principal la estimulación de las funciones correspondientes, pero considerando necesariamente la integralidad de la persona mayor y que, tanto las funciones motoras como cognitivas y psicosociales, junto al autocuidado no se desarrollan en forma aislados unos de otros y que están estrechamente relacionados para el desempeño satisfactorio del adulto mayor de acuerdo a sus intereses, roles y contexto. **Un(a) Kinesiólogo y un(a) Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado.** (*Más adultos mayores autovalentes, pág. 27*)*

En el caso del trabajo con adultos mayores en el programa Más adultos mayores autovalentes se tiene en consideración aspectos psicosociales y contextuales del adulto mayor, lo que apunta a la aplicación del enfoque biopsicosocial en la atención en APS buscando tener un adulto mayor activo mental y físicamente.

Se puede observar cómo la determinación del profesional se asocia a la formación profesional recibida en el pregrado contando con profesionales idóneos para las actividades estimulación cognitiva y motora. Se destaca que el profesional de apoyo sería “intercambiable” por otro profesional que haya recibido una capacitación posterior para poder trabajar en el programa, aspecto podría relacionarse a la transdisciplina estimulando el desborramiento de los límites profesionales a través de la realización de actividades de manera indiferenciada respecto a su profesión de base.

Atención de salud al niño o niña en situación de vulnerabilidad y/o rezago en su desarrollo integral: Atención de salud integral y sistemática con enfoque biopsicosocial a la niña o niño y su familia que vivan en situación de vulnerabilidad y/o presenten algún rezago en su desarrollo físico, emocional y/o cognitivo. La detección del rezago se realiza a través de las mediciones del desarrollo psicomotor aplicación de mediciones de otras áreas del desarrollo...la evaluación sensible de las situaciones particulares y de la interrelación de los factores protectores y de riesgo es necesaria para una aproximación integral y preventiva.

Profesional: Enfermera o Enfermero, Educadora o Educador de Párvulos, diferencial u otro profesional con las competencias según sea el caso (Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, pág. 36)

Esta corresponde a una atención realizada a un niño o niña que se encuentra en estado de vulnerabilidad y/o presenten algún rezago en su desarrollo considerando los aspectos: físico, emocional y/o cognitivo. A través del uso de ciertos instrumentos disponibles para los equipos se identifica y se da seguimiento a un caso particular. Esta actividad se encuentra en el programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial que esta inserto en la política pública “Chile Crece Contigo”. Las actividades pueden ser realizadas por un profesional que cuente con formación de pregrado en temas relacionados al desarrollo del niño o de la niña.

Control de regulación de la fertilidad. Definición: Atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a personas en edad fértil que desean regular su fertilidad, en el

contexto de sus características biomédicas, económicas, sociales y culturales. Objetivo general: Permitir que las personas decidan, de manera libre e informada, sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y los métodos anticonceptivos disponibles. Sin encargado. (Programa de salud sexual y salud reproductiva, pág. 19).

La actividad control de regulación de la fertilidad es definida desde un enfoque integral, palabra que tiende a usarse en los documentos analizados para hacer alusión a una visión amplia de la persona, habitualmente asociada al enfoque biopsicosocial. La acción a pesar de estar enfocada en un aspecto eminentemente físico considera aspectos económicos, sociales y culturales. Se destaca el uso de la palabra permitir que apunta a una relación jerárquica entre paciente y profesional a diferencia del uso de palabras guiar o apoyar, verbos utilizados con mayor frecuencia en programas actualizados más recientemente lo que da cuenta de un cambio en la relación. Por último, destaca la ausencia de encargado, situación que se observa a través de todo el programa lo que podría indicar la exclusividad de las acciones a un profesional (matrona o matrócn).

*La organización de servicios de salud mental debe evolucionar desde profesionales psicosociales que trabajan en forma aislada hacia el concepto de **equipo de salud multidisciplinarios**, que además cuentan con habilidades integrales para la comprensión y abordaje de las personas, desde una perspectiva biopsicosocial (Salud Mental, pág. 29)*

Uno de los elementos destacados del programa de salud mental es la implementación del enfoque biopsicosocial en las intervenciones incluidas, caracterizándose además de la inclusión de acciones que tienden a ser transversales a los demás programas analizados. En este caso en particular se hace alusión a la organización de los servicios de salud mental pasando de la atención por profesional del área de especialidad a equipos de salud multidisciplinarios que cuenten con habilidades para el abordaje de problemáticas de esta área. Este programa refuerza la idea de que el abordaje psicosocial no es exclusivo de profesionales con una formación determinada, sino del equipo de salud completo.

Se destaca que a pesar del uso de la palabra equipo, la intervención no describe características grupales que apunten al trabajo en equipo, sino a un lineamiento general.

Trabajo en equipo base enfoque familiar

Las actividades guiadas por el enfoque familiar se caracterizan por incluir dentro del análisis características de la constitución y de la dinámica familiar que puedan influir no solo en el proceso de enfermedad, sino también en la promoción de hábitos saludables, prevención, recuperación y rehabilitación de una persona en particular del sistema familiar.

Lo anterior da cabida a intervenciones centradas en el individuo considerando su medio más cercano o a intervenciones más sistémicas como lo es la psicoterapia familiar. Para el desarrollo de una atención integral con las familias se consideran actividades que involucran al equipo de sector, los que analizan la situación de la población a cargo, identifican y priorizan a familias en situación de vulnerabilidad. Posteriormente se organiza la atención para valorar, diagnosticar e intervenir a los individuos y las familias de acuerdo con las necesidades pesquisadas.

Este es el enfoque que refleja de manera clara la reestructuración que existió al interior de los establecimientos de APS, pasando de equipo por grupo etario o por programa al trabajo con equipos de cabecera y transversales, los que en conjunto conforman el equipo de sector. Cabe destacar que si bien el trabajo en equipo sería la relación interprofesional más representativa también se observan otro tipo de relaciones interprofesionales.

*Visita domiciliaria integral: Actividad realizada en el lugar donde reside el niño o la niña, cuyo objetivo es promover la inclusión social del niño o niña. También permite conocer la estructura, dinámica familiar, condiciones socio-habitacionales, entre otros, e identificar factores de riesgo y factores protectores, y realizar intervenciones de acuerdo al Plan de Acompañamiento. **Profesional: dupla psicosocial** (acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 80).*

La visita domiciliaria integral corresponde a una de las intervenciones centrales de la aplicación del enfoque familiar en el MAIS. A través de esta actividad se espera conocer las características del sistema familiar y la forma en que este influye en los miembros de la familia. En el caso particular de esta visita domiciliaria integral, se busca lograr la inclusión social del niño o niña para lo cual resulta fundamental conocer en detalle el ambiente en el cual el individuo se desarrolla, además de requerir el establecimiento de un plan de acompañamiento. Dicha intervención es realizada por una dupla de profesional del área psicosocial, profesionales no definidos de manera explícita en este extracto, pero que según el programa corresponde al psicólogo/a y asistente social.

*La visita domiciliaria integral [VDI] se enmarca en un plan de salud definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención. **El equipo de salud de cabecera** es quién debe optimizar el uso adecuado de los recursos para VDI, asignando priorización y determinando el número de visitas de acuerdo a criterios técnicos locales del perfil de riesgo de los niños y niñas, sus familias y la comunidad. **1 hora profesional y 1 hora técnico paramédico por visita.** (Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, pág. 39)*

La visita domiciliaria integral responde a un análisis realizado por el equipo de cabecera perteneciente a un sector determinado. De acuerdo con lo señalado en el programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, la visita domiciliaria integral estaría incluida dentro de un plan de acción que cuenta con objetivos específicos. Considerando el perfil de riesgo de niños y niñas, sus familias y la comunidad, el equipo de cabecera determina los objetivos y cantidad de visitas requeridas que posteriormente serán realizadas por una dupla constituida por un profesional no especificado en este punto y un técnico paramédico.

*Definida por el equipo la pertinencia de la VDI, se define **un gestor del caso**, el cual es responsable de monitorear el plan de acción y gestionar aspectos logísticos de la VDI tales*

como: 1) Establecer el motivo de visita. 2) Fijar los objetivos de la visita. 3) Determinar los contenidos a tratar. 4) Monitorear que este la mayor parte de la información (estudio de familia). 5) Realizar un primer contacto directo o telefónico con la familia, considerando el consentimiento informado (al menos en forma verbal de parte de ésta). 6) Organizar la visita: pauta de observación, instrumentos a utilizar, material educativo y de consejería, otros... 8) Desarrollar los Objetivos preliminares de la visita para luego compartirlos con la familia... (Visita domiciliaria integral, pág.36)

Para la realización de la visita domiciliaria integral se define un gestor de caso que estaría a cargo de gestionar y monitorizar que esta se lleve a cabo. Dentro de los aspectos logísticos se destaca tener un motivo que guíe la actividad, objetivos a cumplir durante la misma, determinar los contenidos a tratar, realizar el estudio de familia y coordinar la intervención con la familia. Para poder realizar ciertas acciones se debe seleccionar instrumentos ad hoc entre los que se encuentran pautas de observación, instrumentos de medición, material educativo y de consejería.

Se destaca que el profesional a cargo de la gestión es definido por el equipo de acuerdo con los requerimientos de cada caso, por lo que corresponde a una toma de decisión conjunta que responde a las necesidades derivadas de la situación observada.

Equipo que realizará la VDI: Es deseable que la VDI se realice por dos personas del equipo de cabecera del establecimiento, consensuado idealmente en las reuniones de casos. Se busca que este equipo no sólo aporte al caso índice, sino que integre las relaciones que se establecen en dicho grupo familiar, las condicionantes sociales, que se pueden observar, y la posibilidad de además, realizar una atención directa si así lo requiere según los objetivos planteados y las competencias de los que la ejecutan. Se sugiere que sea un profesional del ámbito biomédico y otro psicosocial, pudiendo así complementar miradas, sin embargo, se insiste que esta mirada biopsicosocial la debe dar el enfoque, más que el número de

personas que asisten a la visita o la profesión que éstas tengan. (Visita domiciliaria integral, pág. 36)

Según lo estipulado en el programa de visita domiciliaria integral, sería deseable que esta fuera realizada por dos personas que son parte del equipo de cabecera, la selección es llevada a cabo a través de un proceso de consenso en las reuniones de caso. De esta manera existe un caso índice que motiva la intervención por lo que las personas seleccionadas para realizar la intervención deben, en primera instancia, dar respuesta a las necesidades de dicho caso, y tener las competencias para analizar en profundidad el contexto y las condicionantes en las que se desarrolla el individuo.

Se indica que para llevar a cabo la visita se debería contar con un profesional del área biomédica y uno del área psicosocial permitiendo contar con una mirada amplia para el posterior análisis situacional y determinación de las intervenciones derivadas del diagnóstico inicial. Sin embargo, se indica que el enfoque biopsicosocial estaría integrado en la labor del equipo de salud. Dado lo anterior el número y tipo de profesional que asiste a la visita no sería trascendental, lo que revela una fuerte unión entre el enfoque familiar y el enfoque biopsicosocial.

*Etapa de evaluación, monitoreo y seguimiento: **El equipo** debe evaluar la VDI realizada, actualizando los problemas y los objetivos de intervención planteados inicialmente. **Luego, presenta el caso de familia al equipo de sector**, con las nuevas situaciones problemas detectados, así como el plan de cuidado establecido en conjunto con la familia. El equipo de sector revisa el caso, afina la hipótesis diagnóstica, el listado de problemas y el plan de cuidado y lo completa estableciendo un responsable por actividad, así como los plazos y recursos. (Visita domiciliaria integral, pág. 42)*

Una vez realizada la visita, el equipo (profesional o dupla que realiza la visita) debe unir la información determinada inicialmente por el equipo de cabecera con la nueva información obtenida del trabajo realizado en terreno. Integrada la información, esta es presentada en la forma de “caso de familia” al

equipo de sector. En este espacio se vuelve a discutir el caso para hacer ajustes considerando la perspectiva que pueda aportar cada miembro del equipo de sector al caso analizado para posteriormente determinar responsables, plazos y recursos para cada actividad.

De esta manera, el estudio de familia y presentación del caso resulta ser un espacio de intercambio de información y comunicación entre profesionales, toma de decisiones en conjunto y asignación de responsabilidades. El hecho que la reunión se amplie desde el equipo de cabecera al equipo de sector refleja la intencionalidad de contar con todas las miradas para poder revisar el caso y determinar los cursos de acción lo que apunta, en el mejor de los casos, al desarrollo de interdependencia.

El Plan de Intervención debe ser un proceso continuo, su acción no termina con su formulación, sino que se prolonga durante la fase de “ejecución”, debido a que se trata de un proceso de co-construcción y, por lo tanto, los primeros encuentros con la familia deberán utilizarse para fortalecer el vínculo familia- equipo de salud, la comprensión de la situación de la familia y de las hipótesis elaboradas, objetivos a corto y largo plazo que se proponen en el plan de intervención y la duración prevista de la intervención. (Visita domiciliaria integral, pág. 25)

Una vez determinado el plan de intervención con el equipo de sector, se señala que dichas actividades deben tener un proceso de co-construcción con la familia. Se indica que, a través de las diferentes visitas realizadas por distintos profesionales del equipo, se establece un vínculo entre este y la familia, vínculo que se fortalece en cada interacción establecida para llevar a cabo el plan de intervención en su totalidad. De esta forma se observa que la visita domiciliaria resulta ser una intervención polietápica que involucra a todo el equipo de sector y a la familia.

***Todos los profesionales** deben incorporar en su evaluación, el enfoque familiar y al ingreso realizar la evaluación de la familia, su composición, las redes de apoyo, los factores*

protectores y de riesgo. Esta identificación es vital para el diseño del plan de intervención, y le permite dar continuidad e integralidad al plan. (Salud Cardiovascular, pág. 21)

Si bien la visita domiciliaria integral sería una actividad crucial para aplicar el enfoque familiar razón por la cual es una intervención que se repite en prácticamente todos los programas analizados, se indica que se debe considerar el enfoque familiar en cada evaluación realizada por cualquier profesional. Al tener en cuenta las características y dinámica familiar, y analizar como estos pueden influir en el estado de salud de la persona se pueden realizar ajustes en el plan de intervención diseñado para la persona.

*...2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. 3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad. 4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. 5. Valoración de impacto del tratamiento. 6. Actividades de prevención de discapacidades individuales y grupales. 7. Actividades terapéuticas individuales y grupales. 8. Consejería individual y familiar. 9. Visitas domiciliarias integrales. **El o los profesionales de rehabilitación** (Rehabilitación integral, pág. 10)*

Es posible notar como en una serie de actividades a realizar con las personas atendidas a través del programa de rehabilitación integral se considera el manejo de la situación de discapacidad realizando acciones a nivel individual y familiar, incluyendo aspectos de esta última en la evaluación, manejo, determinación de objetivos y plazos del tratamiento planificado. De esta forma, se observa la inclusión del enfoque familiar en actividades de problemas puntuales como lo es la discapacidad a través de profesionales específicos con competencias para responder a las necesidades de esta población de forma uniprofesional o extendida a otros miembros del área (kinesiólogo/a y terapeuta ocupacional).

*Control del joven sano: Esta acción debe realizarla un **profesional de salud -enfermera/o o matrona/ón-con competencias en desarrollo normal en adolescencia, dinámica familiar, y***

en problemáticas esperables en esta etapa del ciclo de vida, por cuanto deberán complementar el examen de salud. Esto está avalado por el artículo 113 y 117 del Código Sanitario, respectivamente, y en el Dictamen N° 61.850 de la Contraloría General de la República, sobre ámbito de aplicación de los servicios profesionales de las matronas y enfermeras en la gestión del cuidado, de septiembre de 2011. (Adolescentes y jóvenes, pág. 80)

En relación con el control del joven sano que incluye nuevamente a la familia en el trabajo con el grupo etario, se destaca la dinámica familiar ya que esta puede tener un fuerte impacto en el desarrollo del adolescente al comportarse como un factor protector o de riesgo, en una etapa de alta vulnerabilidad en especial por la posible adopción de conductas de riesgo. Se destaca que el profesional que realiza esta intervención puede ser una enfermera/o o matrona/matrón con competencias para trabajar con esta población. Este programa es el único de los 19 revisados que explicita la exclusividad de una acción de salud basado en aspectos normativos, lo que denota una posible intención de defender límites profesionales.

Trabajo en duplas base enfoque comunitario

El enfoque comunitario corresponde a uno de los enfoques que se ha promovido desde el inicio de la construcción del MAIS. A pesar de lo anterior, pocos programas declaran de manera explícita el trabajo con la comunidad en su contexto. En esta línea destacan los programas de rehabilitación integral, más adultos mayores autovalentes, vida sana y acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme.

El trabajo con la comunidad se expresa a través de los esfuerzos del equipo de salud en conocer a la población a cargo por medio de instrumentos como el diagnóstico comunitario participativo que permite detectar las necesidades y recursos presentes en la comunidad para dar respuesta a las mismas,

sumado al acompañamiento de grupos en la comunidad en la implementación de intervenciones y reconocer como utilizar recursos de la comunidad para esto.

Las actividades asociadas al enfoque comunitario se caracterizan por un trabajo que involucra fuertemente a duplas de profesionales, habitualmente kinesiólogo/a y terapeuta ocupacional. Contrastando lo anterior, se identificaron intervenciones más del tipo promotores y preventivas como la organización de actividades en la comunidad para promover hábitos saludables y la identificación de recursos comunitarios que permitan establecer redes de ayuda en situaciones particulares las que son realizadas de forma uniprofesional o en duplas. De esta forma se observa un trabajo conjunto en el que se pueden desarrollar relaciones interprofesionales de alta intensidad.

*Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio en los centros y salas de rehabilitación de base comunitaria y para los equipos de rehabilitación rural. **El o los profesionales de rehabilitación (terapeuta ocupacional y kinesiólogo)** (Rehabilitación integral, pág. 10)*

Para poder llevar a cabo el trabajo con la población a cargo se necesita contar con un diagnóstico para identificar a las personas que presentan alguna discapacidad o se encuentran en riesgo de estarlo e identificar los recursos disponibles en la comunidad. Esta estrategia permite gestionar las intervenciones realizadas con el fin de satisfacer las necesidades identificadas.

La generación de redes en poblaciones de riesgo como esta es crucial para generar un camino que permita aumentar el estado de bienestar de las personas. Se destaca que el programa de rehabilitación

integral se encuentra a cargo de la dupla terapeuta ocupacional-kinesiólogo, principalmente por las competencias que estos profesionales adquieren en su formación de pregrado.

*...se considerará dentro del Diagnóstico Comunitario Participativo, una etapa inicial denominada Diagnóstico Situacional, el que permitirá un primer acercamiento y análisis de la realidad local, seguido de un Diagnóstico Participativo, realizado con los adultos mayores sobre sus necesidades/problemas/expectativas en Estimulación Funcional y Autocuidado y finalmente la elaboración e implementación de un Plan de Acción conjunto, basado en las etapas anteriores. **Un(a) Kinesiólogo y un(a) Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado** (Más adultos mayores autovalentes, pág. 42)*

De igual forma, el programa Más adultos mayores autovalentes, considera dentro de sus fuentes de información el diagnóstico comunitario participativo que se compone de dos etapas: 1) el diagnóstico situacional que toma herramientas tradicionales como indicadores epidemiológicos para tener una visión de la realidad local, y 2) el diagnóstico participativo, que cuenta con la participación de los adultos mayores que son parte del programa, permitiendo identificar las necesidades sentidas de la población. La identificación de necesidades se focaliza en aspectos relacionados a la funcionalidad para posteriormente crear un plan en conjunto. Al igual que el caso anterior, el programa más adultos mayores autovalentes es liderado por la dupla kinesiólogo-terapeuta ocupacional.

*Por otra parte, para favorecer la identificación de estas familias de riesgo, algunos **equipos de salud** a nivel local han desarrollado instrumentos para clasificar el riesgo en el que se encuentran expuestas las familias, considerando dimensiones biopsicosociales por una parte, como individuales y familiares. Se hace imprescindible que los equipos de salud puedan contar con un conocimiento básico de todas sus familias a cargo para decidir adecuadamente a quiénes y cómo intervenir (Visita domiciliaria integral, pág. 23).*

Desde una perspectiva más amplia, el programa de visita domiciliaria integral presenta como ejemplo el trabajo de algunos equipos en el desarrollo de instrumentos que recaban información orientado a la identificación de familias en riesgo las que posteriormente serán priorizadas. A través de la aplicación de diferentes instrumentos, se busca tener un conocimiento de la población que logre guiar las intervenciones considerando aspectos biopsicosociales individuales y familiares. Se destaca que este tipo de intervenciones son llevadas a cabo en el equipo de sector constituido por el equipo de cabecera y el equipo transversal.

Componente 4: Equipo Rural. (RR) Un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, implementan la rehabilitación con base comunitaria en zonas de ruralidad extrema, capacitan a las personas en situación de discapacidad, las familias, cuidadores, auxiliares paramédicos y a la comunidad en técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de discapacidad. Promueven el trabajo intersectorial y buscan desarrollar el trabajo conjunto con los otros actores sociales y del Estado que pueden aportar en la resolución de las necesidades de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirlas. (Rehabilitación integral, pág. 9)

En el caso del trabajo rural de la dupla profesional del programa de rehabilitación integral podemos ver como se realiza un trabajo que va más allá del conocimiento de la comunidad que ha sido presentado hasta ahora. Esta intervención se enfoca en la capacitación de todo individuo involucrado en el proceso de atención de las personas con discapacidad. Esta intervención busca empoderar a la comunidad respecto a las técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de la discapacidad. Sumado a esto la dupla debe activar toda la red incluida la comunidad, intersector y otros actores sociales que puedan involucrarse en la resolución de necesidades de la población de interés.

El trabajo con clubes de adulto mayor y programas de Oficinas relacionadas a deportes y otras actividades educativas, culturales y de participación social, para realizar los EMPAM en forma coordinada y oportuna a los Adultos Mayores vinculados, permitirá aumentar la

*cobertura y cercanía del equipo de salud con la comunidad, sin depender para su realización de la llegada de los Adultos Mayores a los CESFAM debido a situaciones de salud. **Dupla Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional u otro profesional de la salud capacitado** (Más adultos mayores autovalentes, pág. 12)*

Existen actividades comunitarias que son más del tipo asistencial. El programa Más adultos mayores autovalentes hace uso del espacio de trabajo comunitario y las redes con otros sectores para poder llevar a cabo el EMPAM (Examen de medicina preventiva del adulto mayor) que normalmente se realiza en el establecimiento de salud. Llevar las atenciones desde el CESFAM a la comunidad permite aumentar la cobertura de atención y acercar a los profesionales a la realidad de las personas. Esta actividad es realizada por la dupla a cargo del programa.

*Estrategias adicionales sugeridas: Programar actividades masivas abiertas a la comunidad (cicletadas, bailetos, caminatas, entre otras.), donde participen los apoderados de los beneficiarios de manera que se valore la actividad a nivel familiar incorporándola en los hogares y se propicien instancias de masificación del programa, difusión y valorización. **Profesor/a Educación Física; Kinesiólogo/a; Terapeuta en Actividad Física** (Vida Sana, pág. 77).*

En el caso del programa vida sana, la interacción con la comunidad tiene características promotoras. Se destaca que estas son estrategias adicionales sugeridas, por lo que la realización de ellas depende completamente de la priorización y programación de actividades del CESFAM. Con estas intervenciones se espera poder hacer partícipe a la familia y comunidad con el fin de promover la incorporación de hábitos saludables en sus rutinas diarias. Dicha intervención está a cargo de un profesor/a de educación física, kinesiólogo/a o terapeuta en actividad física, lo que es indicativo de que cualquier profesional con formación en actividad física o movimiento del cuerpo puede hacerse cargo de esta área.

(b) Segunda categoría: relaciones interprofesionales según principios del modelo

Los principios son el conjunto de valores, creencias y normas que regulan y orientan el trabajo de los miembros del equipo de APS. Los principios centrado en la persona, integralidad, y promoción y prevención se asociaron de manera clara con determinado tipo de relación interprofesional por lo que están contenidos en la presente categoría. El principio cuidado centrado en la persona mostró una tendencia al trabajo uniprofesional, la integralidad al trabajo del equipo, y el principio de promoción y prevención presentó todo el espectro de relaciones interprofesionales identificadas: uniprofesional, uniprofesional específico o con capacitación determinada, uniprofesional intercambiable, dupla, equipo de salud y sin encargado.

Figura 17: Segunda categoría



Fuente: Elaboración propia.

Centrado en la persona

El primer principio hace alusión a la atención enfocada en las necesidades y expectativas de la persona para lo cual el equipo debe establecer una relación/vínculo con estas, sus familias y comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado enfatizando en los derechos y deberes de las personas y del

equipo. Con respecto a las relaciones interprofesionales predominan las de tipo uniprofesionales en un contexto de establecimiento de vínculo o relación terapéutica.

*Con objeto de atender a las mujeres en situación de vulnerabilidad, respetando sus condiciones de inserción social y/o trabajo, se recomienda que la atención odontológica a las mujeres beneficiarias de estas instituciones priorizadas pueda ser gestionada en el centro de salud más cercano a sus respectivas fuentes laborales, independiente del centro donde esté inscrita, con el fin de facilitar el acceso a la atención odontológica **Profesional odontólogo/a**. (Odontológico integral, pág. 9)*

Podemos ver al acercar la atención de la salud al lugar donde se ubica la fuente laboral se favorece la satisfacción de necesidades respetando las condiciones propias de la persona, la inserción social y mantención del trabajo, aspecto fundamental en mujeres que se encuentran en situaciones sociales complejas. Para esto los equipos se hacen cargo de coordinar la atención con otros establecimientos. Se destaca que la atención realizada de forma uniprofesional por odontólogo no estaría respondiendo totalmente a la definición del principio, pero apunta claramente a estar centrada en la persona.

*Es importante establecer un sistema de derivación y solicitud de exámenes para ingreso al PSCV que sea práctico, centrado en la persona, con el fin de optimizar el tiempo y eficacia de las visitas al establecimiento. **Sin encargado**. (Salud cardiovascular, pág. 15)*

El programa de salud cardiovascular presenta una intervención orientada a reducir la cantidad de visitas al establecimiento de salud como una forma de expresar el principio centrado en la persona. De esta forma se puede observar que en este caso se apunta a responder a la expectativa de resolutivez que acompaña la optimización y orienta a la eficiencia. Dicha intervención no cuenta con un encargado por lo que puede ser una indicación para todo el equipo.

...2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. 3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en

situación de discapacidad. 4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. 5. Valoración de impacto del tratamiento... El o los profesionales de rehabilitación. (Rehabilitación integral, 10)

En programas como este se observa que el establecimiento de un plan de tratamiento que incluye la determinación de objetivo y plazos requiere un acuerdo con la persona. De esta forma, se observa una intención de hacer partícipe a la persona en las decisiones y acciones relacionadas al propio cuidado comprometiendo y responsabilizando a la persona. Esta actividad es realizada por uno o más profesionales del programa de rehabilitación por lo que podría corresponder a trabajo uniprofesional o en duplas.

Integralidad

El principio de integralidad apunta a la provisión de servicios por parte del sistema desde lo promocional a los cuidados paliativos que a su vez respondan a las necesidades con una perspectiva biopsicosocial-espiritual y cultural, aproximándose a las creencias y significados que las personas atribuyen a los problemas de salud. La integralidad se ve reflejada en las acciones realizadas con el sistema familiar a través del trabajo del equipo de salud.

En este punto es importante destacar la diferencia entre el uso de la palabra integralidad e integral. Se observó a través de los diferentes programas que existe una tendencia a utilizar la palabra integral cuando se quiere hacer alusión a un abordaje amplio, habitualmente relacionado al enfoque biopsicosocial. La integralidad por otra parte hace alusión no solo a la perspectiva de análisis de las situaciones sino también a las atenciones disponibles en el sistema para responder a las necesidades levantadas. Lo anterior implicaría el trabajo del equipo a través de diferentes intervenciones considerando el conjunto de necesidades pesquisadas.

Visita domiciliaria integral: Es la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con

uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios... Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud. (Atención domiciliaria a personas con dependencia severa, pág. 8).

En actividades como la anterior, uno o más integrantes del equipo se relacionan de manera directa con los individuos, la familia y su contexto para evaluar y tener un conocimiento acabado de las situaciones y condiciones de salud-enfermedad, y así poder entregar apoyo y buscar soluciones desde una perspectiva bio-psicosanitaria, estableciendo acciones que abarca todo el espectro desde lo promocional a la rehabilitación.

Obtención de la información: Estudio de familia...Para aproximarse a las familias, es importante considerar los siguientes aspectos: 1) Estructura Familiar que incluya Nombre, edad, actividad, educación, etc. 2) Generaciones. 3) Subsistemas, interacciones, triangulaciones, roles, tipología familiar, límites. 4) Etapa ciclo vital. 5) Funcionalidad. 6) Acceso a redes de apoyo. 7) Eventos vitales. 8) Creencias y valores. 9) Terapias médicas indígenas y/o complementarias. 10) Habitabilidad. 11) Factores de riesgos y factores protectores. 12) Recursos Familiares. 13) Demandas familiares. (Visita Domiciliaria Integral, pág. 23-24)

La intervención estudio de familia/visita domiciliaria integral es el primer acercamiento de una dupla determinada por el equipo de cabecera y considera la valoración inicial de la familia recopilando información que permita conocer en detalle el sistema familiar: estructura, dinámica, funcionalidad, disponibilidad de redes de apoyo, eventos que tengan un impacto en el ciclo vital individual y familiar, creencias y valores, entre otras. En este espacio se aborda los aspectos de la familia desde una perspectiva amplia para posteriormente identificar problemas, generar diagnósticos y determinar un plan de trabajo.

Promocional y preventivo

El principio de promoción y prevención en el MAIS se plasma de manera consistente y muy predominante en todos los programas de salud analizados dando paso a una serie de actividades realizadas de formas variadas con predominio de acciones uniprofesionales. No parece llamativo que las actividades de promoción y prevención sean preponderantes dado la asociación inmediata del primer nivel con actividades que promueven hábitos saludables y previenen la enfermedad no solo desde los lineamientos de política pública internacional, sino también, desde una historia de acciones realizadas en esta línea desde el sector salud de nuestro país.

Actividad educativa para un grupo no mayor a 10 mujeres y sus parejas o acompañantes, que tiene como finalidad el apoyo cognitivo y emocional durante el embarazo, para aumentar el autocuidado, el estado nutricional y el bienestar emocional, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza durante el puerperio.

En APS una Matrona o Matrón más un profesional en cada sesión según temática Psicólogo(a), Asistente Social, Nutricionista u otros(as). (Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, pág. 15).

Dentro de las acciones de promoción se destacan las actividades educativas individuales y grupales en el establecimiento de salud o fuera de él. En este caso en particular, a través del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial se busca apoyar mujeres y parejas o acompañantes en el proceso de embarazo, parto y crianza, considerando aspectos cognitivos y emocionales con el fin de lograr un mayor estado de bienestar físico y psico-afectivo. Dicha intervención es realizada por una matrona o matrón acompañado de diferentes profesionales de acuerdo con las temáticas tratadas en el taller.

Talleres Nadie es Perfecto (NsP): Actividad de educación grupal para madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años con metodología de NsP. Esta prestación de carácter universal tiene un fuerte foco en promoción y prevención y está destinada a familias

*sin problemas graves que deseen mejorar sus habilidades de crianza y mejorar su relación con sus hijos. Los objetivos son compartir información, experiencias y apoyo para la crianza efectiva, el cuidado y desarrollo del niño o la niña, y fortalecer la instalación de interacciones sensibles y estrategias de disciplina efectivas. **Facilitador/a de metodología Nadie es Perfecto.** (Infancia con enfoque integral, pág. 111)*

Este espacio de trabajo considera como base el intercambio de experiencias de las personas que participan. El taller nadie es perfecto inserto en el programa infancia con enfoque integral, está enfocado en compartir información y experiencias acerca de los procesos de crianza, cuidado y desarrollo del niño y la niña entre 0 y 5 años, con el fin de generar interacciones y estrategias de disciplina sensibles y efectivas. Los talleres consideran la participación de un grupo de padres, madres y/o cuidadores en conjunto con un facilitador/a de la metodología, es decir, algún miembro del equipo capacitado para poder realizar las intervenciones de forma uniprofesional.

*Actividad Comunitaria de Comunicación Social...3) Ejecutar programas comunicacionales con énfasis en estilos de vida saludable, fortalecimiento factores protectores y resilientes, salud mental, buen trato y resolución no violenta de conflictos, habilidades para la vida, habilidades parentales, salud sexual, alimentación saludable, actividad física y ambientes libres de tabaco. **Hora profesional asistente social, enfermera, matrona, psicólogo, nutricionista, médico, u otro integrante del equipo de salud/ Profesionales espacio amigable (EA).** (Adolescentes y jóvenes, pág. 77)*

Las actividades educativas con contenidos de promoción y prevención de la enfermedad se pueden realizar a través de distintos canales entre los que se encuentra la comunicación social. Esta actividad comunitaria permite entregar contenidos del área de salud a una población más amplia. En el caso del programa de adolescentes y jóvenes las temáticas van desde temas de salud mental y habilidades parentales a salud sexual y ambientes libre de tabaco. Esta corresponde a una intervención que puede llevar a cabo por una amplia variedad de miembros del equipo de salud de forma uniprofesional. Sin

embargo, se observa que existirían profesionales más idóneos para abordar ciertas temáticas que otros apuntando a la relación entre saberes/competencias y responsables en las intervenciones de salud.

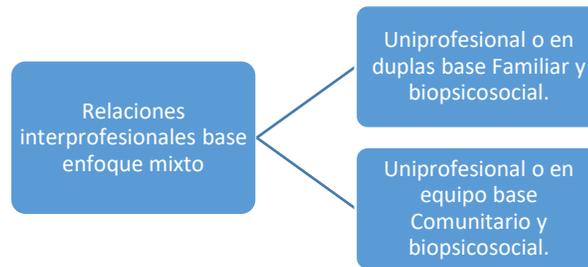
El examen de medicina preventiva es un plan periódico de monitoreo y evaluación de salud, que tiene como objetivo detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables y, de este modo, reducir la morbi-mortalidad asociadas a ellas. Este “paquete” de salud preventiva se aplica según la edad y el sexo. Sin encargado (Salud Cardiovascular, pág. 11).

Los exámenes de medicina preventiva tanto del adulto como del adulto mayor están orientados a la identificación y abordaje de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles y/o alteración de la funcionalidad, siendo una actividad de gran relevancia en APS. No se identifica de manera clara un profesional a cargo, lo que puede estar relacionado, en esta oportunidad, a que cualquier profesional puede realizarlo, siendo una actividad que se lleva a cabo de manera uniprofesional.

(c) Tercera categoría: relaciones interprofesionales base enfoque mixto.

Esta categoría hace referencia a las relaciones interprofesionales que son delineadas por enfoques teóricos que tienden a entrelazarse en las actividades que realizan los profesionales en APS. Se observaron intervenciones que requerían el uso del enfoque familiar y biopsicosocial y los enfoques familiar y comunitario siendo indicativo de la intención de plasmar una perspectiva amplia en el abordaje de los problemas de salud de los individuos, familias y comunidad. Se destaca que el enfoque familiar se repite lo que refuerza la importancia de este en el MAIS. En ambos casos se observó el estímulo de trabajo uniprofesional o de al menos una dupla.

Figura 18: Tercera categoría



Fuente: Elaboración propia

Enfoque biopsicosocial y familiar

Los enfoques biopsicosocial y familiar son preponderantes dentro de los programas analizados y se unen de manera natural. El enfoque biopsicosocial otorga una mirada amplia de las situaciones y problemas que pueden tener los individuos y entrega orientaciones respecto al abordaje integral del individuo. Por otra parte, el enfoque familiar considera al sistema familiar como un aspecto crucial a la hora de generar intervenciones al ser el sistema social más cercano e influyente en la salud de las personas. Estas intervenciones apuntan a ser realizadas por un profesional o una dupla ya que se encuentran habitualmente en el punto de valoración situacional del caso.

*Primera consulta **nutricionista**: Se espera que en esta primera consulta con nutricionista se evalúe el estado nutricional del preescolar, y junto con los padres o tutores, se evalúen las conductas alimentarias y de actividad física, con un enfoque biopsicosocial, se establezca un plan de alimentación adecuado a sus requerimientos y se establezca un compromiso de participación en el programa. (Vida Sana, pág. 29).*

El programa vida sana aborda los principales factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles con foco en los componentes estado nutricional y actividad física. En el caso de la

primera consulta del preescolar con nutricionista, se evalúa el estado nutricional y actividad física del individuo para establecer un plan de alimentación y generar un vínculo con las figuras de cuidado que conduzca a la adquisición de un compromiso con el plan establecido. Esta sería una actividad realizada por un profesional específico con formación de pregrado para poder llevarla a cabo.

Visita domiciliaria integral. Definición: Atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos que enfrentan situaciones de vulnerabilidad, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Objetivo general: Promover condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo biopsicosocial de los integrantes de la familia, acompañándola durante el curso de vida individual y familiar. Sin encargado (Programa de salud sexual y salud reproductiva, pág. 28).

En el caso de la visita domiciliaria integral inserta en el programa de salud sexual y salud reproductiva se observa el abordaje de familias en situación de vulnerabilidad desde sus contextos para llevar a cabo intervenciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Como objetivo se desea promover condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo biopsicosocial de los miembros de la familia. En este caso la intervención no considera un encargado, sin embargo, la atención en el hogar es habitualmente realizada por una dupla, como se observó en otras intervenciones.

Enfoque familiar y comunitario

Otro par de enfoques que tienden a conectarse son el enfoque familiar y el comunitario. Esta unión se presenta dado la consideración de que el sistema familiar estaría inserto en una comunidad, comunidad con la que se establece ciertas redes que funcionan como factores protectores a la hora de buscar soluciones para distintas situaciones y problemas de salud. De esta manera, el equipo de salud analiza

que recursos se encuentran disponibles en la comunidad para generar puentes entre esta y las familias. Estas intervenciones son realizadas de manera uniprofesional o con más miembros del equipo de salud.

*Visita domiciliaria integral. 1) Utilizar el ambiente del hogar para ayudar a padres/madres/cuidadores a crear oportunidades de aprendizaje adecuado, basada en rutinas diarias. 2) Seguimiento del desarrollo del embarazo adolescente. 3) Enseñar sobre desarrollo infantil y estimulación temprana. 4) Identificar y tratar a niños y niñas con necesidades especiales, con retraso en el desarrollo u otro tipo de discapacidad. 5) Guiar el uso adecuado de los recursos comunitarios. 6) Trabajar con familias que viven en comunidades rurales y/o no pueden acceder a los servicios que necesitan. 7) Mejorar la relación padre/madre/hijos/hijas. **Equipo de salud.** (Adolescentes y jóvenes, pág. 92)*

En esta visita domiciliaria integral se incluyen acciones para crear un espacio de aprendizaje sobre desarrollo infantil y estimulación temprana. De manera adicional, se evalúa el ambiente familiar identificando otros individuos que pueden presentar situaciones de riesgo, además de analizar el estado de las relaciones entre los miembros y mejorar estas, en caso de ser necesario. De igual forma se contempla el análisis de recursos comunitarios que puedan estar a disposición del caso índice y su familia. Esta intervención es realizada por uno o más profesionales del equipo de salud de acuerdo con las necesidades identificadas.

*Orientación dirigida al niño o niña y su familia, para identificar recursos de apoyo con los que cuenta o a los que pudieran acceder, considerando como básicos las redes familiares, sociales, profesionales, y cualquier otro disponible en su comunidad, tales como educacionales o de salud. Orientación dirigida al niño o niña y su familia, en aspectos relacionados al desarrollo de la identidad y expresión de género en el curso de vida. **Profesional sensibilizado y/o capacitado** (Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 72).*

En la orientación dirigida al niño o niña y su familia del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme se toma tanto la familia y la comunidad como recursos con los que puede contar la persona en temas relacionados al desarrollo de la identidad y expresión de género. A lo anterior se suman los profesionales y organizaciones de intersector como los establecimientos educacionales. Esta actividad es realizada por un profesional sensibilizado y/o capacitado en temas de género.

(d) Cuarta categoría: otras formas de generar relaciones interprofesionales

En el análisis de los programas se identificaron otras formas de generar relaciones interprofesionales: la coordinación entre programas y las atenciones derivadas. Las anteriores son formas de establecer contacto, que si bien, no tienen la intensidad del trabajo en equipo desarrollado en el equipo de sector, son una demostración de confianza profesional. La coordinación de programas no presenta un encargado en particular a diferencia de lo observado en las atenciones derivadas que pueden ir desde una acción espontánea hasta una derivación protocolizada que une a dos profesionales específicos asignados a ciertas tareas.

Figura 19: Cuarta categoría



Fuente: Elaboración propia.

Coordinación entre programas

En la coordinación entre programas se releva el establecimiento de interacciones de un elemento estructurante de la organización del trabajo al interior de los CESFAM: los programas de salud. Los programas son elementos que estructuran, organizan y orientan la atención de salud por lo que se identifica la necesidad de que estos “conversen” para poder dar respuesta a las necesidades de los individuos, sus familias y la comunidad. Es importante señalar que la coordinación de programas se relaciona al principio de continuidad desde la perspectiva clínica, permitiendo observar el flujo horizontal de la persona dentro de la misma institución logrando dar respuesta a las necesidades pesquisadas desde la perspectiva de acceso.

*Beneficiarios de programas de asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva: evaluar las condiciones generales del paciente y su entorno, velando por la continuidad de atención por parte del equipo del CESFAM (controles según ciclo vital, evaluación clínica del paciente, vacunas, entrega de alimentación, etc.), informando los hallazgos al respectivo **equipo de sector y equipo tratante de nivel secundario** en casos que lo ameriten (Salud respiratoria, pág. 32).*

En el caso de los beneficiarios de programas de asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva se espera tener un abordaje integral de las necesidades de la persona considerando la etapa del ciclo vital, evaluación clínica integral y requerimientos puntuales del tipo asistencial. La intervención del programa de salud respiratoria explícita las actividades disponibles en APS para un individuo que es tratado en el nivel secundario, por lo que requiere coordinación entre niveles y dentro del establecimiento de APS.

Por otra parte, el programa se insertará en forma coordinada con los otros programas de salud destinados a la población adulto mayor y con los programas municipales y de otros

servicios gubernamentales y no gubernamentales relacionados. (Más adultos mayores autovalentes, pág. 17)

En el extracto anterior se observa el establecimiento de relaciones entre programas que apuntan a una población común requiriendo coordinación de las acciones. El grupo de adultos mayores, al igual que la primera infancia, cuenta con más de un programa de APS que responden a una política pública que cruza a todos los sectores del Estado. Dentro de los programas de salud específicos se encuentran el programa del adulto mayor y el programa más adultos mayores autovalente, con otros que tributan de manera tangencial al bienestar de esta población.

Atenciones derivadas

Las atenciones derivadas son otra forma de establecer relaciones interprofesionales. Esta acción se relaciona con un abordaje integral de la persona que permita identificar necesidades que van más allá de las competencias de un solo profesional o que a pesar de poder ser satisfecha de manera general durante una misma consulta, se prefiere conectar con otro profesional que pueda abordar de manera más profunda la situación o problema identificado.

Las derivaciones que ocurran a partir del control, serán atendidas por un equipo multidisciplinario de profesionales motivados, empáticos y con competencias para atender adolescentes, formado por médico, enfermera/o, matrona/o, nutricionista, psicólogo/a, asistente social y odontólogo (adolescentes y jóvenes, pág. 80).

La derivación considerada dentro del programa del adolescente y jóvenes estipula la identificación de necesidades de la persona que pueden ser abordadas de mejor forma por ciertos profesionales pertenecientes al equipo multidisciplinario que realiza habitualmente atenciones en jóvenes requiriendo determinadas competencias y disposición, siendo caracterizada por la motivación y empatía.

En el caso de niñas, niños y adolescentes pueden ser derivados por cualquier persona del equipo de salud, ya sea pesquisado en el control del niño sano, por el programa control del escolar, desde el EMP, programa del joven sano o espacios amigables, al médico del programa para que determine si cumple con los criterios de ingreso (Vida Sana, pág. 14).

En este caso, se observa una expresión de la derivación reversa. El programa Vida Sana estipula la derivación hacia este desde cualquier otro espacio o atención de salud, incluyendo el control del niño sano, control escolar, Examen de Medicina Preventiva, control del jóvenes sano o espacios amigables, siendo estos últimos espacios de atención especialmente resguardados para adolescentes. Se destaca que la derivación debe ser realizada al médico del programa, en el entendido que este profesional representa la puerta de entrada a varios de los programas analizados.

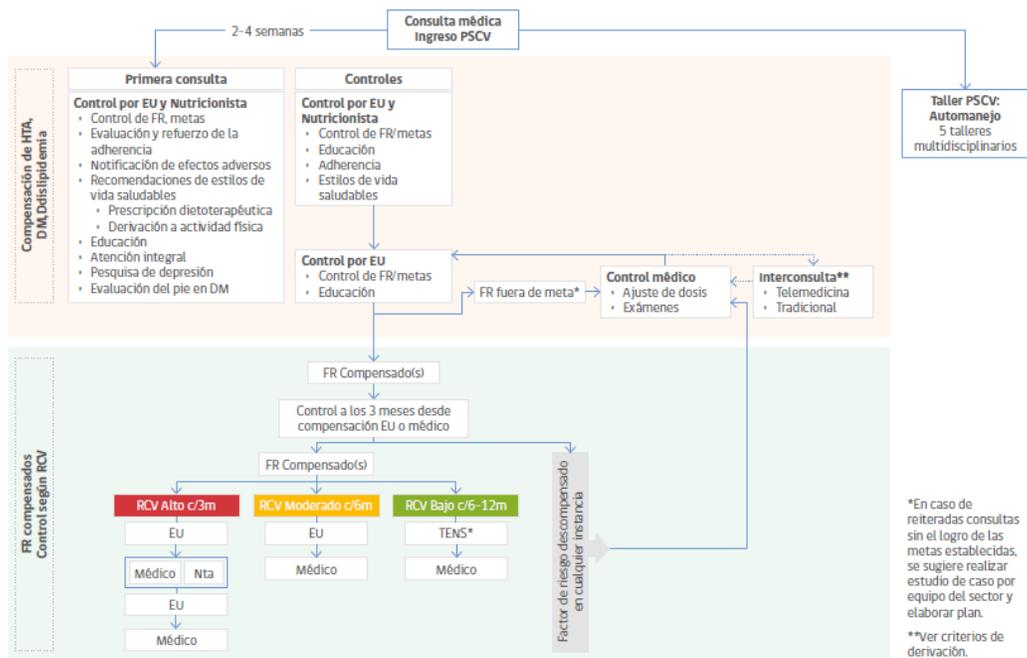
Consulta salud bucal: Es un conjunto de prestaciones odontológicas conducentes a un alta odontológica integral de nivel primario de salud: Considera un examen de salud bucal con contenidos promocionales realizado por el odontólogo al padre, la madre y/o cuidadores del menor: La derivación es realizado por el equipo de salud desde el Control de Salud Infantil, desde los jardines infantiles o escuelas y por demanda espontánea... (infancia con enfoque integral, pág. 134)

De igual forma a lo establecido en el programa Vida Sana esta corresponde a una derivación reversa, es decir, el programa odontológico integral señala que es responsabilidad del equipo que realiza otras actividades derivar hacia dicho programa para que la persona pueda acceder a la prestación. En el caso del programa de infancia con enfoque integral que revisa todas las intervenciones que puede requerir un niño o niña hasta los nueve años se indica que el sector educación debe realizar la derivación para acceder al control de salud bucal conducentes al alta odontológica integral.

A continuación, se presenta un flujograma que representa de manera gráfica la forma en que se establece este tipo de relación interprofesional con puntos que habitualmente unen a dos profesionales.

Se destaca que, en este caso particular, las derivaciones estarían normadas, es decir, existe un tránsito que la persona debería tener al interior del programa para poder lograr la consecución de los objetivos.

Figura 20: Flujograma 1 Programa cardiovascular



Fuente: Programa de Salud Cardiovascular (pág. 19)

Es así, como, el flujograma parte con la consulta médica quien es el encargado de hacer el ingreso al programa de salud cardiovascular. Si se busca la compensación del paciente en determinadas patologías, la persona tiene una primera consulta con enfermera/o y nutricionista dos a cuatro semanas desde el ingreso al programa, para posteriormente continuar con controles. Se continúa el flujograma con control por enfermera, para luego tener un control médico o una interconsulta. La cantidad de atenciones y quien las realizará se relaciona a la evaluación del riesgo de la persona.

De esta forma, los flujogramas funcionan como una herramienta de estandarización de prácticas generando puntos de contacto entre profesionales y favoreciendo la comunicación al interior del equipo.

(e) **Quinta categoría: administración del trabajo**

La categoría emergente administración del trabajo hace alusión a todas las atenciones y mecanismos administrativos tradicionales observados en establecimientos de salud que favorecen ciertas dinámicas organizacionales al interior de los establecimientos de salud y que por tanto serían determinantes del tipo de relación interprofesional configuradas.

En el caso de la prestación directa se observan atenciones guiadas por una perspectiva asistencialista entendiendo esta como la resolución de problemas puntuales de las personas con una mirada que escapa de los enfoques y principios considerados en el MAIS y que se acercan a la consulta de profesionales a demanda por parte del usuario.

Los códigos programación de actividades, elementos de la programación e indicadores corresponden a elementos que estructuran, organizan y miden las atenciones en salud. La programación en conjunto con los indicadores en salud determina los procesos productivos al interior de las instituciones de salud indicando aquellas actividades esperables por parte del sector desde el nivel central.

Figura 21: Quinta categoría



Fuente: Elaboración propia.

Prestación directa

La prestación directa corresponde a la atención que tradicionalmente se realiza “en el box”. En general estas prestaciones son de tipo uniprofesional abordando temáticas específicas, caracterizándose por ser consultas acotadas en términos de alcance clínico y de tiempo.

*Consulta de morbilidad: La consulta de morbilidad en atención primaria, es una instancia que ofrece una gran oportunidad al **médico** para sospechar y detectar factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados (Salud Cardiovascular, pág. 11).*

La consulta de morbilidad realizada por médico de forma uniprofesional es una actividad asistencial tradicional en la APS. Se espera que en esta actividad se logre indagar y detectar factores de riesgo cardiovascular, habitualmente de tipo biomédico. Si bien, no se descarta la profundización de aspectos contextuales que puedan influir en la presencia de estos factores es importante tener en cuenta que la atención tiene una duración máxima de 20 minutos, por lo que no sería el espacio ideal para realizar una entrevista en profundidad.

*La responsable del estudio de los contactos es la **enfermera(o)** del equipo de TBC de la Atención Primaria, quien iniciará el censo de los contactos en la primera consulta de enfermera y lo completará a través de una visita domiciliaria...La enfermera/o solicitará los exámenes, derivará a médico, registrará sus resultados y revisará su cumplimiento a través de una supervisión quincenal. El estudio de los contactos debería estar terminado al mes de inicio del tratamiento del caso índice (control y la eliminación de la tuberculosis, pág. 25)*

Dado las características del problema de salud abordado las atenciones realizadas por el profesional de enfermería de forma uniprofesional resultan ser bastante puntuales. El estudio de casos permite identificar a toda aquella persona que estando en contacto con el caso índice se encuentra en riesgo de desarrollar la patología. Una vez identificados, el profesional solicita exámenes, deriva a atención a

médico, registra resultados y continua el seguimiento, actividades que buscan resolver el problema de forma rápida a través de la contención de la enfermedad.

*El ingreso a este subprograma (PNAC refuerzo) solo puede ser realizado por el/la **nutricionista**, por lo que esta consulta se debe dar en cuanto el paciente es derivado desde su control habitual y no debe ser postergado para otro momento con el objetivo que los productos sean recibidos de inmediato (Programas alimentarios, pág. 16).*

Los programas alimentarios se centran en la entrega de alimentos ajustados a los requerimientos nutricionales de diferentes grupos siendo una acción tradicional de la APS. Para acceder a la entrega del alimento se debe contar con controles al día, independiente del grupo etario beneficiario. En este caso particular, se observa la pesquisa de una gestante, niño o niña con mayor requerimiento nutricional por lo que se indica derivación a nutricionista con atención uniprofesional inmediata, profesional que cuenta con exclusividad para realizar la intervención.

*Esta atención se llama **conserjería de intervención en crisis**, y consiste en un proceso corto y estandarizado de ayuda psicoemocional, que puede ser brindada por **cualquier profesional con entrenamiento breve en este modelo** (Salud mental, pág. 41).*

La conserjería de intervención en crisis corresponde a una atención puntual para dar soporte a una persona que requiere apoyo psicoemocional en un momento determinado realizada por un solo profesional. Dicha intervención se caracteriza por ser corta y estandarizada, además de poder ser llevada a cabo por cualquier profesional que identifique la necesidad y que cuente con cierto tipo de entrenamiento para ello.

Programación de actividades

La programación de actividades es una acción crucial que estructura todas las intervenciones a realizar en APS de forma anual. Se configura como un elemento que tiene el poder de determinar que se hace o

no, donde se focalizarán los esfuerzos del equipo y se relaciona fuertemente con el financiamiento del primer nivel. De igual forma, la programación se enlaza con la Estrategia Nacional de Salud, con ciertas estrategias específicas existentes en el sector, el histórico de acciones del propio establecimiento y las necesidades locales identificadas. Dado lo anterior, la programación influye en el funcionamiento de los establecimientos de salud y por lo tanto en la configuración de relaciones interprofesionales en el sistema.

Es en la programación de actividades donde se deben estimar los cuidados primarios, uno de ellos es la estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud, que incluyen la VDI. Para realizar una buena programación se debe contar con información como: cumplimiento histórico de esta actividad, poblaciones objetivo, cobertura, concentración, grupos priorizados, incentivos (IAAPS, convenios, etc.) (Visita domiciliaria integral, pág. 33)

En este extracto del programa de visita domiciliaria integral se señala que para llevar a cabo la programación de actividades de manera adecuada se debe considerar diferentes elementos como el cumplimiento histórico de los indicadores, la población objetivo con la que se trabaja, los grupos que han sido priorizados de acuerdo con las características de la población a cargo, los incentivos como los índices de actividad de APS (IAAPS) y las metas, entre otros. El análisis de los puntos descritos permite realizar una estimación de los cuidados primarios que recibirá la población. Lo anterior muestra el efecto de la programación en el funcionamiento de la APS y en las acciones profesionales.

*Las horas asignadas para **médico y enfermera** del ETT dependen de la población, complejidad, extensión de la red asistencial y situación epidemiológica de la tuberculosis en el Servicio de Salud. En términos generales, los Servicios que presentan una tasa de incidencia mayor a 15 por 100.000 habitantes como promedio en los últimos 5 años requerirán de 44 horas semanales de cada uno de estos profesionales para cumplir esta función. En aquellos Servicios de Salud con menores tasas de incidencia, los profesionales*

médico y enfermera deben tener asignada al menos 22 horas semanales para las actividades de gestión del programa (control y la eliminación de la tuberculosis, pág. 8)

En el caso del programa de Control y eliminación de la Tuberculosis se destaca la asignación de horas profesionales en base a indicadores epidemiológicos de la población a cargo. Se puede observar que la tasa de incidencia de los últimos cinco años determina la cantidad de horas de profesional médico y enfermera requeridas para llevar a cabo las acciones consideradas en el programa, por lo que este factor influye en el tiempo disponible para trabajar en dupla. Esta es otra forma de organizar las horas de profesionales en el establecimiento que va más allá de la conformación de equipos de sector en base a número de personas a cargo propia de la APS.

Programación: Es importante que esta actividad esté considerada dentro del proceso de Planificación y Programación anual de cada comuna y por ende de cada establecimiento. En la medida que esté considerada, existirán los recursos destinados para ellos o, por lo menos, las brechas en relación a esta actividad (programación real v/s ideal) (Visita domiciliaria integral, pág. 33)

Por último, se destaca que la programación anual de cada comuna está fuertemente relacionada con los recursos que serán destinados por las municipalidades o los servicios de salud para la realización de las acciones estipuladas en términos programáticos. De esta forma, es fundamental el trabajo conjunto de los equipos en vista que las actividades no programadas pueden no contar con recursos y por lo tanto no ser realizadas, lo que tendrá un impacto directo en las actividades profesionales y en las relaciones establecidas entre ellos.

Elementos de la programación

Hasta el momento se ha revisado el concepto macro de programación, los aspectos a considerar y las posibles implicancias que tiene para el trabajo de los profesionales. Al analizar de manera detallada los elementos de la programación es posible tener un acercamiento a la estructuración de las acciones en el

día a día. Estructuración compuesta por la cobertura, rendimiento, concentración y el profesional a cargo de la actividad. Los elementos de la programación presionan a los profesionales a realizar una cantidad de atenciones en tiempos establecidos que como se vio en el caso de la consulta de morbilidad del programa de salud cardiovascular pueden ser muy acotados, limitando la profundidad de las intervenciones realizadas por los miembros del equipo de salud.

Para esta programación se propone considerar un rendimiento de 1 hora y 45 minutos. Este rendimiento incorpora 1 hora de ejecución, 30 minutos de traslado y 15 minutos de registro.

Por supuesto, que este rendimiento tiene que ir acorde a la realidad y, por lo tanto, deben modificarse en escenarios específicos, como lo es la situación, por ejemplo, de ruralidad.

Por último, no hay que olvidar que esta actividad suele realizarse por una dupla, por lo que, de ser así la programación debe realizarse por cada profesional que participe en ésta.

(Visita domiciliaria integral, pág. 34)

La programación de la visita domiciliaria considera el rendimiento y los profesionales asociados a la actividad. El rendimiento corresponde a la cantidad de tiempo estipulado para realizar la intervención. La restricción del tiempo de atención puede limitar la acción profesional considerando que este debe tener en cuenta la compleja mixtura de enfoques teóricos y principios contenidos en el MAIS. En relación con la programación de profesionales se explicita que esta se debe hacer por cada profesional involucrado poniendo de manifiesto la influencia que tiene la programación en las relaciones interprofesionales establecidas, en este caso, el trabajo en dupla.

Como complemento a lo anterior se presentan a continuación algunas imágenes que clarifican los elementos de la programación, los que habitualmente no son descritos de manera textual, si no que se incluyen en diagramas que varían de programa a programa.

Figura 22: Control de salud

6 MESES	CONTROL DE SALUD Anamnesis , evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. Evaluación biopsicosocial del niño o niña , con un enfoque promocional y preventivo de la salud. Aplicación de Escala Edimburgo⁹ . Aplicación de Score riesgo de morir por neumonía Inmunizaciones , según calendario. Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. Incentivar la participación del padre en los controles de salud Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. Entrega de pauta de riesgos en el hogar (evaluar resultados en control de 8 meses) Entrega de material educativo , Acompañádotte a Descubrir 1- Pack N° 3	Cobertura: 100% de la población infantil inscrita Concentración: 1 Rendimiento: 2 por hora Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico
	8 MESES	CONTROL DE SALUD Anamnesis , evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. Evaluación biopsicosocial del niño o niña , con un enfoque promocional y preventivo de la salud. Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía. Revisión y consejería en torno a Pauta de prevención de accidentes completada por los padres. Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.

Fuente: Programa nacional de la infancia con enfoque integral (pág. 120)

En el caso del programa nacional de la infancia con enfoque integral se cuenta con diagramas que muestran las actividades que debe realizar el profesional de acuerdo con la edad del niño/a. A los 6 meses el recurso humano enfermera o médico debe llevar a cabo al menos diez intervenciones de diferente complejidad. La actividad debe cubrir al 100% de la población inscrita en el CESFAM, se realiza una vez en la vida de la persona, tiene una duración máxima de 30 minutos, o dicho de otra forma se deben realizar 2 controles por hora. A los 8 meses, el control incluye una serie de acciones que deben ser completadas en 30 minutos en este caso por enfermera. Ambas actividades son realizadas de forma uniprofesional dentro de la atención en box.

Indicadores de salud

Los indicadores de salud son construcciones que permiten dar seguimiento a las actividades realizadas en APS. El documento “matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida”(121) entrega una herramienta de monitorización de actividad realizadas con las personas, familias, comunidades y territorios.

Los indicadores se agrupan según curso de vida en infancia, adolescencia, adultez, adultez mayor y transversales. A modo general, la mayor parte de los indicadores considera un nivel de acción (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), objetivos de impacto derivados de la Estrategia Nacional de Salud, objetivo sanitario al que tributa la intervención, la actividad realizada, el nombre del indicador, la fórmula de cálculo, meta, fuente de donde se extrae la información para construir el indicador, el ciclo de vida y con qué estructura se articula dentro de la red.

Los indicadores son un instrumento que permiten orientar, expandir o delimitar las acciones al señalar aquellas actividades que están comprometidas por todos los establecimientos de APS a nivel nacional. Dado que las actividades tienen una estrecha asociación con las relaciones interprofesionales establecidas, los indicadores permiten revisar en que acciones se está haciendo énfasis y en cuáles no desde el nivel central. De esta forma, se observa un predominio de intervenciones realizadas de forma uniprofesional al interior del box con escasa orientación a actividades realizadas en dupla o en equipo, mayor presencia de indicadores de proceso, metas bajas para actividades de tipo promotoras e indicadores de resultado biomédico.

En la figura 25 se presenta una muestra de la organización de los indicadores que serán analizados(121):

Figura 25: Matriz de cuidados a lo largo del curso de vida

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño, Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los molinetes de lactancia entregados.	Porcentaje de niñas/os controladas al sexto mes con lactancia materna exclusiva	$\frac{N^{\circ} \text{ de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida}}{N^{\circ} \text{ de lactantes controlados al 6to mes}} * 100$	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, temperamento, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individual de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	$\frac{N^{\circ} \text{ de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años}}{\text{Total de población bajo control menor de 10 años}} * 100$	10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, temperamento, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	$\frac{\text{Población con consulta nutricional al 5º mes}}{\text{Total de población bajo control de 5 a 11 meses}} * 100$	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, temperamento, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	$\frac{\text{Población con consulta a los 3 años y 6 meses}}{\text{Población bajo control entre 42 y 47 meses}} * 100$	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

Fuente: Ministerio de Salud, 2019.

Infancia

Este grupo etario cuenta con un total de 50 indicadores: cuatro de promoción, 31 de tipo preventivos y 15 de tratamiento. En su mayoría corresponden a indicadores de proceso. Se destaca la presencia de cinco indicadores que evalúan resultados: porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva, porcentaje de niños/as libres de caries menores de 3 años, porcentaje de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente, porcentaje de egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años, y el porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas, a lo que se suman nueve indicadores relacionados al plan nacional de inmunizaciones.

La mayor parte de los indicadores tiene un porcentaje meta sobre el 70% con ciertas excepciones entre las que se encuentran actividades principalmente promotoras de la salud como el porcentaje de niños/as menores de 5 años cuyas madres, padres y/o cuidadores/as ingresan a Taller Nadie es Perfecto (meta de 7%) y la cobertura de talleres preventivos realizados de salud mental incluyendo alcohol y drogas, y violencia de género (meta de 1,5%).

Por otra parte, la fuente de información principal corresponde al REM (39 de 50 indicadores), identificándose tres metas sanitarias y tres IAAPS. Como meta se considera los indicadores de resultado asociado a la lactancia materna y el alta odontológica, sumado al porcentaje de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperados/as en la reevaluación. En el caso de los IAAPS, se identifica el porcentaje de aplicaciones de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 18 a 23 meses en el control de salud de los 18 meses, el porcentaje de niños/as libres de caries menores de 3 años y el porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño/a o con déficit de desarrollo psicomotor.

Se destaca que cinco de 50 indicadores se relacionan a actividades como talleres grupales o visita domiciliaria integral (visita domiciliaria a niños/as con dependencia moderada o severa y visita domiciliaria a familias con niño/a con déficit de desarrollo psicomotor), actividades que consideran el trabajo en dupla favoreciendo el establecimiento de relaciones interprofesionales.

Adolescencia

El área de adolescencia cuenta con 50 indicadores: dos de promoción, 28 de tipo preventivos y 20 de tratamiento. En su mayoría de proceso, destacando la presencia de seis indicadores que evalúan resultados: porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a jóvenes de 20-24 años, porcentaje de exámenes de VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control, cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control ($HbA1c < 7\%$), porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total, porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas, además de seis indicadores relacionados al plan nacional de inmunizaciones.

Se observa que la mayor parte del porcentaje meta se encuentra sobre el 70% con excepciones entre las que se encuentran el porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de la fertilidad (25% de los jóvenes), la cobertura de actividades promocionales y preventivas realizadas de salud mental y violencia de género (10% de cobertura), porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes (30% como meta) y el porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas (alcanzar el 20%).

La fuente de información principal corresponde al REM (41 de 50 indicadores), identificándose una meta sanitaria y tres IAAPS, como meta se considera el alta odontológica integral de los 12 años. En el caso de los IAAPS, se identifica el porcentaje de control de salud integral realizados a adolescentes de

12 a 19 años, porcentaje de examen de medicina preventiva del adulto realizados a hombres de 20 a 24 años, y el porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.

Seis indicadores se relacionan a actividades como talleres grupales o visita domiciliaria integral (visita domiciliaria a adolescentes con dependencia moderada a severa), lo que implica trabajo interprofesional.

Adulto

El grupo etario de adulto cuenta con 61 indicadores: tres de promoción, 37 de tipo preventivos, 20 de tratamiento y uno de rehabilitación. En su mayoría de proceso, destaca la presencia de seis indicadores que evalúan resultados: porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el servicio de obstetricia y ginecología, incrementar la detección de colelitiasis en población entre 35 y 49 años, cobertura de personas hipertensas de 26 a 64 años bajo control con presión arterial < 140/90, cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años en relación a la población bajo control con HbA1<7%, población bajo control EPOC que logran control adecuado, personas diabéticas de 26 a 64 años en control en el Programa de Salud Cardiovascular que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, además de tres indicadores relacionados al plan nacional de inmunizaciones.

Se observa indicadores con metas bajas respecto a la cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental y violencia de género (10% de cobertura), el porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben terapia de reemplazo hormonal según puntaje de escala Menopause Rating Scale (meta de 2%) y porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta (30% como meta).

Por otra parte, la fuente de información principal corresponde al REM (54 de 61 indicadores), identificándose tres IAAPS: incrementar cobertura de examen de medicina preventiva en la población inscrita validada, incrementar cobertura de examen de medicina preventiva en hombres de 25-64 años,

y la atención integral de población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas.

Se identificaron ocho indicadores relacionados a actividades como talleres grupales o visita domiciliaria integral (visita domiciliaria integral a personas entre 25 y 64 años con dependencia moderada a severa), lo que implica el trabajo en equipo.

Adulto mayor

Este grupo etario cuenta con 36 indicadores: uno de promoción, 18 de tipo preventivos, 16 de tratamiento y uno de rehabilitación. Al igual que en los otros grupos, la mayor parte de los indicadores corresponden a indicadores de proceso. Se identificaron tres indicadores de resultado: cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y más bajo control, población bajo control asmática controlada, y población bajo control EPOC que logran control adecuado, además de dos indicadores relacionados al plan nacional de inmunizaciones.

Se observan metas bajas en los indicadores: porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS (meta del 40%), porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (30%), atención integral de población mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas (17%), y el porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas (20%).

La fuente de información principal corresponde al REM (32 de 36 indicadores). Se identificó un IAAPS: porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas.

Cinco indicadores se relacionan a actividades como talleres grupales, visita domiciliaria integral (visita domiciliaria integral a personas mayores con dependencia moderada a severa) y diagnóstico participativo relacionándose a trabajo en equipo.

Transversales

El área transversal contiene 44 indicadores relacionados a las siguientes estrategias o programas: estrategia de promoción comunal (6 indicadores), estrategia de fortalecimiento del modelo de Atención de Salud Familiar Integral y Comunitario (4 indicadores), programa de Tuberculosis (12 indicadores), programa de salud y pueblos indígenas (6 indicadores), programa de Atención domiciliaria para personas con dependencia severa (5 indicadores) y programa de rehabilitación (11 indicadores).

Las primeras dos estrategias requieren del trabajo en equipo al estar compuestas por actividades a realizar en la comunidad o relacionándose al enfoque familiar, el cual convoca a todo el equipo de salud; de forma similar, el programa de Atención domiciliaria para personas con dependencia severa incluye visitas domiciliarias, actividades grupales y el diagnóstico participativo, por lo que requiere del trabajo en equipo por sobre el trabajo uniprofesional.

Contrastando lo anterior, se encuentra el programa de tuberculosis eminentemente asistencial, por lo que sus indicadores apuntan a trabajo uniprofesional a pesar de existir un equipo específico para ejecutar las acciones del programa. Por último, el programa de salud y pueblos presenta en su mayoría indicadores de proceso que refleja el ser un programa en pleno desarrollo incluyendo, por ejemplo, indicadores relacionados a la capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de pueblos indígenas.

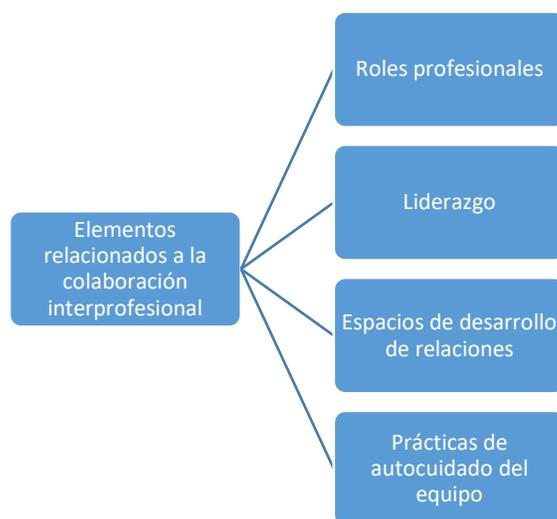
(f) Sexta categoría: elementos relacionados a la colaboración interprofesional

La colaboración involucra compartir información e intervenciones, tener metas, responsabilidades y valores en común, abolir las jerarquías, compartir el poder y tomar decisiones en conjunto, conocer y

respetar los roles de cada uno, mantener comunicación efectiva y confiar en el otro, ser interdependientes, tener procesos y resultados medibles, y tener una identidad compartida. Se indica que la colaboración estaría relacionada al cuidado integral a través del desarrollo de prácticas participativas, relaciones mutuas y recíprocas, con constante comunicación y un liderazgo que favorezca la misma.

Esta categoría emergente muestra elementos relacionados a la colaboración interprofesional presentes en los programas de APS. Se identificó la definición de roles, el liderazgo, espacios protegidos para la interacción de los profesionales y prácticas de autocuidado del equipo, elementos que estimularían el desarrollo de relaciones interprofesionales por sobre las acciones uniprofesionales. Es importante señalar que hasta este punto no se había profundizado en conceptos vinculados a las relaciones interprofesionales desde el marco referencial de colaboración interprofesional, sino más bien se había analizado la forma que podían tomar considerando la interacción profesional: uniprofesional, duplas, equipos.

Figura 26: Sexta categoría



Fuente: Elaboración propia.

Roles profesionales

La definición de roles profesionales es un factor clave en el desarrollo de la colaboración interprofesional. La lucha por el alcance de las prácticas y la defensa de los límites profesionales puede ser fuente de conflicto al interior de las organizaciones de salud. Hasta el momento se ha visto que los roles están fuertemente asociados a la formación de pregrado, con ciertas excepciones, donde se requiere de una capacitación o entrenamiento previo. Por otra parte, se ha observado la presencia de aspectos relacionados a la transdisciplinariedad en lo que se ha denominado trabajo “intercambiable” al existir más de un profesional que puede llevar a cabo la actividad. A continuación, se muestran extractos en los que la definición de roles ha sido explícita en el contenido del programa.

Los Médicos son los encargados de realizar el ingreso al PSCV. Este es un momento clave del programa, pues la experiencia que tenga el paciente puede determinar aspectos tan trascendentes como la adherencia al tratamiento y a los controles... Por su parte, los controles médicos deben enfocarse en detectar elementos de descompensación y daño de órganos blancos, buscando activamente el cumplimiento de las metas terapéuticas y, sobre todo, evitando la inercia clínica (Salud cardiovascular, pág. 21)

El programa de salud cardiovascular es el único de los 19 programas revisados que incluye un acápite explicitando los roles de los profesionales: médico/a, enfermero/a, nutricionista, químico farmacéutico y técnico en enfermería. En este caso, al médico en su trabajo uniprofesional se le atribuye la responsabilidad de realizar el ingreso al programa de salud cardiovascular estableciendo un vínculo que favorezca la adherencia a tratamiento incluido los controles de salud. Se espera que el profesional se enfoque en la pesquisa de signos de descompensación y daño de órganos con foco en el cumplimiento de metas terapéuticas.

Todos los pacientes con TBC deben ser evaluados en forma integral tomando en cuenta sus co-morbilidades. En aquellos casos en que se detecte problemas de salud mental deberán ser

*evaluados por **el/la psicólogo** para detectar y manejar oportunamente patologías depresivas, abuso de sustancias y otras alteraciones que puedan comprometer el tratamiento y el bienestar del paciente. Así mismo, aquellos pacientes que tengan una situación socioeconómica vulnerable debían ser evaluados por **el/la asistente social** con el objetivo de tener una evaluación socioeconómica y orientación para la obtención de beneficios de programas de ayuda social (Control y eliminación de la Tuberculosis, pág. 34)*

Dentro el análisis integral de caso descrito en el programa de control y eliminación de la Tuberculosis se indica que estos deben ser evaluados por otros profesionales dependiendo de los problemas identificados. Se destaca la intervención del psicólogo/a en casos donde existan problemas de salud mental y del asistente social frente a la pesquisar de problemas de índole social. De esta forma se observa una asociación entre el tipo de necesidad identificada y el profesional involucrado en determinadas actividades. La formación de pregrado estaría directamente relacionada con la competencia profesional requerida para dar respuesta a las necesidades de las personas.

Liderazgo

El liderazgo es un elemento crucial a la hora de desarrollar colaboración interprofesional. Este puede ser categorizado como emergente o asociado a una posición. La existencia de uno o varios líderes que favorezcan la participación de los miembros del equipo, motive el trabajo y medie en situaciones complejas permite aumentar la cohesión del equipo y mejorar el trabajo conjunto. Como figuras de liderazgo se identificó a equipos de dirección comunal, los directivos de los establecimientos, jefes de sector, coordinadores de programa y el gestor de caso.

*La persona que asuma como **Coordinador/a del PSCV** en el centro de salud ejerce un liderazgo participativo y es parte del equipo de salud. Se recomienda programar, gestionar y supervisar el cumplimiento de las actividades realizadas por el equipo de salud del PSCV (Salud Cardiovascular, pág. 21)*

En el programa de salud cardiovascular aparece una figura de liderazgo en la forma de coordinador/a que permite llevar a cabo las actividades del programa a través de la gestión y supervisión del cumplimiento de estas. Dicho liderazgo es señalado de manera explícita como participativo, siendo parte del equipo y favoreciendo el intercambio dentro del mismo.

Los equipos de dirección comunal, los directivos de los establecimientos y los jefes de sector son los llamados a impulsar un trabajo en salud mental integrado en todo el equipo de salud. De esta forma, podrán aumentar la sinergia del equipo y alinear sus prácticas para que todos estén involucrados en las actividades de promoción, prevención y detección oportuna, así como también incorporar aspectos administrativos como coordinación interna de las personas y familias tratadas, horas de capacitación, trabajo comunitario conjunto, entre otras (Salud Mental, pág. 22).

De acuerdo con lo presentado en el programa de salud mental se espera que las personas que cuentan con cargos de liderazgo formal como los equipos de dirección comunal, los directivos de los establecimientos y los jefes de sector favorezcan la sinergia dentro del equipo y orienten las acciones para satisfacer las necesidades de la población. Para esto los líderes también deben responder a los requerimientos administrativos de la institución incluyendo la coordinación interna de las personas y familias tratadas, aspecto que a su vez apunta a la existencia de interdependencia en las acciones profesionales.

La existencia de un gestor de casos, aquella persona del equipo del sector /o del equipo de cabecera que es el encargado del seguimiento del plan de acción, deberá administrar la oferta del sector y ser la contraparte con el intersector. Finalmente, organiza la respuesta del Estado siempre en función del usuario y monitorea el contacto y la efectividad de la Red (Visita Domiciliaria Integral, pág. 29).

El programa de visita domiciliaria integral es el único de los analizados que cuenta con la figura de gestor. Este es parte del equipo de cabecera o sector y es responsable de dar seguimiento al caso, coordinar las atenciones en los diferentes niveles de atención y representar al sector salud si se requieren acciones por parte de otros sectores. Por lo que es el profesional que se encuentra a cargo de la familia y gestiona las intervenciones a través de toda la red y con el intersector.

Espacios de desarrollo de relaciones

Los espacios comunes favorecen la colaboración interprofesional al aumentar las interacciones y el intercambio de información generando alianzas que beneficien a la población a cargo. En dichos espacios se pueden compartir situaciones y experiencias en relaciones a casos clínicos por lo que representan una fuente de información informal más rápida en comparación con la revisión de registros.

Los espacios comunes permiten que los profesionales se conozcan y reconozcan favoreciendo el desarrollo de relaciones interprofesionales de mayor intensidad. Se identificaron las reuniones de equipo, de sector, reuniones ampliadas y consejos técnicos como espacios de desarrollo de relaciones.

El trabajo de equipo con objetivos de atención integral requiere en forma imprescindible reforzar la coordinación de sus acciones, la coherencia de los mensajes y la división de funciones. Las instancias de reuniones clínicas por estudios de familia, el sistema de protección a la infancia (Chile Crece Contigo) y otras, son una buena oportunidad para el aprendizaje conjunto de conceptos técnicos relacionados, la utilización de herramientas de estudios de familias, la integración de los diversos problemas de salud de los integrantes de la familia, entre otros (Salud Mental, pág. 25).

De acuerdo con el extracto anterior, la atención integral requiere de un trabajo al interior del equipo que incluye coordinación, comunicación, división de funciones y construcción conjunta de un discurso coherente para ser transmitido posteriormente a la población. Para esto se identifica a las reuniones de

estudio de familia y aquellas derivadas del sistema de protección a la infancia como instancias que favorecen el aprendizaje conjunto de conceptos, herramientas de estudio de familia y otras temáticas relevantes a la hora de llevar a cabo actividades en la APS.

Reuniones del equipo de salud: La frecuencia de reuniones se adapta a las necesidades del equipo y a la demanda de la población a cargo. Se recomienda realizarlas de forma semanal y que tengan, al menos, una hora de duración. Se recomienda incorporar los casos clínicos complejos que requieren un abordaje interdisciplinario a las reuniones del equipo de sector. Asimismo, es un espacio donde evaluar el desempeño del equipo en la compensación de los pacientes (Salud cardiovascular, pág. 24).

Uno de los espacios anteriormente reconocidos son las reuniones de equipo realizadas para llevar a cabo estudios de familia. Se señala que estas reuniones deben tener una periodicidad que estaría determinada por las necesidades no tan solo de la población a cargo, sino que también por las necesidades del equipo. Se recomienda que las reuniones se realicen de forma semanal y tengan una hora de duración. Este programa, así como otros analizados hacen hincapié en la necesidad de presentar los casos complejos al equipo de sector para favorecer el abordaje interdisciplinario. Por último, se visualiza a este espacio como una instancia de evaluación de desempeño al analizar las acciones y resultados en salud de las personas a cargo del equipo de sector.

Asegurar la correcta ejecución de los PPAA en el establecimiento, considerando la capacitación del equipo de salud, difusión, monitoreo y participación de instancias claves con otros programas del ciclo vital en el establecimiento (reuniones ampliadas, consejos técnicos, reuniones de sector u otros), cuando sea necesario para realizar una correcta ejecución (Programas alimentarios, 30).

Los programas alimentarios señalan la necesidad de contar con espacios para la capacitación, difusión y monitoreo sobre contenidos de este a través de la participación en reuniones donde se revisan

temáticas de otros programas. A las reuniones anteriormente mencionadas se suman las reuniones ampliadas y consejos técnicos que tiene como propósito corroborar la correcta ejecución del programa de apoyo transversal.

Autocuidado del equipo

El programa de salud mental considera la aplicación de estrategias de autocuidado individual y grupal en el entendido que el trabajo en el área de salud especialmente con personas y familias vulnerables puede generar un menoscabo en la salud mental y el bienestar de los miembros del equipo. Lo anterior se relaciona con la posible sobrecarga dado la alta demanda y la complejidad de los casos que deben abordar en términos de inequidades sociales, económicas, culturales, entre otras. El cuidado de los miembros del equipo favorece la sensación de pertenencia y generación de vínculos, por lo que favorecería el establecimiento de relaciones interprofesionales de tipo colaborativas.

Estrategias de autocuidado Individuales: 1) Auto observación y registro de malestares físicos, psicológicos y conductuales. 2) Espacio para la descompresión a través de la supervisión o asesoría técnica, pedir ayuda técnica o de otra índole. 3) Realizar actividades recreativas extra laborales libres de las temáticas de trabajo. 4) Evitar hablar con familiares y amigos de temáticas clínicas. 5) Formarse adecuadamente para contar con herramientas técnicas que permitan enfrentar casos y temas complejos. 6) Contar con relaciones afectivas significativas que permitan sentirse conectado/a y gratificado/a con otros aspectos de la vida además del laboral. Idealmente, realizar otras actividades profesionales diferentes a la actividad clínica (Salud mental, pág. 48-49).

En el caso de las intervenciones de tipo individual se estimula a los miembros del equipo a mantener una mirada analítica y generar registros respecto a posibles malestares físicos, psicológicos y conductuales. Se señala la disponibilidad de ayuda técnica para recibir orientación y apoyo en el mismo establecimiento e incentiva a realizar actividades fuera del trabajo. Además, se sugiere evitar llevar

temas del trabajo a la esfera personal y favorecer la construcción de relaciones afectivas significativas. Por último, se promueve la adquisición de herramientas que permitan hacer frente a los casos complejos, capacitando al profesional en el afrontamiento de situaciones estresantes derivadas del trabajo con personas.

Estrategias de autocuidado Grupales: 1) Idealmente, realizar otras actividades profesionales diferentes a la actividad clínica. 2) Contar con un espacio laboral digno: que permita una atención confidencial, acogedora, agradable. 3) Realizar reuniones clínicas de casos que permitan potenciar las capacidades del equipo completo. 4) Capacitarse como equipo en las competencias necesarias de desarrollar en el ámbito de salud mental. 5) Trabajar el clima del equipo: prevenir, enfrentar y resolver conflictos. 6) Mutuo cuidado de los integrantes del equipo: reconocer logros de los demás, apoyar en situaciones difíciles, relevar objetivos comunes, entre otras. 7) Realizar actividades recreativas en conjunto (Salud mental, pág. 49).

En relación con las estrategias de autocuidado grupal, estas apuntan fortalecer los lazos a través de la realización de actividades no relacionadas al ámbito clínico tanto dentro como fuera de la organización. Se pone el foco en la resolución de conflictos de manera positiva y al cuidado mutuo de los integrantes mediante el reconocimiento, apoyo en situaciones difíciles, el refuerzo de los objetivos de equipo y la potenciación de las capacidades del equipo. Sumado a lo anterior, se destaca la importancia de contar con un ambiente que permita realizar atenciones confidenciales, acogedoras, y agradables. De esta manera, todas las intervenciones apuntan al establecimiento de relaciones satisfactorias y al desarrollo de una identidad conjunta, elementos que son promotores de la colaboración interprofesional.

Capítulo VI: INTEGRACIÓN Y DISCUSIÓN

Sección 1.16 Modelo de atención integral de salud

Al analizar los documentos que construyen el principal lineamiento del quehacer en atención primaria: el Modelo de Atención Integral en Salud o MAIS, se observa una intención de cambiar la forma en como el sistema responde a un nuevo concepto de salud. El fenómeno salud- enfermedad es visto desde una perspectiva amplia considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, familiares y de género de las personas, familias y comunidades teniendo en cuenta su contexto a través de todo el ciclo vital y curso de vida.

En la evolución teórica del MAIS se observan dos puntos de inflexión, el primero se marca con la publicación del documento *“Modelo de Atención Integral en Salud”* del año 2005 el que expone casi la totalidad de los enfoques y principios que presenta el actual modelo, siendo solo precedidos por el enfoque biopsicosocial y los principios relacionados a la política social expuestos en el documento *“De consultorio a Centro de salud”* del año 1993. De esta forma se observa un aumento pronunciado del marco de referencia que determina una pauta del deber ser de los profesionales, movimiento que se acompaña de una energía reformista propia del periodo histórico que vive la salud pública del país.

Se destaca que este marco de referencia también se encuentra influido por los procesos políticos experimentados en Latinoamérica en el contexto de la renovación de la AP para las Américas(122). Lo anterior reafirma el hecho que el modelo de atención en Chile corresponde al resultado de una construcción que ha sido permeada por temas político/ideológicos, sociales y económicos del país, las características particulares de la población Latinoamericana y los lineamientos de organismos internacionales del área(45).

El segundo punto de inflexión fue la focalización del cambio en los equipos que se marca con los documentos *“En el camino a Centro de Salud Familiar”* y *“Modelo de Atención Integral con Enfoque*

Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud” de los años 2008 y 2009, respectivamente. Estos documentos entregan un camino detallado respecto a las modificaciones de la organización interna de los equipos que vino acompañado de un cambio en la infraestructura y funcionamiento de las organizaciones en APS. Lo anterior refleja la intención política de cambiar la forma en que los equipos realizaban sus acciones pasando del trabajo por estamentos y programas al trabajo territorial con el proceso de sectorización.

De esta manera se observa que el modelo de atención corresponde a la unión de cambios político/ideológico y estructurales/organizacionales que son presentados en un mismo marco referencial lo que complejiza su configuración. Este punto es importante ya que incluso la APS renovada(122) siendo un marco referencial complejo hace una diferencia entre la “Atención primaria de salud” que apunta al nivel de atención y a los profesionales, de la “Atención primaria de salud integral” que hace alusión a la estrategia de organización del sistema, aspectos que en el MAIS tienden a fusionarse.

La complejidad del modelo dificulta la traducción del fundamento teórico hacia acciones profesionales. En esta línea se encontró que los enfoques de género, intercultural y de determinantes sociales se presentan en los programas como orientadores teóricos del actuar de los equipos y no como un lineamiento asociado a actividades determinadas. Adicionalmente, se observó que en términos comparativos los principios centrales del modelo presentan más elementos en su definición que los expuestos por la OMS(123) lo que limita la transferencia de estos al nivel operativo.

A pesar de las posibles limitaciones presenten en el modelo, se identifican ciertas fortalezas. Los enfoques y principios entregan las bases teóricas que facilitan la comprensión de los fenómenos en salud y fundamentan el accionar profesional. Adicionalmente, la inclusión del ámbito relacional: relación persona- equipo, familia- equipo, comunidad- equipo, red de prestadores- comunidad organizada- organizaciones intersectoriales, permite entender que los resultados en salud están supeditados a las relaciones humanas que se encuentran a la base de cualquier sistema u organización.

Por lo que el MAIS refleja un intento de dar cuenta de la complejidad de las situaciones que viven las personas y del propio sistema de salud.

De esta forma, se construye un modelo de atención que configura la forma en que el equipo de salud interactúa con las personas, familias y comunidades, con una nueva organización resultado de la unión de cambios políticos, ideológicos, estructurales y organizacionales.

Sección 1.17 Relaciones interprofesionales en los programas de salud: enfoques y principios

Los programas presentan actividades que deben ser realizadas por los profesionales y equipos para mejorar el estado de salud de la población. Al analizar las actividades programáticas se pudo revisar la transferencia de los elementos teóricos y las relaciones interprofesionales del MAIS al nivel operativo. El reconocimiento del grado en que los lineamientos políticos son transferidos a lineamientos operativos se realiza a través de la observación de la repetición del contenido y la trazabilidad de los elementos dentro y entre programas.

En esta investigación se observó que el enfoque familiar cobra una gran relevancia en el primer nivel de atención reconociéndose como el principal articulador del trabajo en equipo dentro de la organización. El desarrollo del estudio de familia en situación de vulnerabilidad es la actividad que convoca de manera explícita a todo el equipo de sector estimulando múltiples interacciones interprofesionales. El análisis del proceso permitió observar características que son propias de la colaboración interprofesional como la existencia de roles definidos, responsabilidades y asignación de estas, manejo e intercambio de información y comunicación, interdependencia, y toma de decisiones en conjunto.

Este punto indica una congruencia entre el nivel político y lo observado en nivel operativo. Lo anterior puede ser un reflejo de la intencionalidad de potenciar el trabajo territorial en especial con las familias. Este es el único enfoque que promueve de manera clara los elementos que constituyen la colaboración

interprofesional a través del establecimiento de un proceso de trabajo colaborativo polietápico, sinérgico y abierto.

Si bien, se explicitó durante este trabajo que el concepto central en términos de relaciones interprofesionales sería la colaboración interprofesional el contraste de los hallazgos considerando los conceptos de multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina puede clarificar la multiplicidad de usos de estos conceptos observados en los documentos que construyen el MAIS. En este sentido, el estudio de familia se encontraría dentro de la categoría de trabajo interdisciplinario al existir una acción conjunta que considera diferentes perspectivas disciplinares para acercarse a un problema común, respetando los roles profesionales, contando con una comunicación abierta y fluida, procesos de negociación, teniendo un objetivo en común y aportando con su visión a la resolución de los problemas de salud(24,25).

Otro enfoque de importancia fue el enfoque comunitario. El trabajo con la comunidad se expresa a través intervenciones dirigidas a conocer a la población a cargo, actividades de acompañamiento de grupos, determinación conjunta de intervenciones y análisis de recursos disponibles en la comunidad. Este tipo de actividades involucra fuertemente a una dupla específica de profesionales que establecen lazos y empoderan a la comunidad, en especial a la población adulto mayor.

Los programas no describen las características de las interacciones establecidas en dupla, pero es posible suponer que resultan ser de alta intensidad. De esta forma se considera que dicha relación interprofesional sería una demostración de colaboración interprofesional, por lo que el trabajo en duplas según enfoque comunitario se reconoce como una congruencia en lo dispuesto entre niveles. Desde la perspectiva disciplinar esta relación podría dar espacio al desarrollo de transdisciplina en vista que se podría generar un trabajo conjunto utilizando un marco de referencia compartido cruzando los límites disciplinares y donde cada miembro del equipo toma responsabilidad del paciente como un todo(24,25).

Otro de los enfoques predominantes fue el enfoque biopsicosocial, este enfoque se encuentra en prácticamente todas las acciones de los programas de salud configurándose como un mínimo a la hora de mirar la realidad. En términos de relaciones interprofesionales se observó variados tipos de interacción entre las que se encuentran la uniprofesional, en duplas, realizadas por un profesional específico o uno intercambiable, equipo multidisciplinario, hasta el no considerar la declaración de un profesional encargado. Sin embargo, se observó un predominio de las actividades uniprofesionales.

Existen dos puntos a relevar respecto al tipo de relación interprofesional identificadas en el enfoque biopsicosocial. El primero se relaciona con la existencia de actividades realizadas por un profesional intercambiable lo que podría apuntar al desborramiento de límites disciplinares y por lo tanto al trabajo transdisciplinario(24,25). Sin embargo, la expresión de este único elemento se puede considerar como una amenaza a la colaboración interprofesional dado que podría favorecer la existencia de roles poco claros al interior del equipo(6,9). El segundo punto se relaciona con la mención del trabajo en equipo multidisciplinario el cual apunta a acciones realizadas por cualquier miembro del equipo por lo que se asocia a trabajo uniprofesional propio de la multidisciplinaria(24,25) por sobre el trabajo conjunto.

Respecto a los principios, el principio cuidado centrado en la persona se plasma en las actividades que incluyen la satisfacción de necesidades respetando las condiciones propias de la persona y buscando el desarrollo de corresponsabilidad en el cuidado de la salud mediante el establecimiento de un vínculo o relación terapéutica. Dicho vínculo tiende a desarrollarse en relaciones uno a uno dado que son espacios que permiten mayor apertura con una comunicación más profunda. En los programas de salud se observó una tendencia a generar relaciones uniprofesionales para este principio por lo que se considera como una incongruencia entre lo establecido entre el nivel político y el operativo.

La integralidad pudo ser observada en los programas mediante acciones que consideran una perspectiva amplia para el análisis de las situaciones de salud, así como también a través del espectro de atenciones disponibles en el sistema para responder a las necesidades levantadas abarcando desde lo promocional a la rehabilitación. La integralidad dio cabida a acciones realizadas con el sistema familiar

a través del trabajo del equipo de sector por lo que es una demostración de la transmisión efectiva de lo planteado en el MAIS hacia los programas de salud.

El principio de promoción y prevención fue transferido de manera consistente y predominante en todos los programas de salud analizados lo que es coherente con el reconocimiento del primer nivel de atención como un espacio promotor de salud. Este enfoque delineó variadas relaciones interprofesionales entre las cuales se encuentran las de tipo uniprofesional, uniprofesional con capacitación, en duplas, sin encargado y del equipo multidisciplinario. Este principio presentó un predominio de relaciones uniprofesionales.

En el caso del principio de promoción y prevención es importante detenerse en la relación interprofesional ausencia de encargado la que puede relacionarse con la exclusividad profesional de ciertos programas. A modo de ejemplo, se encuentra la asociación entre el programa de salud sexual y reproductiva con el profesional matrona-matrón y el programa de salud respiratoria con el profesional kinesiólogo/a. En otros casos, la ausencia de encargado tendía a apuntar a la consideración de la actividad como un lineamiento general al equipo.

Por último, la unión del enfoque biopsicosocial y el enfoque familiar ocurre dado que ambos se centran en la valoración de las condiciones que influyen en la salud de las personas desde una perspectiva amplia y contextual. Dado que las intervenciones relacionadas a esta unión se sitúan en la etapa de conocimiento y diagnóstico situacional las relaciones interprofesionales que se configuran tienden a ser de tipo uniprofesional o en dupla. Mientras que la unión de los enfoques familiar y comunitario se contextualizan en el punto de intervención con el individuo en su contexto familiar. En este caso las relaciones interprofesionales configuradas requieren de trabajo uniprofesional abriendo la posibilidad de incluir a más miembros del equipo.

Sección 1.18 Otras formas de desarrollar relaciones interprofesionales

La coordinación entre programas pone de manifiesto el establecimiento de puntos de contacto con el fin de dar respuesta a las necesidades de la población, relacionándose con los principios de integralidad y de continuidad en APS. Por otra parte, las atenciones derivadas establecen puntos de contacto entre profesionales de forma protocolizada o espontánea. La derivación protocolizada reemplaza el accionar profesional por reglas y normas predominando en lugares donde la colaboración no se expresa de manera intencionada(42). Este tipo de relaciones interprofesionales apuntan al desarrollo de colaboración interprofesional en el nivel operativo.

Sección 1.19 Elementos que influyen en la colaboración interprofesional

La categoría emergente administración del trabajo incluye aspectos relacionados a la forma en que se realizan, organizan y miden las prestaciones en salud. En el caso de la prestación directa se hace alusión a todas las atenciones que se acercan a la consulta de profesionales a demanda realizadas al interior del box de forma uniprofesional.

Por otra parte, la programación de actividades es una acción que tiene el poder de determinar las actividades que serán realizadas y las que no, teniendo directa relación con el financiamiento en salud. Adicionalmente, se observó que la programación tiene un impacto en la determinación del tipo y cantidad de profesionales involucrados en las intervenciones consideradas. En el caso de los elementos de la programación se identificaron componentes que presionan la actividad asistencial siendo especialmente determinante el factor rendimiento pudiendo reducir el rango de acción del profesional.

Los indicadores de salud son construcciones que permiten dar seguimiento a las actividades realizadas en APS además de tener la capacidad de orientar, expandir o limitar las acciones al señalar aquellas actividades que están comprometidas por todos los establecimientos a nivel nacional. Los indicadores permiten revisar los puntos en los que se hace énfasis en el trabajo realizado en APS y en cuáles no. El

análisis muestra una escasa orientación a actividades que se realiza en dupla o en equipo, predominando las intervenciones uniprofesionales. Por otra parte, se observa un predominio de indicadores de proceso, metas más bajas para actividades de tipo promotoras e indicadores de resultado de tipo biomédico.

Se destaca en particular que solo un indicador de alrededor de 50 por cada grupo etario considera la visita domiciliaria integral lo que indica una subrepresentación de la intervención clave que promueve la colaboración interprofesional. Se destaca que al poner el foco en la cantidad de intervenciones se expone a los profesionales a un aumento de la demanda asistencial lo que se suma a la presión por el cumplimiento de metas de producción. Lo anterior se ha identificado como un obstaculizador en el desarrollo de colaboración interprofesional y un factor que aleja a las acciones del equipo de las necesidades sentidas por la comunidad(16).

De esta manera los elementos de la categoría administración del trabajo favorecen la incongruencia entre el nivel político y operativo al limitar la expresión de lo establecido teóricamente por el modelo y las relaciones interprofesionales que pretende configurar.

Por otra parte, se identificó la presencia de elementos que influyen positivamente en el desarrollo de colaboración interprofesional como los roles, liderazgo, espacios para desarrollar relaciones y autocuidado del equipo.

En primer lugar, se observó la definición de roles basada en la formación de pregrado con ciertas excepciones donde se requiere de una capacitación o entrenamiento previo. De manera adicional se observó el rol “profesional intercambiable” el que tendría como propósito contar con un grupo de profesionales disponibles y habilitados para llevar a cabo una misma actividad disminuyendo la carga laboral(43). De esta forma se observan características del trabajo multi, inter y transdisciplinario de forma mixta en esta dimensión(24,25). La literatura internacional muestra que la definición clara de

roles profesionales favorece el desarrollo de colaboración interprofesional por lo que se identifica como un elemento que apunta a la coherencia entre los lineamientos político y operativo(12,43).

En segundo lugar, se reconoció la existencia de figuras de liderazgo formal los que entregan orientación, motivan al equipo y establecen puntos de contacto entre profesionales. En particular la figura del gestor de caso permite coordinar las atenciones de salud para un mismo individuo teniendo el potencial de aumentar la eficiencia y mejorar la experiencia del usuario(124,125). La presencia de uno o varios líderes que favorezcan la participación de los miembros del equipo, motiven el trabajo y medien en situaciones complejas permite aumentar la cohesión del equipo y mejorar el trabajo conjunto, por lo que se reconoce como un factor que favorece el desarrollo de la colaboración interprofesional(20,43).

En tercer lugar, se identificó el resguardo de espacios comunes como las reuniones de equipo, de sector, reuniones ampliadas y consejos técnicos, destacando las primeras que cuentan con cierta periodicidad y son resguardadas para la presentación de casos complejos que requerirían un abordaje interdisciplinario. Dichos espacios permiten que los profesionales aumenten las interacciones, el intercambio de información, discutan y analicen casos, conocerse y reconocerse los unos con los otros, generar confianza e interdependencia. La evidencia muestra que el desarrollo de espacios de trabajo común teniendo como propósito el acercar a los miembros del equipo sería un elemento favorecedor de la colaboración interprofesional(20,43).

Por último, se identificó la realización de actividades que promueven el autocuidado individual y grupal las que permiten proteger la salud mental y el bienestar del equipo. El cuidado de los miembros del equipo favorece la sensación de pertenencia, generación de vínculos, resolución de conflictos de manera positiva, creación de una identidad conjunta, cuidado mutuo de los integrantes mediante el reconocimiento, apoyo en situaciones difíciles y el refuerzo de los objetivos de equipo por lo que favorecería el establecimiento de relaciones interprofesionales de tipo colaborativas(20,43).

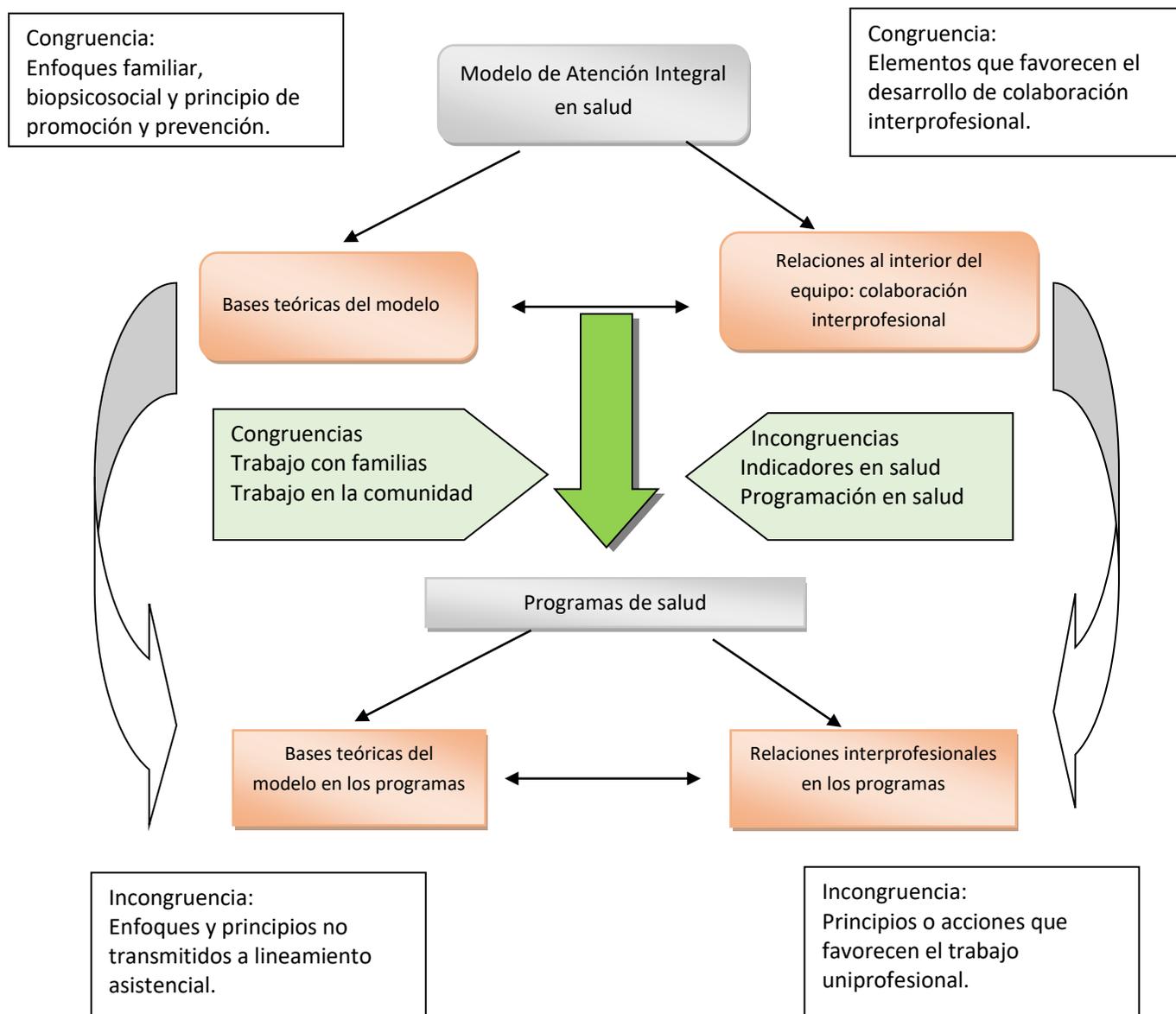
Sección 1.20 Lineamientos generales para el trabajo del profesional en la APS

Los lineamientos generales para el trabajo del profesional en APS entregan orientaciones respecto al comportamiento esperado de los profesionales en la relación establecida con las personas, familias y comunidades presentando a su vez las estructuras disponibles en el sistema de salud que favorecen el buen funcionamiento de este. Las categorías relaciones estructurales según principios del modelo y orientaciones generales al equipo permiten acercarnos a la comprensión de las múltiples interacciones que se deben generar para mantener una coherencia interna del discurso y a su vez lograr los objetivos en salud.

Los principios de continuidad de atención, participación en salud, tecnología, RISS e intersectorialidad son una muestra del establecimiento de relaciones entre estructuras de la red de atención permitiendo el trabajo de los profesionales. Por otra parte, la categoría orientaciones generales al equipo incluye enfoques que tienen a declararse de forma discursiva en los programas y no se asocian a una determinada relación interprofesional. Se destaca que en el caso del enfoque de género el programa de acompañamiento para el niño, la niña y el adolescente trans o género no conforme marca un hito con el que expresan aspectos relevantes en la aplicación del enfoque de género en la atención en salud. Dado lo reciente de su publicación se requiere de un periodo de adaptación que permita analizar los efectos de este.

Sección 1.21 Congruencias e incongruencias entre las bases teóricas del modelo de atención de salud integral y las relaciones interprofesionales configuradas en los programas de salud

Figura 27: Congruencias e incongruencias entre las bases teóricas del modelo de atención de salud integral y las relaciones interprofesionales configuradas en los programas de salud.



Fuente: Elaboración propia

La figura 27 muestra un diagrama que presenta las congruencias e incongruencias respecto a la transferencia entre los niveles político y operativo de elementos teóricos del modelo de atención y el tipo de relaciones interprofesionales construidas. En específico la transferencia de esta relación tal como se presenta en el modelo de atención en salud se destaca en la imagen en color verde. Se observa que el trabajo con familias y comunidad son transmitidos de manera congruente a los lineamientos programáticos. De forma contraria se observó que los indicadores y la programación en salud generan incongruencias entre los dos niveles en la relación analizada.

De forma adicional se reconoció la existencia de congruencias e incongruencias que afectan a uno de los dos ejes analizados, por una parte, la transferencia de las bases teóricas del modelo y por otra la transferencia de la relación interprofesional colaboración interprofesional desde el nivel político al nivel operativo, lo que se presenta a los lados derecho e izquierdo de la imagen en casilleros blancos.

A la izquierda se identifica a los enfoques familiar, biopsicosocial y al principio de promoción y prevención como elementos teóricos que son transferidos de manera consistente en prácticamente todos los programas de salud analizados. Dentro de las incongruencias se observó que la complejidad teórica del modelo limitó la transferencia de bases teóricas a lineamientos programáticos dejando algunos de los enfoques como elementos discursivos o dificultado la trazabilidad de ciertos principios en las acciones profesionales determinadas por programa.

A la derecha se reconoce un grupo de elementos como los roles definidos, las reuniones de equipo, el autocuidado del equipo, el liderazgo, la coordinación entre programas y las atenciones derivadas, que al favorecer el desarrollo de colaboración interprofesional serían una demostración de transferencia congruente de lo dispuesto desde el nivel político al operativo en este eje. Por otra parte, se identificaron principios y acciones que estimulan el trabajo uniprofesional como el cuidado centrado en la persona y la prestación directa, lo que no sería coherente con lo planteado en el modelo de atención.

Se identificó que el trabajo con familias presentes en el enfoque familiar y el principio de integralidad establecen una congruencia entre lo planteado a nivel político y operativo. El enfoque familiar es un sello de la APS chilena el cual logró consolidarse a través del tiempo con la conformación de equipos de trabajo compuesto por diversos profesionales que comparten un mismo espacio físico y se encuentran a cargo de una población determinada. Lo anterior permite generar un conocimiento profundo a través interacciones dentro del equipo y con la población. En particular, el estudio de familia es el mejor ejemplo de la transferencia de las bases teóricas y relación interprofesional entre los niveles analizados. La evidencia muestra que una filosofía de atención guiada por la conexión con el paciente y la familia favorece el desarrollo de colaboración interprofesional(20).

Por otra parte, el trabajo con comunidades basado en el enfoque comunitario dio cabida al trabajo en duplas que se considera habitualmente una interacción de alta intensidad. La literatura internacional muestra que el trabajo en duplas es una de las formas más eficiente de organizar la atención en salud(126). Lo anterior se explica dado la relación que se puede generar entre los individuos y con la población a cargo. Dentro del equipo se ha observado el desarrollo conocimiento y respeto mutuo, responsabilidades compartidas y rutinas que pueden empoderar a los miembros(126). Con respecto a la población, el contar con solo dos profesionales hace más fácil la identificación del tratante aspecto que se pierde en equipos más grandes(31,126). El trabajo con comunidades se presentó de manera menos consistente en los programas de salud.

El análisis de los indicadores mostró una escasa presencia de las actividades relacionadas al trabajo con familias y comunidad con predominio de intervenciones realizadas de manera uniprofesional. La transferencia de las bases teóricas del modelo al quehacer profesional requiere de una comprensión profunda de la situación del individuo a través del levantamiento de información, análisis y reflexión situacional, proceso que resultan ser poco compatible con una organización de la actividad sanitaria que limita el espacio a la acción espontánea.

El análisis de los indicadores y la programación en salud indican la existencia de una sobrecarga en términos asistenciales, lo que podría favorecer el trabajo automatizado enfocado en las metas de producción(16). Se ha observado que la sobrecarga de agenda de los profesionales puede reducir los espacios de interacción, favorecer el desarrollo de conflictos al interior del equipo y debilitar la atención integrada en salud(127).

Respecto al eje de bases teóricas del modelo se identifica que los enfoques familiar, biopsicosocial y el principio de promoción y prevención son encontrados de manera consistente en los programas analizados por lo que existiría congruencia entre los niveles político y operativo. Se destaca que el enfoque biopsicosocial y el principio de promoción y prevención consideran actividades que dan cabida a variadas relaciones interprofesionales.

En relación con las incongruencias en eje teórico, la complejidad del modelo se perfila como una limitante a la hora de transferir las bases teóricas a lineamientos operativos aspecto que fue observado en el caso de los enfoques de género, intercultural y de determinantes sociales, así como también en ciertos principios del modelo. Se reconoce que este fenómeno no es exclusivo del MAIS. La definición de salud publicada por Stampar en 1945 y la declaración de Alma-Ata(128,129) son ejemplos que muestran la dificultad de traducir ciertas declaraciones políticas en acciones concretas en el sistema. El contar con lineamientos operativos claros que sean reflejo de los lineamientos políticos permitirían posteriormente medir el impacto de las acciones en los resultados de salud la población y por lo tanto llevar a cabo un proceso de evaluación de política pública.

En relación con las congruencias entre los lineamientos político y operativo en las relaciones interprofesionales se identificó un grupo de elementos que favorecen el desarrollo de la colaboración interprofesional siendo uno de ellos es la definición clara de roles(6,9,20). Se ha identificado que el no conocer los roles de los diferentes profesionales puede tener como resultado derivaciones incorrectas del paciente haciendo menos eficiente al sistema y forzando a los profesionales a redireccionar las atenciones frente a una derivación incorrecta(127). Por otra parte, la transgresión de los límites

profesionales ha sido identificada como un punto que favorece los conflictos(130) generando luchas de poder entre las profesiones, lo que pone en riesgo la calidad, seguridad y el acceso a la atención de salud de manera oportuna(12,43).

Adicionalmente, las reuniones de equipo y las prácticas de autocuidado son un espacio predilecto para fortalecer la identificación con el equipo y la visualización del paciente/individuo de forma compartida favoreciendo la provisión de cuidados integrales e integrados(127,131). Se ha observado que en lugares donde las reuniones formales son difíciles de conseguir, la comunicación informal permite lograr la sinergia entre profesional para analizar y responder a las necesidades de los individuos a través de intervenciones integradas y centradas en el paciente(127,130), aspecto que no pudo ser revisado en esta investigación.

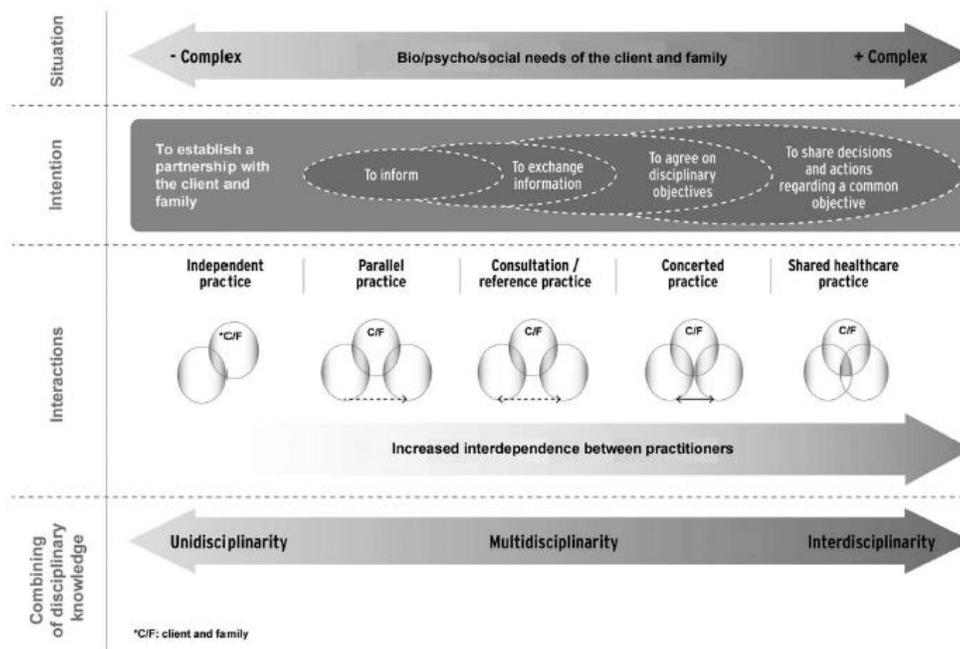
Por último, las atenciones derivadas y coordinación entre programas corresponden a intervenciones que demuestran conocimiento y manejo de los recursos de la red, y a la vez pueden ser un reflejo del nivel de confianza existente entre profesionales(32,42). Estas acciones apuntan a lo que Careau identifica como consulta/practica referida, que si bien presenta un menor grado de interdependencia, permite desarrollar el trabajo multidisciplinario y mejorar la atención en salud de los individuos(127).

Dentro de las incongruencias en la transferencia de la colaboración interprofesional a los lineamientos operativos se identificó el principio de cuidado centrado en la persona y prestación directa dado que estimulan el despliegue de acciones uniprofesionales. Se reconoce que las acciones en salud en cualquier nivel tienden a tomar la forma uno a uno con el paciente, argumento que ha sido utilizado para defender la autonomía y los límites profesionales(17,42). Las formas que tome el trabajo al interior de las organizaciones en salud deben responder a las necesidades de los individuos de forma adaptativa considerando un continuo de cuidado(127).

En este contexto Carneau presenta un continuo de colaboración interprofesional (figura 30) que considera cuatro dimensiones de análisis: la situación de la persona, la intención que tiene la acción en

salud, las interacciones desarrolladas y el tipo de combinación de conocimiento disciplinar existente(127). Las necesidades biopsicosociales de las personas y familias cuentan con un espectro que va de menor a mayor complejidad siendo estas las que determinan las siguientes dimensiones. De esta forma, frente a casos de menor complejidad se tiene como objetivo el establecimiento de una relación terapéutica a través de una práctica independiente de forma unidisciplinar. En casos más complejos se optará por tomar decisiones y acciones conjuntas en relación con un objetivo común llevando a cabo una práctica de salud compartida caracterizada por mayor interdependencia entre miembros del equipo y combinando el conocimiento de manera interdisciplinaria.

Figura 28: Continuo de colaboración interprofesional de Careau.



Fuente: Fox et al. 2021. Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice.

La provisión de cuidados integrales e integrados requiere que el trabajo de los equipos de salud este enfocado en identificar y satisfacer de las necesidades biopsicosociales de las personas, familias y comunidades considerando la complejidad de la situación abordada. Como se observa en el continuo de

colaboración interprofesional, lo anterior permite determinar el objetivo establecido al interior del equipo, reconocer a los miembros del equipo que deben involucrarse en el proceso e identificar el tipo de conocimiento requerido para dar respuesta a las necesidades identificadas. Estas tres dimensiones apuntan a la forma en que los profesionales deben relacionarse, dicha definición resulta ser crucial especialmente en el desarrollo de colaboración interprofesional la que debe ser intencionada.

Dado las características propias de la relación paciente/individuo-profesional es razonable que una parte importante de las actividades en APS sean llevadas a cabo de forma uniprofesional. A modo de ejemplo, evidentemente es más eficiente que solo un profesional realice una consulta en salud que requiere la aplicación de una pauta determinada versus el involucramiento de todo un equipo. Sin embargo, se destaca que estas actividades deben presentar algún grado de coordinación entre sí que va más allá de estipulado de forma programática y puede realizarse por medio del contacto directo entre profesionales o a través de sistemas de información y comunicación amigables que favorezcan el cuidado integrado de las personas(20,127,132).

El MAIS estimula un tipo de interacción profesional donde la frecuencia y calidad de la comunicación debe ser más alta y se acompaña del desarrollo de interdependencia(130). Esta interacción se reserva para el abordaje de casos complejos por lo que es coherente que se haya observado solo en el trabajo con familias y comunidades. En este sentido es importante analizar el grado en que los indicadores en salud y la programación limita de manera efectiva la capacidad de los equipos en dar respuestas integrales a dichos casos complejos. Cambiar el foco de la programación en base al histórico y al cumplimiento de metas hacia las necesidades sentidas de la población con un profundo trabajo territorial es un movimiento que sería un aporte para enfrentar los desafíos actuales en salud.

Se reconoce que lo anterior no es una tarea fácil ya que involucra modificaciones en estructuras y procesos tradicionales que sustentan el accionar en APS por lo que deben ser analizados de manera profunda. Como ejemplo, el análisis de los efectos de los programas considerando la evolución en el tiempo podría permitir reconsiderar lo que pareciera ser una hipertrofia de la actividad asistencial. Es

esperable que la reevaluación de las actividades programáticas genere resistencia tanto en los equipos como en ciertos grupos profesionales por lo que deben ser procesos realizados de manera participativa. Lo anterior apunta a reducir la demanda asistencial, regular el sistema de evaluación e incentivos por cumplimiento de metas sanitarias, además de generar un ambiente que permita trabajar de manera más cercana al territorio.

Un elemento a considerar que no fue revisado en esta investigación es la división social del trabajo que provoca diferencias en los contratos y salarios lo que se ha identificado como una barrera para el desarrollo de la colaboración interprofesional al estar asociado a dinámicas de poder desbalanceadas(12,20). Desde la década de los 70 se releva la importancia que tiene dar a los profesionales el mismo estatus, prestigio y poder en el desarrollo de la colaboración interprofesional(18). En nuestro país existen al menos tres leyes(133–135) que regulan de manera diferenciada las condiciones contractuales y remuneraciones de los trabajadores y trabajadoras de salud favoreciendo de manera marcada a un grupo de profesiones(136). El presente análisis no identificó elementos en el contenido de los programas que apuntaran a desbalances de poder por lo que se espera revisar el efecto de este factor en futuras investigaciones.

A modo global se considera importante evaluar la colaboración interprofesional promovida por el MAIS y sus efectos. La complejidad de la evaluación de este fenómeno demanda la construcción de un diseño polietápico que permita evaluar las características de los equipos, los procesos al interior de estos y del cuidado, los resultados intermedios y finales, incluyendo aspectos relacionados al financiamiento en salud para poder trazar todo el proceso y sus productos(12).

Respecto a los resultados en salud se requiere visualizar formas de medir la salud que puedan reflejar la complejidad en el abordaje de los problemas de los individuos que intenta recoger el MAIS a través de la construcción de indicadores integrales de salud. Varios países se encuentran analizando la forma de evaluar los modelos de cuidado centrado en la persona con multimorbilidad considerando indicadores integrales(137–141). Desde el año 2020 el ministerio de salud viene promoviendo la inserción de una

estrategia de cuidado centrado en la persona con multimorbilidad(142,143), que si bien encuentra alineado a los desafíos en salud actuales, sería otro elemento más que los equipos de APS deben incorporar. Se espera que las innovaciones en salud estén acompañadas de adaptaciones del sistema para evitar la sobrecarga y aumentar la eficiencia del sector.

La colaboración interprofesional ha estado asociada al aumento del bienestar laboral en los equipos, menor agotamiento emocional, mayor nivel de competencia y autonomía profesional(3,10,11), mejor gestión de conflictos y clima al interior del equipo(33) y a la mejora en el reclutamiento y retención de profesionales(6). En el caso de la población se indica que esta favorece el cuidado integrado en salud, se asocia al aumento de la efectividad en la prestación de servicios(2,3,7), la seguridad del paciente(7–9), reduce los ingresos hospitalarios, visitas a servicios de emergencias y costos en salud(12,33). Sin embargo, la variabilidad en la definición y operacionalización del concepto ha debilitado la calidad de la evidencia respecto a sus efectos(8,10–12,28) por lo que se requiere de mayor investigación.

Por otra parte, resulta ser trascendental que los equipos conozcan y valoren la importancia de la colaboración interprofesional promovida por el MAIS resguardando los espacios en las que esta se desarrolla y privilegiando el trabajo con el equipo por sobre el trabajo uniprofesional en box(130). Se ha mencionado que existen experiencias en el que la conformación de equipo y contar con espacios comunes puede fallar en su intento de generar este tipo de relaciones(72).

El despliegue de las características de la colaboración interprofesional requiere la conformación de un equipo cohesionado y estable. Para esto se visualiza como importante la generación de intervenciones para retener a los profesionales incluyendo aquellas que promueven ambiente de trabajo saludables(144), la formación continua en APS, contar con sistemas de comunicación y registro integrados con protocolos que permitan ver el flujo de paciente(127), protocolos de orientación a nuevos profesionales respecto a la colaboración interprofesionales dentro del CESFAM y medición del grado de esta al interior del equipo.

Desde la formación de los profesionales resulta importante contar con programas de educación en colaboración interprofesional integrados en el currículo y consensuados entre las diferentes carreras(145). Se ha reconocido que la educación en colaboración interprofesional promueve el conocimiento entre profesionales y permite que el estudiante salga del desarrollo disciplinar propio(131,146). Se espera que los programas incluyan aspectos conceptuales y valóricos relacionados a la colaboración interprofesional(145) además de contar con actividades prácticas en la universidad, comunidad y campos clínicos desde el inicio y a través de la carrera(131,145). Contar con profesionales capacitados y comprometidos con el tema en la universidad e instituciones de salud(131,145,146) es fundamental para que el estudiante comprenda las interacciones profesionales existentes en el sistema de salud.

Capítulo VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La colaboración interprofesional ha sido identificada como una forma de interacción caracterizada por tener metas, responsabilidades y valores en común, compartir el poder y tomar decisiones en conjunto, conocer y respetar los roles de cada uno, mantener una comunicación efectiva, ser interdependientes y tener una identidad compartida. Identificada como una acción que podría facilitar la resolución de los problemas del sistema con intervenciones integrales e integradas ha sido promovida como una estrategia a aplicar en el sistema a través de los equipos de salud y en la formación profesional.

Esta investigación tuvo por objetivo comprender cuáles son las congruencias e incongruencias entre las bases teóricas y las relaciones interprofesionales definidas en el modelo de atención de salud integral con lo establecido en los programas de salud entre 2013 y 2021. Se analizó la existencia de congruencias e incongruencias entre los lineamientos políticos y operativos contrastando elementos teóricos y relaciones interprofesionales.

Se identificó que el trabajo con familias y comunidad son transmitidos de manera congruente a los lineamientos programáticos, y que los indicadores y la programación en salud generan incongruencias entre los dos niveles. Este punto es importante ya que si bien existe un discurso que promueve el trabajo con la familia y comunidad a través de la colaboración profesional la organización de actividad asistencial indica que el tiempo destinado para aquello es reducido en términos comparativos con actividades realizadas de manera uniprofesional al interior del box. Es recomendable realizar un análisis contextualizado ya que el reconocimiento de este hallazgo como un problema del sistema estará directamente relacionado con la cantidad de personas y familias con situaciones complejas en términos biopsicosociales que no están siendo manejadas de manera integral.

Por otra parte, se observó la existencia de congruencias e incongruencias en uno de los dos ejes de la relación establecida, por una parte, la transferencia de las bases teóricas del modelo y por otra la transferencia de la colaboración interprofesional desde el nivel político al nivel operativo. Dentro de

estos hallazgos, destaca la complejidad de modelo de atención en términos teóricos lo que limita la transferencia de ciertos elementos a los lineamientos programáticos para los profesionales. Por otra parte, se observó en los programas elementos que favorecen el desarrollo de colaboración interprofesional destacando los roles definidos y los espacios de intercambio entre profesionales.

Se debe señalar que esta investigación tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, al considerar solo los programas de salud como fuente de información se puede haber perdido información contextual que sea importante para comprender específicamente aspectos de niveles macro o meso que influyen en el fenómeno estudiado. En segundo lugar, la variabilidad de la estructura de los programas puede haber influido en la presencia de hallazgos como actividad “sin encargado”. Por último, el análisis de un fenómeno que es eminentemente comportamental y relacional desde lo prescriptivo abre una brecha entre lo escrito y lo que ocurre en la realidad por lo que los resultados deben ser interpretados con cautela.

Considerando los resultados de esta investigación es fundamental generar investigaciones que analicen: 1) los efectos del MAIS en los equipos y en los resultados en salud, 2) el grado de colaboración interprofesional existente en los equipos y sus efectos, 3) efectos de la colaboración interprofesional en los resultados en salud, y 4) construcción de indicadores integrales en salud.

Entendiendo la importancia de contar con lineamientos políticos consistentes que sean transmitidos de manera coherente a todas las partes interesadas del sistema de salud sumado al potencial que tiene el contar con diferentes respuestas adaptativas en términos de relaciones interprofesionales, es que esta investigación desea entregar recomendaciones en las áreas de política pública, instituciones de salud/equipos de salud y educación. Las recomendaciones se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 10: Recomendaciones para el desarrollo de la colaboración interprofesional.

Política en APS	Instituciones/equipos de salud	Educación
<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos políticos claros respecto a las relaciones interprofesionales disponibles en APS explicitando el trabajo en base a colaboración interprofesional. • Evaluación de los efectos que ha tenido el MAIS en los equipos y en los resultados en salud. • Desarrollo de indicadores integrales que permitan evaluar los efectos de la perspectiva del MAIS que ha sido transmitida a los equipos de salud. • Revisión y generación de intervenciones que permitan modificar y/o ajustar elementos del sistema de impiden el desarrollo de colaboración interprofesional: <ul style="list-style-type: none"> - Estructuras programáticas. - Programación en salud. - Indicadores en salud. - Metas por producción. - Inequidades contractuales y salariales. - Financiamiento en salud. - Disponibilidad de profesionales y servicios en la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades locales, directivos y jefatura comprometidas con la colaboración interprofesional que promuevan el trabajo en equipo en el territorio, favoreciendo la priorización dinámica y evitando el reemplazo de actividades en equipo por atenciones directas. • Realizar actividades que permitan que el equipo conozca y valore la importancia de la colaboración interprofesional. • Formación continua en APS, marco filosófico, valores, colaboración interprofesional, manejo de casos en equipo y comunicación efectiva. • Resguardo de los espacios de colaboración con esfuerzos intencionados en el desarrollo de esta. • Evaluación y seguimiento de la colaboración interprofesional en los equipos. • Desarrollo de intervenciones que promuevan la retención de profesional para favorecer la estabilidad interna del equipo. • Desarrollo de intervenciones para el logro de ambientes de trabajo saludables. • Contar con sistemas de comunicación y registro integrados que haga más eficiente la comunicación. • Aplicación de protocolos de orientación y acompañamiento a nuevos profesionales respecto a la colaboración interprofesional dentro del CESFAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas de educación en colaboración interprofesional integrados en el currículo y consensuados entre las diferentes carreras. • Inclusión de aspectos conceptuales y valóricos en los programas académicos. • Actividades teóricas y prácticas en la universidad, comunidad y campos clínicos, desde el inicio y a través de la carrera. • Contar con profesionales capacitados y comprometidos con el tema en la academia y en el área clínica. • Buscar buenos ejemplos en el área clínica donde el estudiante se pueda integrar. • Generar procesos de evaluación y seguimiento de las intervenciones.

Fuente: Elaboración propia

En términos políticos se espera contar con lineamientos claros que expliciten el incentivo de la colaboración interprofesional considerando los obstaculizadores existentes en este nivel y que han sido evidenciados en la experiencia internacional. Especialmente importantes son aquellos de tipo estructurales, de financiamiento, disponibilidad de profesionales y servicios en la red, y remuneraciones a los y las trabajadoras. Se considera fundamental la generación de investigaciones que evalúen los efectos que ha tenido el MAIS en los equipos y en los resultados en salud, sumado al desarrollo de indicadores integrales que permitan evaluar los efectos del modelo de atención.

En el caso de los equipos las recomendaciones apuntan a fortalecer las relaciones humanas al interior de las instituciones de salud. La colaboración interprofesional está marcada por como las personas se relacionan y tiende a desarrollarse cuando estas se sienten en confianza, son reconocidas, escuchadas, cuentan con un rol en el equipo y se sienten pertenecientes al grupo. La colaboración interprofesional se ha asociado a una cultura del cuidado y la democracia clínica, por lo que todas aquellas intervenciones que promuevan los ambientes de trabajo saludable tendrán un efecto en el desarrollo de interacciones más intensas que terminan beneficiando directamente a la atención de los individuos. Es importante generar procesos de evaluación y seguimiento tanto de la colaboración interprofesional en los equipos como sus efectos a nivel organizacional.

Por último, en el área de educación se recomienda la introducción de programas coherentes, integrados y consensuados entre carreras desde el primer año y a través de esta, que permitan desarrollar una comprensión acabada de los roles autónomos, de colaboración o intercambiable que pueden existir en el sistema de salud. Para esto se requiere de instituciones de educación, directivos, equipos académicos, docentes y campos clínicos comprometidos, innovadores y capacitados en colaboración interprofesional, además de procesos de evaluación y seguimiento.

Las recomendaciones presentadas para el desarrollo de colaboración interprofesional son amplias y a la vez complejas ya que demandan cambios estructurales y procesos de innovación. La existencia de una política que estimule la colaboración interprofesional podría generar un marco de desarrollo del tema entendiendo que esta área requerirá múltiples esfuerzos de distintas organizaciones y equipos de investigación en un trabajo a largo plazo.

Capítulo VIII: REFERENCIAS

1. Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2019 Jul 20];150:31–9. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953615302628?via%3Dihub>
2. WHO. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to improve Health Outcomes [Internet]. 2007 [cited 2019 Jul 21]. Available from:
https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
3. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* [Internet]. 2005 May 6 [cited 2019 Jul 20];19(sup1):116–31. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820500082529>
4. Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 20];14(2):9–16. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27493399>
5. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2019 Jul 20];32(1):1–3. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>
6. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2019 Jul 20];52(7):1217–30. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002074891500070X?via%3Dihub>
7. WHO. WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 20]; Available from:
https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In: Zwarenstein M, editor.

Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2019 Jul 20]. Available from:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

9. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 20];28(4):228–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19058243>
10. Kaiser S, Patras J, Martinussen M. Linking interprofessional work to outcomes for employees: A meta-analysis. *Res Nurs Health* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jul 20];41(3):265–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29906320>
11. Welp A, Manser T. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 20];16:281. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27430287>
12. Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2019 Jul 29];123(6):550–63. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019300831?via%3Dihub>
13. MINSAL. De consultorio a centro de salud: marco conceptual [Internet]. 1993 [cited 2019 Jul 29]. Available from: https://books.google.cl/books/about/De_consultorio_a_centro_de_salud_marco_c.html?id=HibbGwAACAAJ&redir_esc=y
14. Dominguez-Cancino KA, Palmieri PA, Martinez-Gutierrez MS. National Health Policy Reform for Primary Care in Chile: A Qualitative Analysis of the Health Program Documents. *J Prim Care Community Heal* [Internet]. 2020 Jan 29 [cited 2020 Jul 8];11:215013272092488. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720924884>
15. Russell GM, Miller WL, Gunn JM, Levesque JF, Harris MF, Hogg WE, et al. Contextual levers for team-based primary care: Lessons from reform interventions in five jurisdictions in three countries. *Fam Pract* [Internet]. 2018 May 23 [cited 2021 Apr 23];35(3):276–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29069376/>

16. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Jul 29];20(8):2511–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802511&lng=pt&tlng=pt
17. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Sep 21 [cited 2019 Jul 29];8:188. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803881>
18. Cartlidge A, Bond J, Gregson B. Interprofessional collaboration in primary health care. *Nurs Times* [Internet]. [cited 2019 Jul 29];83(46):45–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3697221>
19. Oishi A, Murtagh FEM. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med* [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 Jul 29];28(9):1081–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821710>
20. Sangaletti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI database Syst Rev Implement reports* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 29];15(11):2723–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29135752>
21. Petit dit Dariel O, Cristofalo P. A meta-ethnographic review of interprofessional teamwork in hospitals: what it is and why it doesn't happen more often. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2018 Oct 22 [cited 2019 Jul 29];23(4):272–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819618788384>
22. Fawcett J. Thoughts About Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary Research. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2013;26(4):376–9. Available from: <https://doi.org/10.1177/0894318413500408>
23. Collin A. Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: Implications for vocational psychology. *Int J Educ Vocat Guid*. 2009;9(2):101–10.

24. Gordon RM, Corcoran JR, Bartley-Daniele P, Sklenar D, Sutton PR, Cartwright F. A transdisciplinary team approach to pain management in inpatient health care settings. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):426–35.
25. Van Bower V. Transdisciplinarity in Health Care: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2017;52(4):339–47.
26. Dyer J. Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary educational models and nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2003;24(4):186–8.
27. Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: 2016 Update [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://nebula.wsimg.com/2f68a39520b03336b41038c370497473?AccessKeyId=DC06780E69ED19E2B3A5&disposition=0&alloworigin=1>
28. Johnson JM, Carragher R. Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East: A systematic review. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 Sep 3 [cited 2019 Aug 1];32(5):621–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29764248>
29. Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Dec 20 [cited 2019 Jul 29];17(1):83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27440181>
30. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health* [Internet]. 2006 Jul 27 [cited 2019 Jul 21];4:20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16872531>
31. Hustoft M, Biringer E, Gjesdal S, Aßmus J, Hetlevik Ø. Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: a prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Sep 17 [cited 2019 Aug 1];18(1):719. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30223847>
32. Pinto R, Witte SS, Filippone P, Choi CJ, Wall M. Interprofessional collaboration and on-the-job training improves access to HIV testing, HIV primary care and Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *AIDS Educ Prev* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 29];30(6):474. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30966764>

33. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 29];6(6):CD000072. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28639262>
34. Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care* [Internet]. 2004 Dec [cited 2019 Jul 20];8(6):R403-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15566584>
35. Woods D. Interprofessional teamwork for multi-professional practice: Does it work in primary care? *Pract Nurs* [Internet]. 2018 Feb 2 [cited 2019 Jul 20];29(2):88–93. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/pnur.2018.29.2.88>
36. McNeil KA, Mitchell RJ, Parker V. Interprofessional practice and professional identity threat. *Heal Sociol Rev* [Internet]. 2013 Sep 17 [cited 2019 Jul 20];22(3):291–307. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.5172/hesr.2013.22.3.291>
37. Burford B. Group processes in medical education: learning from social identity theory. *Med Educ* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2019 Jul 20];46(2):143–52. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2923.2011.04099.x>
38. Sarwar A, Devlin A. Struggling to Maintain Professional Identities When Engaging in Inter-professional Teamwork to Deliver Integrated Care. *Int J Integr Care* [Internet]. 2017 Oct 17 [cited 2019 Jul 20];17(5):76. Available from: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3381/>
39. Kreindler SA, Dowd DA, Dana Star N, Gottschalk T. Silos and social identity: the social identity approach as a framework for understanding and overcoming divisions in health care. *Milbank Q* [Internet]. 2012 Jun [cited 2019 Jul 20];90(2):347–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22709391>
40. Brown JB, Ryan BL, Thorpe C, Markle EKR, Hutchison B, Glazier RH. Measuring teamwork in primary care: Triangulation of qualitative and quantitative data. *Fam Syst Heal* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 20];33(3):193–202. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/fsh0000109>
41. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional

- collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2014 Dec 18 [cited 2019 Jul 20];37(4):fdu102. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdu102>
42. McDonald J, Jayasuriya R, Harris MF. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012 Mar 13 [cited 2019 Jul 29];12:63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22413897>
 43. MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 Nov 24 [cited 2019 Jul 29];13:486. Available from: [http://www.nc K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. BMC Health Serv Res \[Internet\]. 2013 Nov 24 \[cited 2019 Jul 29\];13:486. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4222600](http://www.nc K, Chreim S, Bourgeault IL. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013 Nov 24 [cited 2019 Jul 29];13:486. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4222600)
 44. Goodyear-Smith F, Bazemore A, Coffman M, Fortier RDW, Howe A, Kidd M, et al. Research gaps in the organisation of primary healthcare in low-income and middle-income countries and ways to address them: a mixed-methods approach. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2019 Aug 16 [cited 2019 Aug 30];4(Suppl 8):e001482. Available from: <http://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2019-001482>
 45. Román A. Management models in health organizations. *Medwave*. 2012 Mar 1;12(03):e5329–e5329.
 46. Becerril-Montekio V, Reyes J de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jul 20];53:s132–42. Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>
 47. DataChile. Chile — DataChile [Internet]. [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://es.datachile.io/geo/chile#health>
 48. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. [Internet]. Vol. 33, *Archivos de Medicina Interna*. Prensa Medica Latinoamericana; 2011 [cited 2019 Jul 20]. 7–11 p. Available from:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003

49. Artaza O., Barría MS., Fuenzalida A., Núñez K., Quintana A., Vargas I., et al. Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios [Internet]. Santiago, Chile; [cited 2019 Jul 20]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
50. Benavides Salazar P, Castro R, Jones I. Sistema Público de Salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050. Dipres [Internet]. 2013 [cited 2019 Jul 20]; Available from: <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/handle/11626/8665>
51. MINSAL. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. 2012 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
52. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Datos Municipales [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 22]. Available from: http://datos.sinim.gov.cl/datos_municipales.php
53. Campos MSZ, Catalán LG. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *Hist Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2011 Dec;18(SUPPL. 1):131–51.
54. Larrañaga O. El Estado Bienestar en Chile: 1910 - 2010 [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 8]. Available from: <http://gobierno.uc.cl/es/investigacion2/277-el-estado-bienestar-en-chile-1910-2010>
55. Castañeda P, Salamé AM. Trabajo social chileno y dictadura militar. Memoria profesional predictatorial. Participación social en salud, período 1960-1973. *Rev Perspect Notas sobre Interv y acción Soc*. 2017 Apr 27;(27):29.
56. Rosselot J V. Child Health in Chile and the role of the international collaboration. *Rev Chil Pediatr*. 53(3).
57. Gonzalez M, Farah J. Asistentes sociales en el SNS. Burocracia, Estado y políticas sociales en Chile, 1952-1973. *Hist Unisinos*. 2017 Jan 1;21(1):122–35.
58. Jiménez J, Romero MI. Reducing Infant Mortality In Chile: Success In Two Phases. *Health Aff* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Dec 8];26(2):458–65. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.2.458>
59. Hewa S, Hetherington RW. Specialists without spirit: Limitations of the mechanistic biomedical

model. *Theor Med*. 1995 Jun;16(2):129–39.

60. MINSAL. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD [Internet]. Santiago; 2005 [cited 2019 Jul 29]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
61. MINSAL. Centro de Salud Familiar [Internet]. Santiago; 2008 [cited 2019 Jul 29]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
62. MINSAL. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud [Internet]. Santiago; 2009 [cited 2019 Jul 29]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
63. Brommet, A., Lee, J., Serna J. Atención primaria: Una estrategia renovada. *Colomb Med* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jul 20];42(3):379–87. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28322503016>
64. Ministerio de Salud (MINSAL). Decreto 31, SALUD (2017). 2017;(2017):1–21.
65. Ministerio de Salud (MINSAL). Orientaciones para la planificación y programación en red 2021. *Minist salud*. 2021;86.
66. Rey-Gamero A. A-RN. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2013 Dec 10 [cited 2019 Jul 21];12(25):95. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7125>
67. Kusananto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Fam Med Prim Care*. 2018;7(3):497.
68. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil* [Internet]. 2017 Aug 21 [cited 2019 Nov 15];31(8):995–1004. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215517709890>
69. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 [cited 2019 Oct 15];2(6):576–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544>

70. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Apr 23];20(59):905–16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
71. Donnelly C, Ashcroft R, Mofina A, Bobbette N, Mulder C. Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2019 Aug 28 [cited 2021 Apr 23];20:e125. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455458/>
72. van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: A qualitative approach comparing observations with personal opinions. *Fam Pract* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2021 Apr 23];34(1):98–106. Available from: </pmc/articles/PMC5266085/>
73. Murphy L, Meijer F, Visscher H. A qualitative evaluation of policy instruments used to improve energy performance of existing private dwellings in the Netherlands. *Energy Policy*. 2012 Jun 1;45:459–68.
74. LASCOUMES P, LE GALES P. Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments? From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance* [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2021 Apr 23];20(1):1–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0491.2007.00342.x>
75. Lira L. Revalorización de la planificación del desarrollo [Internet]. *Serie gestión Pública, CEPAL*. 2006 [cited 2020 Jul 24]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7316>
76. Hill M. *The Policy Process: A Reader*. 1993.
77. Kristianssen AC, Andersson R, Belin MÅ, Nilsen P. Swedish Vision Zero policies for safety – A comparative policy content analysis. *Saf Sci*. 2018 Mar 1;103:260–9.
78. Bramer WM, de Jonge GB, Rethlefsen ML, Mast F, Kleijnen J. A systematic approach to searching: An efficient and complete method to develop literature searches. *J Med Libr Assoc* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Apr 22];106(4):531–41. Available from: </pmc/articles/PMC6148622/>

79. Adams J, Hillier-Brown FC, Moore HJ, Lake AA, Araujo-Soares V, White M, et al. Searching and synthesising “grey literature” and “grey information” in public health: Critical reflections on three case studies. *Syst Rev* [Internet]. 2016 Sep 29 [cited 2021 Apr 22];5(1). Available from: <https://link.springer.com/epdf/10.1186/s13643-016-0337-y>
80. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Res J*. 2009;9(2):27–40.
81. Kuckartz U. *Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice & Using Software*. Qualitative Text Analysis: A Guide to Methods, Practice & Using Software. SAGE Publications Ltd; 2014.
82. Rapley T. *Doing Conversation, Discourse and Document Analysis*. Doing Conversation, Discourse and Document Analysis. SAGE Publications Ltd; 2011.
83. Altheide DL, Schneider CJ. Process of Qualitative Document Analysis. In: *Qualitative Media Analysis*. SAGE Publications, Ltd; 2016. p. 38–74.
84. Coffey A, Atkinson P, Digitalia). Encontrar el sentido a los datos cualitativos : estrategias complementarias de investigación [Internet]. Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2005 [cited 2019 Jul 27]. 262 p. Available from: <https://publicaciones.ua.es/es/catalogo/encontrar-el-sentido-a-los-datos-cualitativos/978-84-7908-831-6>
85. Vázquez M., Ferreira M, Mogollón A, Fernández M, Delgado M, Vargas I. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* on JSTOR. Primera. 2011.
86. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *Int J Qual Methods* [Internet]. 2006 Mar 29 [cited 2021 Apr 22];5(1):80–92. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/160940690600500107>
87. Joffe H., Yardley L. Content and thematic analysis [Internet]. 2004 [cited 2021 Apr 22]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/313157845_Content_and_thematic_analysis
88. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. *Qualitative Data Analysis: A Compendium of Techniques and a Framework for Selection for School Psychology Research and Beyond*. *Sch Psychol Q* [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Apr 22];23(4):587–604. Available from: [/record/2008-17775-](https://doi.org/10.1080/00220270802617775)

89. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 Apr [cited 2021 Apr 22];62(1):107–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18352969/>
90. Given L. Memos and Memoing. In: *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. SAGE Publications, Inc.; 2012.
91. Birks M, Chapman Y, Francis K. Memoing in qualitative research. *J Res Nurs* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2020 Jul 24];13(1):68–75. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1744987107081254>
92. Krause-Jacob M. La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos | European / International Joint Ph.D. in Social Representation and Communication. *Rev Tems Educ* [Internet]. 1995 [cited 2019 Jul 20];(7):19–39. Available from: <http://www.europhd.net/bibliographic-item/la-investigación-cualitativa-un-campo-de-posibilidades-y-desafíos>
93. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa [Internet]. Primera edición. Gedisa; 2006 [cited 2019 Jul 20]. Available from: http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/investigacion_perspectiva_genero/unidad-3/U3_T2_L2.pdf
94. Palacios Vicario B, Sánchez Gómez MC, Gutiérrez García A. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa: Guías o checklists. 2013 [cited 2019 Jul 20]; Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3014>
95. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Jul 22];17(3):613–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006&lng=es&tlng=es
96. Sisto, Vicente. La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas Individuo y Soc* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 24];7(1):114–36. Available from: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/54>
97. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. [Internet]. D -

Editorial de la Universidad de La Plata; 2015 [cited 2019 Jul 27]. 120 p. Available from:
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49017>

98. Guion LA. Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies. *Edis*. 1969;2002(6):2–4.
99. Hussein A. The use of Triangulation in Social Sciences Research: Can qualitative and quantitative methods be combined? *J Comp Soc Work*. 2018;4(1):106–17.
100. Alzás García T, Casa García LM, Luengo González R, Torres Carvalho JL, Catarreira SV. Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *Investig Cual en Ciencias Soc [Internet]*. 2016;3(1):639–48. Available from:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1009>
101. Vega P, López R. ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA. *Rev Chil Anest [Internet]*. 2014 [cited 2019 Jul 12];(43):361–7. Available from:
<http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n04.19.pdf>
102. Horwitz Campos N, Florenzano Urzúa R, Ringeling Polanco I. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam*. 1985;98(2):144–55.
103. MINSAL. Programa nacional de salud de las personas adultas mayores. 2014.
104. MINSAL. Programa nacional de Salud integral de adolescentes y jóvenes. 2012.
105. MINSAL. Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral. 2015.
106. MINSAL. Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. 2018.
107. MINSAL. Programa de rehabilitación integral en la red de Salud. 2014.
108. MINSAL. Programa más adultos mayores autovalentes. 2015.
109. MINSAL. Programa salud mental en atención primaria. 2015.
110. MINSAL. Programa vida sana. 2015.
111. MINSAL. Programa de salud sexual y salud reproductiva [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from:
https://www.google.com/search?q=programa+salud+sexual+y+reproductiva+minsal&rlz=1C1RUCY_esCL837CL837&oq=programa+salud+sexual+&aqs=chrome.2.69i57j0i7.6356j0j7&sour

ceid=chrome&ie=UTF-8

112. MINSAL. Programa de Salud Cardiovascular. 2017.
113. MINSAL. Programa odontológico integral. 2019.
114. Pública D de P y C de enfermedades. S de S. Programa de Prevención del Suicidio. 2013;
115. Ministerio de Salud Chile. Norma Técnica Para El Control y Eliminación de la Tuberculosis. Minist Salud Chile [Internet]. 2014;1–58. Available from: https://www.minsal.cl/sites/default/files/NORMA_TECNICA_TUBERCULOSIS.pdf
116. División de Prevención y Control de enfermedades y División de Atención Primaria. Subsecretaria de Salud Pública. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el. 2018.
117. Chile Crece Contigo, Gobierno de Chile. Catálogo de Prestaciones 2019. 2019;2–61.
118. Subsecretaría de Salud Pública. Programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. 2021.
119. División de Prevención y Control de enfermedades. División de políticas públicas saludables y promoción. Subsecretaria de Salud Pública. Programas Alimentarios [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>
120. MINSAL. Programa de Salud Respiratoria. 2015.
121. Ministerio de Salud (MINSAL). Matriz de cuidados a lo largo del curso de vida. 2019.
122. OMS O. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007;
123. WHO; UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 16]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2
124. McMurray A, Ward L, Johnston K, Yang L, Connor M. The primary health care nurse of the future: Preliminary evaluation of the Nurse Navigator role in integrated care. *Collegian*. 2018 Oct 1;25(5):517–24.

125. Byrne A-LR, Lecturer A, Hegney DR, Harvey CR, Professor A, Baldwin A, et al. Exploring the nurse navigator role: A thematic analysis. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2022 Jan 2];28(4):814–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12997>
126. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2019 Jul 29];12(2):166–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24615313>
127. Fox S, Gaboury I, Chiocchio F, Vachon B. Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Commun* [Internet]. 2021;36(2):125–35. Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>
128. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. 2012;26:161–75.
129. White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Med Princ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 29];24(2):103–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25591411>
130. Seaton J, Jones A, Johnston C, Francis K. Allied health professionals’ perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. Vol. 35, *Journal of Interprofessional Care*. 2021. p. 217–28.
131. Illingworth P, Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. *Br J Nurs*. 2017;26(14):813–8.
132. Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixson M, Brown KC. Patients’ Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1466–75.
133. Ministerio de Salud. Ley-19664 11-FEB-2000 - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=155848>
134. Ministerio de Salud. Ley-15076Decreto-367 08-ENE-1963 - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28031>
135. Ministerio del Interior. Ley-18834 23-SEP-1989. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. Available from:

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30210>

136. Ministerio de Salud (MINSAL). Escala de remuneraciones sector público de Salud [Internet]. 2018. Available from: http://www.sirh.cl/sites/default/files/tabla_de_sueldos_2019.pdf
137. Zucchelli A, Vetrano DL, Grande G, Calderón-Larrañaga A, Fratiglioni L, Marengoni A, et al. Comparing the prognostic value of geriatric health indicators: A population-based study. *BMC Med*. 2019;17(1):1–10.
138. Rodriguez-Blazquez C, João Forjaz M, Gimeno-Miguel A, Bliet-Bueno K, Poblador-Plou B, Pilar Luengo-Broto S, et al. Assessing the Pilot Implementation of the Integrated Multimorbidity Care Model in Five European Settings: Results from the Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul;17(15).
139. Rutten-van Mólken M, Karimi M, Leijten F, Hoedemakers M, Looman W, Islam K, et al. Comparing patients' and other stakeholders' preferences for outcomes of integrated care for multimorbidity: a discrete choice experiment in eight European countries. *BMJ Open*. 2020 Oct;10(10):e037547.
140. Leijten FRM, Hoedemakers M, Struckmann V, Kraus M, Cheraghi-Sohi S, Zemplényi A, et al. Defining good health and care from the perspective of persons with multimorbidity: results from a qualitative study of focus groups in eight European countries. *BMJ Open*. 2018 Aug;8(8):e021072.
141. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multimorbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan;19(1):13.
142. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2020.
143. Ministerio de Salud (MINSAL). Marco operativo. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas. 2021;
144. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. Vol. 34, *Journal of Interprofessional Care*. 2020. p. 324–31.
145. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: A systematic review. *Med (United States)*.

2017;96(38).

146. Tran C, Kaila P, Salminen H. Conditions for interprofessional education for students in primary healthcare: A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):1–8.

Capítulo IX: ANEXO 1: ETAPAS DEL CAMBIO PARA PASAR A

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Etapa	Características	Necesidades y Tareas	Posibles crisis	Productos esperados
Consultorio	Equipo que no ha iniciado el cambio. Mantiene modelo de atención tradicional, responde de acuerdo a oferta, cumpliendo o no las metas.			
Motivación y Compromiso	El equipo que inicia el modelo con una etapa de diagnóstico para identificar la brecha, considerando, sus acciones y resultados, relación con los/as usuarios/as, relación oferta/demanda, requerimiento de capacitación para comprender el modelo. Se perfilan liderazgos y se planifica el cambio.	Para llevar a cabo el cambio se identifica la necesidad de contar con ciertos facilitadores como: un equipo gestor que esté capacitado en el modelo y que permita motivar al resto para realizar los cambios necesarios; un liderazgo flexible, comprometido con el modelo, legitimado por el equipo, que establece mecanismos de comunicación y flujo de información, y se encuentra atento al momento en el que se encuentra el equipo siendo un facilitador del cambio; una planificación construida de manera participativa que permita el ensayo y error como parte del aprendizaje.	“Desconfianza en el modelo, sensación de estar sobrecargado. Incertidumbre y sensación de pérdida al tener que incluir otros conocimientos y habilidades no exploradas hasta el momento, además de tener que compartir con los demás miembros del equipo y de la comunidad temas que le eran propios. Temores relacionados a la pérdida del poder y la posibilidad de ser prescindible.”(61)	Iniciar con registros, sistemas de información, coordinación, monitoreo y evaluación, llevar a cabo la sectorización y conformación de equipos, capacitar a recursos humanos, adecuación de la infraestructura, nuevos sistemas de atención y relación con usuario y la comunidad
Desarrollo	El equipo ha iniciado la implementación de estrategias de transformación, señaladas como productos de la etapa anterior. El trabajo en equipo se fortalece y comienza a mirar a la familia como unidad de atención.	Desde la organización interna se espera el trabajo en las confianzas y relaciones, promover la amplia participación en la toma de decisiones, En términos concretos los focos son la 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, realización de reuniones de equipo planificadas, capacitación en todos los requisitos para generar un modelo funcional, Trabajo con la comunidad basado en una relación de confianza y colaboración mutua..	Separar lo biológico de psicosocial durante la atención, dándole mayor énfasis a uno u otro. Durante este periodo las crisis nuevamente están relacionados con la incertidumbre respecto a la evaluación, al ajuste real del tiempo, a la estructura organizacional, en conjunto con sentimiento de abandono, temor a responsabilizarse de la toma de decisiones, a la innovación, manejo de problemas específicos.	Dirección participativa, equipos de cabecera y transversales conformados, con población a cargo y tareas definidas, equipos de apoyo comprometidos con los/as usuarios/as, SOME sectorizado, contar con espacios físicos readecuados a las necesidades del modelo y tiempo protegido para la reflexión, análisis y planificación de tareas., tener un plan de capacitación en ejecución, contar con registros adaptados a las necesidades de información en conjunto con sistemas de evaluación y monitoreo en ejecución, hay una relación de confianza entre equipos y usuarios, los equipos conocen y se hacen

				cargo de los recursos disponibles
Fortalecimiento	<p>El equipo puede mostrar resultados de su proceso de cambio. La familia se ha introducido como unidad de atención. El enfoque biopsicosocial está incorporado 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.</p>	<p>El trabajo con las familias incorpora los estudios de familia, se deben aplicar guías anticipatorias. Realizar actividades de promoción, prevención con la comunidad comprometida y trabajo en red.</p> <p>Se desarrolla en el equipo el sentido de pertenencia y mayor eficiencia en las acciones. Aparecen nuevos roles y se clarifican funciones y responsabilidades. Se debería diferenciar claramente las funciones del coordinador de sector y los encargados de programa e identificar su complementariedad</p> <p>Se debe fortalecer el trabajo dentro de cada sector, potenciando a los equipos de cabecera que pasan mayor tiempo juntos y son la unidad más pequeña de la organización, siendo apoyados por el equipo transversal.</p> <p>Se desarrolla una mayor claridad de cómo trabajar con la comunidad, utilizando el diagnóstico de salud como base. Se debe hacer mayor trabajo local, de manera que el equipo de cabecera sea reconocido y validado por la población a cargo</p> <p>Se logra un trabajo transdisciplinario, constituye la base de la colaboración entre equipos. Se reconoce la responsabilidad compartida en el manejo de los problemas de salud, la comunicación es cercana, evitando la superposición de roles, multiplicación o descoordinación en las intervenciones.</p> <p>Los jefes de programa se transforman en gestores técnicos.</p> <p>Se realiza programación orientada a resultados, considerando los lineamientos centrales, siendo adaptada a la realidad local, dando mayor prioridad a esto último.</p> <p>Los trabajadores deben cumplir un perfil y se debe contar con un grupo de expertos, por lo que se debe iniciar proceso de selección, orientación y mantenimiento.</p> <p>La demanda se enfrenta de manera proactiva, mezclando la organización matricial con la mirada del colectivo, se realizan derivaciones en casos necesarios y se hace seguimiento de los casos</p> <p>Se pueden sumar al equipo otros/as profesionales como terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, orientadores familiares, entre otros.</p> <p>Se debe contar con registros unificados, que permitan hacer evaluaciones de actividades y de procesos. Debe tener orientación local, con identificación de individuos, familias, zonas geográficas en riesgo ambiental, redes comunitarias, etc.</p> <p>De realizar monitorio, control y evaluación del cumplimiento del modelo.</p>	<p>Se observa mayores discordancias entre las respuestas del equipo y el resto de la red, al mantener esta última un enfoque biomédico, se producen tensiones que son percibidas por los/as usuarios/as. Aumentan las exigencias.</p> <p>La mayor autonomía en las decisiones no es avalada por el sistema.</p> <p>Puede existir un choque o descoordinaciones entre la planificación interna y las exigencias externas.</p> <p>Al igual que en el caso de la coexistencia de programas con enfoque biomédico en un modelo más integral, dejando en manos de los miembros del equipo el ajuste para continuar con el modelo.</p> <p>Puede existir frustración al ser considerados como un nivel de baja complejidad cuando en realidad tratan casos complejos.</p> <p>Puede existir estancamiento en el avance del modelo, deshumanización del cuidado, mantención de sensación de abandono con impacto en la salud mental con recomendaciones en general hacia el autocuidado de los miembros del equipo (aparecen las primeras recomendaciones respecto a la salud mental de los equipos)</p>	<p>Desarrollar estrategias para incrementar y motivar al equipo en la mantención del modelo a través de: mantener espacios protegidos para reuniones de equipos de cabecera y sistematizarlas para asegurar la continuidad, realizar evaluaciones sistemáticas, proveer espacios de cuidado del equipo, compartir los logros con usuarios y Comunidad, fomentar la creatividad e innovación, mantener liderazgos coherentes y realizar trabajo en desarrollo personal y de equipo.</p>

<p>Consolidación</p>	<p>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, teniendo un rol relevante en los resultados.</p>	<p>El equipo trabaja con un enfoque biopsicosocial y familiar. La calidad se observa en los registros y resolución de problemas de manera integral. Se observan cambio epidemiológico de la población hacia la mejoría en factores de riesgo y problemas de salud. Se equilibra la demanda.</p> <p>Los planes de intervención, son negociados con la persona o familia, siempre en un marco ético, asegurando la continuidad del cuidado.</p> <p>Se crea un Comité de bioética y/o espacios de reflexión sobre el tema.</p> <p>Existe preocupación por elaborar y/o adaptar guías clínicas y/o protocolos, utilizando evidencia o generándola.</p> <p>Se agiliza la atención y la equidad en la calidad. Planifica sus intervenciones en base a las metas sanitarias nacionales y locales.</p> <p>Define líneas de investigación orientados a mejorar procesos. El manejo de información relevante de la comunidad y de la red asistencial, permite una adecuada toma de decisiones y manejo de recursos y recursos humanos.</p> <p>El equipo se conoce, cada miembro conoce sus límites y los acepta, se reconoce la especificidad de cada miembro del equipo, existe preocupación por la generación de reemplazo. Se convirtió en un equipo creativo, innovador y proactivo. En su interacción mantiene relaciones horizontales y acepta un liderazgo flexible y compartido. Colabora con la dirección, y se responsabiliza de su quehacer. Incluye aspectos como enfoque de género. Participa con la comunidad y familias en la solución de sus problemas, teniendo presente el respeto a las diferencias culturales.</p> <p>El equipo incorpora el trabajo en red, coordinando actividades con la comunidad y sus organizaciones e instituciones, siendo la promoción y prevención de la salud su preocupación fundamental.</p> <p>Se cuenta con un líder transformacional.</p> <p>La gestión es democrática, innovadora, competente, resolutive, eficiente y flexible, coherente con el modelo de salud familiar.</p> <p>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. Busca el progresivo empoderamiento de los/as usuarios/as.</p> <p>Desarrolla centros de costo, buscando una mayor corresponsabilidad en el uso de los recursos.</p> <p>Define sistemas de incentivos y de evaluación periódica de desempeño. Mantiene capacitación, recreación, autocuidado, espacios físicos adecuados,</p>	<p>Respecto al modelo: Asumir que el modelo está instalado y descuidar ámbitos relevantes, 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.</p> <p>Respecto al equipo: cansancio por inexistencia de políticas de cuidado, pérdida de efectividad en estrategias implementadas, cambio en las autoridades externas que no respetan los procesos locales, nuevas necesidades de la población, quedarse estancado en la rutina.</p>	<p>El Centro está posicionado en los mejores niveles dentro del país, en los ámbitos académico, asistencial y preventivo. Cuenta con usuarios contentos y satisfechos, se acogen los reclamos y sugerencias</p> <p>El usuario conoce y hace uso de la red comunitaria y social. Amplía sus motivos de consulta más allá de la morbilidad tradicional. Es participativo. Conoce derechos y deberes. Se relaciona y genera vínculos con el equipo.</p> <p>Existen múltiples instancias de participación con la comunidad.</p> <p>El municipio es consciente de su rol en el desarrollo comunitario conoce y apoya el trabajo del Centro de Salud Familiar. 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. Se preocupa de mantener sana a su población, mantiene relaciones fluidas y de respeto con el Servicio de Salud.</p>
----------------------	--	---	--	---

		<p>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. Se intenciona la autonomía de los equipos, existen planes de contingencia en caso de ausencias. Los recursos y equipamiento serán acordes a la cartera de servicios y en función de la mejor capacidad resolutive posible, de acuerdo a las políticas establecidas.</p>		
--	--	---	--	--

Fuente: Subsecretaria de Redes asistencial (2008). En el camino a centro de salud familiar.

Capítulo X: DOCUMENTOS ANALIZADOS, EXTRACCIÓN DE DATOS Y DOCUMENTOS DE APROBACIÓN DE PROYECTO POR COMITÉ DE ÉTICA.

Se adjunta un acceso a carpeta compartido que contiene la totalidad de los documentos analizados, la matriz de extracción de datos y los documentos de aprobación del comité de ética

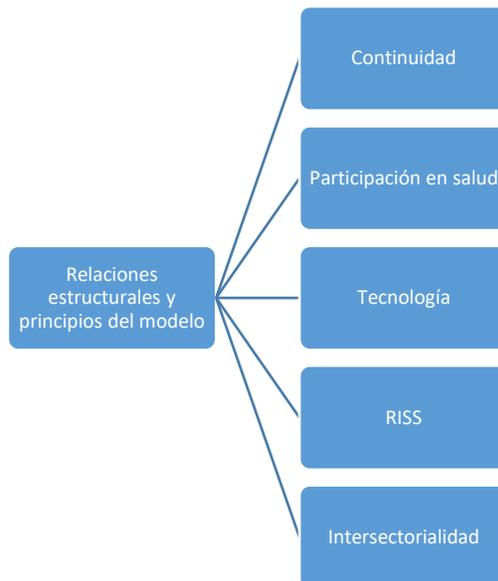
(<https://drive.google.com/drive/folders/1NbcT4dngXUSrW9dTU8vFDEA2j28fiFZg?usp=sharing>)

Capítulo XI: LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL TRABAJO DEL PROFESIONAL EN LA APS

1. RELACIONES ESTRUCTURALES Y PRINCIPIOS DEL MODELO

En esta categoría se presenta aquellas relaciones que se establecen entre estructuras de la red de atención que permiten el trabajo de los profesionales y la consecución de los objetivos de salud. Se observó como ciertos principios apuntan al establecimiento de relaciones o flujos de paciente entre niveles de atención, sectores o entre grupos de profesionales y estructuras específicas del sistema. Los principios que han presentado este tipo de relaciones son la continuidad de atención, participación en salud, tecnología, RISS e intersectorialidad.

Figura 29: Séptima categoría



Fuente: Elaboración propia.

Continuidad

La continuidad tiene tres componentes, la continuidad clínica que apunta a la integración operativa horizontal (intra e Inter establecimiento) y vertical (entre niveles desde sistema); la continuidad

funcional que apunta al trabajo coordinado de unidades de apoyo y soporte dentro de las organizaciones; y la continuidad profesional, que alude a la coordinación de los equipos en la consecución de los objetivos de la red a través del proceso de cuidado. En el análisis de los documentos solo se logró identificar la continuidad clínica y profesional. Se destaca que este principio se cruza con los de intersectorialidad y con el uso de la Red integrada de servicios de salud del sistema. En relación con las relaciones interprofesionales se observó la ausencia de encargados, haciendo referencia más al establecimiento de relaciones interorganizacionales o intersectoriales catalogadas como estructurales.

*Coordinación: 1) Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia. 2) Fomentar derivación y pesquisa precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas. 3) Fortalecimiento de la atención integral derivando a médico u otro profesional los pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas. 4) Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica. 5) Apoyar las acciones del programa atención domiciliaria cuando sean requeridas, según disponibilidad. 6) Rescate de pacientes inasistentes. 7) Fomento de Flujograma de derivación. **Sin encargado.** (Salud respiratoria, pág. 21)*

Una acción importante del programa de salud respiratoria y de otros programas es la coordinación para poder dar respuesta a las necesidades de la población desde una perspectiva integral. En este caso se contemplan acciones como la participación en reuniones de sector para poder presentar casos que requieran estudio de familia y derivaciones a programas para la atención de enfermedades respiratorias. La coordinación y trabajo integrado entre programas apunta a resolver las necesidades de las personas que se encuentran en esta situación intentando establecer continuidad clínica intra-establecimiento y profesional sin tener un encargado en particular.

A nivel de las SEREMI de Salud se constituirá una Unidad de Tuberculosis, dependiendo del Departamento de Planificación o de Epidemiología. Esta Unidad será el interlocutor válido

*para coordinarse con el Nivel Ministerial y con los Equipos Técnicos de Tuberculosis (ETT) de los Servicios de Salud y debe velar porque las acciones del Programa se cumplan satisfactoriamente en su región. **El profesional encargado de este nivel deberá capacitarse en el Curso de epidemiología y control de la tuberculosis** (Control y eliminación de la Tuberculosis, pág. 8)*

En el programa de control y eliminación de la tuberculosis se indica que el equipo definido (Equipo técnico de Tuberculosis o ETT) establecerán relaciones con los demás niveles del sistema de salud. Existe una unidad de tuberculosis inserta en el nivel central en las SEREMI de salud con dependencia del Departamento de Planificación o Epidemiología, unidades que se configura como el espacio de unión entre los equipos y el Ministerio de Salud. En este caso, el encargado es una persona capacitada en el área, sin determinar previamente otras características del profesional.

Participación en salud

La participación en salud es uno de los principios que se logra trazar escasamente en las acciones consideradas dentro de los programas analizados. Solo un programa presenta una actividad donde la población toma un rol dentro de las decisiones del sistema de salud. Se destaca que la creación de espacios formales de participación ciudadana, aspecto que ha ido de la mano con la ley de autoridad sanitaria, son fundamentales para el logro de esta. En este principio no se observa la promoción de un tipo de relación interprofesional sino más bien de grupos de personas que pueden o no conformar algún tipo de estructura dentro de la red pública de atención.

*Programa IRA-ERA: La referencia y contrarreferencia de los pacientes crónicos respiratorios se coordinará según las Normas establecidas por **cada servicio de salud, entre APS y nivel secundario**. Estos protocolos realizados por especialistas de la red deberán ser propuestos, discutidos, aprobados y difundidos en instancias participativas de la Red local de Salud (CIRA, UGRL (Unidad de Gestión de Red Local), otras) revisados y actualizados*

cada 3 años. Se debe protocolizar y verificar la derivación de pacientes post-alta hospitalaria para continuidad de tratamiento en APS, a través de flujos locales de derivación (Salud respiratoria, pág. 23)

Dado las características clínicas de los pacientes que son atendidos a través del subprograma IRA-ERA del programa de salud respiratoria se requiere la determinación de protocolos de actuación, de referencia y contrarreferencia entre el nivel primario, secundario y terciario. La construcción de estos protocolos si bien son generados por especialistas en el área deben pasar por un proceso de revisión y discusión en instancias participativas existentes en la red como el CIRA o Consejo Integrado de Red Asistencial, las Unidad de Gestión de Red Local. En particular el CIRA está constituido por directivos de los hospitales, institutos y Centros de Referencia de Salud (CRS), de la APS, representantes gremiales y de la comunidad. En este caso, las relaciones declaradas son más del tipo interorganizacionales, ampliando las interacciones fuera del equipo de APS.

Tecnología

De forma similar a lo que ocurre con la participación en salud, el uso de tecnologías apropiadas en el sistema es un principio que ha sido promovido desde las bases de la construcción teórica del MAIS. Conocido es el esfuerzo de la APS por incluir tecnologías que le permita proveer servicios de manera más eficiente. A pesar de lo anterior, se observó la inclusión del uso de tecnología de manera explícita en un solo programa.

Fondo de ojo y Sospecha de Retinopatía Diabética: En el caso de la evaluación del fondo de ojo para los pacientes diabéticos bajo control en el PSCV, los centros de salud primaria tienen que derivar a los pacientes a las UAPOs con una orden de procedimiento u orden de atención (OA). Luego, dependiendo de cada UAPO, el examen de fondo de ojo se podrá realizar mediante una de sus dos modalidades disponibles: presencial por oftalmólogo o por telemedicina. (Salud cardiovascular, pág. 31).

Esta intervención se inserta en el programa de salud cardiovascular y apunta al control y pesquisa del desarrollo de retinopatía. Se indica que los pacientes con esta patología deben ser derivados a las UAPOs o Unidades de Atención Primaria Oftalmológica con una orden para realizar el examen. Dado que esta es una atención de especialidad que podría ser atendida en el nivel secundario, se pone a disposición la atención presencial por oftalmólogo o por telemedicina, lo que permite agilizar los procesos, reducir los tiempos de espera y contar con un diagnóstico para abordar el problema. En este caso se observa una acción que involucra procesos de información y comunicación para mejorar el acceso a atención de salud por sobre las relaciones interprofesionales.

RISS (Redes Integradas Servicios de Salud)

El trabajo basado en la red asistencial a través de la integración dada por los sistemas de referencia y contrareferencia corresponde a un aspecto que se encuentra a la base del modelo. El movimiento de la persona a través de la red permite satisfacer las necesidades de salud considerando una mirada integral en el primer nivel con intervenciones que se consideran de baja complejidad, el acceso a atenciones de especialidad de tipo ambulatorias en el nivel secundario y atenciones de patologías que requieren de hospitalización en el nivel terciario. De manera adicional, se espera que exista un intercambio de información entre los niveles que permita optimizar el uso de recursos en el sistema. En el caso de este principio se observa que las interacciones establecidas entre los diferentes niveles se caracterizan por no identificar a un miembro del equipo, o grupo responsable de realizar dichas intervenciones.

*Para ello se debe aumentar la pesquisa en personas que consulten en Servicios de Urgencia por neumonía y derivar al **equipo IRA- ERA de los centros de salud primario**, mediante estrategias locales de trabajo conjunto entre **nivel primario y secundario**. (Salud respiratoria, pág. 6)*

Esta actividad busca identificar posibles casos de IRA-ERA en los servicios de urgencia que puedan verse favorecidos por un seguimiento periódico de su patología. La actividad busca identificar y

derivar un caso, lo que permite descomprimir la presión generada por pacientes crónicos descompensados en los servicios de urgencia. Para llevar a cabo la intervención se requiere establecer estrategias locales para generar un trabajo entre los niveles primario y secundario. Se observa el uso de la red de acuerdo con la complejidad de los problemas de salud a resolver. De esta forma las RISS promueven una interacción que refleja la forma en que el sistema se estructura razón por la cual se considera una relación estructural.

*...2) Cuidado Colaborativo o Cuidados Compartidos: implica que el **nivel especializado** se reserva más responsabilidad en el cuidado de los usuarios que presentan problemas de salud mental, y se apoya en la atención primaria cuyos centros y **equipos** actúan como soporte material para este cuidado, aunque se reserva la mayor parte de las decisiones terapéuticas.*

*3) Acoplamiento: involucra que el **nivel especializado** se instala como tal en los centros de atención primaria y brinda atención allí, tal y como si estuviese en un centro de especialidad, dejando de lado las posibilidades de integralidad y continuidad que brinda el estar desempeñándose en un centro de nivel primario de atención. (Salud Mental, pág. 46)*

El programa de salud mental muestra un tipo de relación entre los niveles que dista de lo habitual. Como se puede ver en el cuidado colaborativo o cuidados compartidos, se desarrolla una interacción entre el nivel primario y el equipo de especialidad en el cual el equipo de APS funciona como soporte para la implementación de los cuidados sin tener la responsabilidad ni implicancias en la toma de decisiones. Por otra parte, se indica la existencia de relación tipo acoplamiento que corresponde a la instalación del equipo de especialidad en el CESFAM sin involucramiento del equipo de APS en las acciones del equipo. Estos tipos de interacciones tiende a la especialización de un espacio que se configura como más abierto.

Intersectorialidad

Este al igual que otros principios ha sido promovido en la APS desde hace décadas y reafirmado en recientes políticas públicas que involucran al sector. La intersectorialidad responde a la visión global de las necesidades de las personas y uso de recursos gubernamentales disponibles para satisfacer las mismas. En este caso las relaciones interprofesionales son más amplias ya que involucran a sectores y no a personas en particular.

*Para una mejor pesquisa y tamizaje de los niños, niñas y adolescentes se sugiere realizar alianzas con los departamentos de **educación** y establecimientos educacionales de las comunas, situación que favorece los resultados y la adherencia (Vida Sana, pág. 14)*

El establecimiento de alianzas con otros sectores permite utilizar la información que estos manejan para poder identificar personas en situaciones de riesgo en la población a cargo del establecimiento de salud. En el caso del programa vida sana, las alianzas generadas con el sector educación permiten optimizar la pesquisa y el tamizaje de niños, niñas y adolescentes en las áreas de alimentación y actividad física. La unión es tal que varias de las actividades consideradas en el componente de actividad física son realizada dentro de los establecimientos educacionales aumentando la viabilidad del logro de los objetivos del programa.

*La coordinación previa al inicio del programa entre los **equipos de salud y de educación** es clave para la correcta implementación del programa, es por esto que el equipo odontológico debe presentarse previamente en el establecimiento educacional a intervenir y dar a conocer el programa al resto del equipo. (Odontológico integral, pág. 16)*

De igual forma, el programa odontológico integral establece alianzas con el sector educación para poder llevar a cabo intervenciones del tipo promocionales y preventivas. La comunidad estudiantil corresponde a una población cautiva, siendo un espacio predilecto para la implementación de

intervenciones desde el área de salud. En este extracto se destaca la importancia del establecimiento de vínculos entre los sectores y una correcta coordinación.

Dirección del tránsito: Coordinar con el departamento de tránsito, la derivación de las personas en las que se pesquisen cifras de presión arterial mayores o iguales a 140/90 mmHg (Salud cardiovascular, pág. 11)

El programa salud cardiovascular establece alianzas con la dirección de tránsito para derivar a las personas que sean pesquisadas con cuadros hipertensivos que puedan generar situaciones de riesgo a la hora de conducir. La alianza con este sector no es habitual, de hecho, este es el único programa que considera una interacción con la dirección de tránsito de manera explícita dentro de sus actividades.

*En este sentido, cada SEREMI deberá desarrollar estrategias para sensibilizar y movilizar al mayor número posible de sectores, comprometiéndolos para crear una mesa regional donde se diseñe, elabore, ejecute y evalúe el Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio. En esta mesa intersectorial deberían participar a lo menos los **sectores de Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, SENAMA, SENAME, SENDA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social** (Prevención del suicidio, pág. 16)*

La prevención de suicidio es uno de los mejores ejemplos respecto a la importancia del trabajo intersectorial en el entendido que los problemas de salud, en este caso de salud mental, son responsabilidad de todas las instituciones gubernamentales esto dado la complejidad del problema y la necesidad de contar con distintas miradas e intervenciones para evitar dicha situación. Los sectores involucrados dan cuenta de la importancia que tienen las diferentes organizaciones en la prevención del suicidio en todas las edades. La constitución de una mesa regional que diseñe, elabore, ejecute y evalúe un plan requiere del involucramiento de todos los sectores.

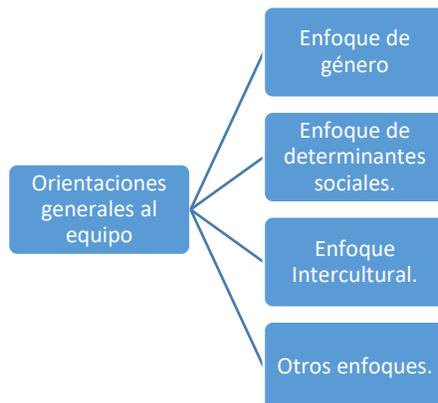
Evaluación contexto social y escolar: Componente de la evaluación psicosocial destinada a conocer la percepción y actitud hacia el niño o niña por parte de los espacios comunitarios, tanto escolares como sociales en los que participa, en relación con el desarrollo de su identidad y expresión de género, así como detectar la presencia de prácticas discriminatorias, fortalezas y debilidades de las redes existentes. Estos espacios podrán ser el jardín infantil, guardería, escuela, club deportivo, comunidad religiosa, y cualquier otro espacio social en el cual el niño o niña participe (Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 77).

La evaluación del contexto social y escolar de niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme cobra gran relevancia principalmente porque lleva a miembros del equipo de salud directamente a evaluar los espacios en los que la persona se desenvuelve generando un nivel de involucramiento mayor al apuntar al trabajo en terreno. Se espera que esta evaluación psicosocial permita conocer la percepción y actitud para con el niño o niña y como esta se relaciona con el desarrollo de la identidad y expresión de género. El trabajo en terreno tiene como fin identificar prácticas discriminatorias y redes de apoyo. Esta intervención es realizada por la dupla psicosocial.

2. ORIENTACIONES GENERALES A LOS EQUIPOS

A través del análisis se observó como ciertos enfoques presentan una escasa transferencia de la teoría a los lineamientos de las actividades de los profesionales. Los enfoques de género, determinantes sociales, intercultural y otros como el enfoque de curso de vida se mencionan en los fundamentos de los programas analizados sin ser declarados de manera explícita posteriormente en las acciones determinadas para cada documento, por lo que se perfilan como enfoques orientadores en términos generales a todo el equipo.

Figura 30: Octava categoría



Fuente: Elaboración propia.

Enfoque de género

El enfoque de género ha tomado fuerza desde lo teórico a través de la construcción del MAIS y en la mayoría de los programas para orientar la forma en que los equipos se relacionan con la población. Sin embargo, existen pocas actividades que imprimen la perspectiva de género en su accionar para convertirse en referencias para las intervenciones profesionales. Se destaca el reciente programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme como un claro esfuerzo que apunta al trato digno y no discriminatorio de las personas con actividades planteadas desde dicho enfoque. En términos de las relaciones interprofesionales, se observa que el contenido de las intervenciones estaría dirigido al equipo de salud reflejando la intención de incluir la perspectiva de género en el trabajo de todos los profesionales.

...1. Utilizar siempre un lenguaje formal e inclusivo de género. 2. En sala de espera, se debe llamar a todos (as) los (as) usuarios (as) por el nombre social o identitario con el cual la persona se siente identificada evitando de esta forma, llamar a la persona trans y género no conforme por el nombre registral que no corresponda a su identidad de género. Ante la duda, llamar por el apellido y consultar por cómo prefiere ser llamado o llamada. Consignar en registro de admisión, ficha clínica u otro sistema de registro, el nombre social de la

*persona, con el propósito de disminuir las posibilidades de que sea llamada por su nombre registral... **Equipo de salud.** (Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 55-56)*

El programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme corresponde al programa que considera de manera más clara y fuerte el enfoque de género. Se observa un lineamiento claro de cómo el equipo debe tratar a las personas trans y género no conforme. La obligatoriedad de utilizar un lenguaje formal e inclusivo de género, el uso del nombre con el que la persona se siente identificada y el registro de este en los diferentes documentos disponibles permiten dar continuidad a la atención de salud que considere el enfoque de género. Este lineamiento está orientado a todo el equipo de salud.

*Control de salud grupal infantil: Actividad que forma parte de la atención sistemática y periódica que se realiza con el niño o la niña, y con la madre y/o el padre en modalidad grupal. En este tipo de control el profesional de salud actúa como moderador y es la relación entre pares la que actúa como catalizador del empoderamiento de las familias para la promoción del desarrollo de sus hijos o hijas. Así mismo, puede permitir la participación de otros miembros de la familia involucrados en la crianza. **Equipo de salud integral.** (Infancia con enfoque integral, pág. 114)*

En el control de salud grupal infantil se incluye el enfoque de género al tener en cuenta en el desarrollo de la intervención la participación de la madre y/o el padre, abriendo la visión que atribuye el cuidado de las personas que forman parte de la familia solamente a la mujer. Desde una postura de moderador/a el miembro del equipo buscar empoderar a las familias utilizando como herramienta el aprendizaje de pares. En esta intervención se invita a participar a todo miembro de la familia que se encuentre involucrado en la crianza. De acuerdo con lo señalado en el programa, esta intervención sería realizada por el equipo de salud integral, sin especificar el profesional o profesionales involucrados.

Consejería: 1) Realiza encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería, confidencialidad y sus límites. 2) Realiza entrevista diagnóstica, donde evalúa la situación problema, facilita la expresión de sentimientos e identifica oportunidades de cambio. 3) Orienta y guía la toma de decisiones. 4) Apoya la implementación de un plan de acción, que fije metas específicas y realistas para el género y la edad. 5) Monitorea el progreso en el cambio de la conducta. (Adolescentes y jóvenes, pág. 83)

Dentro de las acciones consideradas en la realización de consejería para adolescentes y jóvenes, se inicia estableciendo un ambiente protegido para el/la joven la definición de un problema. Una vez delimitado el problema se busca establecer un plan de acción que debe ajustarse al género y la edad del joven. Esto último demuestra la consideración del enfoque de género y de etapas de ciclo vital.

*Visita domiciliaria integral a personas con discapacidad: Es preciso evaluar y puede ser en forma práctica con la madre o cuidadora el posicionamiento tanto en la cama, con el andador, en la silla de ruedas, etc., a objeto de mantener posiciones alineadas funcionalmente y evitar las úlceras por presión. **Sin encargado.** (Visita Domiciliaria Integral, pág. 95)*

A diferencia de lo observado en los otros programas, el programa de visita domiciliaria integral muestra claramente como el cuidado de personas, en este caso en situación de discapacidad, estaría a cargo de la madre o cuidadora asumiendo que la mujer estaría a cargo de las labores de cuidado. Se destaca que el programa indica hacer referencia a la mujer dado que en el país sigue siendo la situación más comúnmente observada. Esta atención no tiene un profesional asignado, lo que se puede asociar al conocimiento a la interna del profesional que suele llevar a cabo dicha actividad.

Enfoque intercultural

El enfoque intercultural se encuentra en la teorización del programa, la justificación y los principios teniendo un escaso correlato con las intervenciones realizadas por los profesionales presentándose como un elemento más a considerar en las entrevistas dirigidas a obtener información acerca de las personas y familia.

Obtención de la información: Estudio de familia...Para aproximarse a las familias, es importante considerar los siguientes aspectos: 1) Estructura Familiar que incluya Nombre, edad, actividad, educación, etc. 2) Generaciones. 3) Subsistemas, interacciones, triangulaciones, roles, tipología familiar, límites. 4) Etapa ciclo vital. 5) Funcionalidad. 6) Acceso a redes de apoyo. 7) Eventos vitales. 8) Creencias y valores. 9) Terapias médicas indígenas y/o complementarias. 10) Habitabilidad. 11) Factores de riesgos y factores protectores. 12) Recursos Familiares. 13) Demandas familiares. (Visita Domiciliaria Integral, pág. 23-24)

Como se puede observar en el programa de visita domiciliaria integral, el enfoque intercultural es considerando como un dato más a tener en consideración cuando se recaba información para poder construir el estudio de familia. La información que se quiere obtener está relacionada al uso de terapia médica indígenas y/o complementarias, más que a la influencia de la cosmovisión indígena en la comprensión y acercamiento al proceso salud-enfermedad como se plantea en términos teóricos en las bases del MAIS. Esta es una actividad realizada por uno o dos profesionales que son seleccionados por el equipo de cabecera, para luego presentar el caso al resto del equipo de sector.

Determinantes sociales de la salud

De igual manera, el enfoque de determinantes sociales se encuentra escasamente plasmado en las actividades profesionales. Solo el diagnóstico comunitario logra incluir el enfoque dentro de su desarrollo por lo que estaría asociado al trabajo en duplas. Se destaca que este enfoque puede cruzarse

con enfoque biopsicosocial, considerando los determinantes sociales más próximos al individuo, lo anterior se explica dado que los programas y en particular las atenciones en salud tienen un fuerte foco familiar apuntando al individuo y a su sistema social más cercano.

*Es preciso que todo proceso diagnóstico desarrollado en el Programa considere el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, los aspectos históricos, sociales, educacionales, epidemiológicos y otros característicos de cada comunidad, junto con aspectos comunicacionales contextualizados a la realidad local y que busquen promover y facilitar el diálogo. **Dupla terapeuta ocupacional-kinesiólogo.** (Más adultos mayores autovalentes, pág. 44).*

En este caso se muestra como el diagnóstico comunitario participativo debe considerar dentro de su desarrollo elementos históricos, sociales, educacionales y otros que permitan tener una mirada amplia del estado de la población a cargo, de sus condicionantes y características. El análisis de estos elementos puede ayudar a entender la situación de salud de la población así como también establecer los recursos que existen en la comunidad considerando la historia de los barrios existentes en la zona geográfica asignada al CESFAM. Esta actividad es realizada por la dupla terapeuta ocupacional-kinesiólogo.

Otros enfoques que tributan al MAIS

El enfoque de curso de vida aparece de manera reiterada a través de los distintos programas, además de ser el enfoque de la matriz de cuidados que contiene la totalidad de los indicadores medidos en APS. El enfoque de curso de vida viene a complementar la conceptualización de ciclo vital incluida en el enfoque familiar al analizar desde una perspectiva más amplia el desarrollo de los individuos. Se destaca que si bien se identificaron otros enfoques como el enfoque de derechos, el modelo trans-teórico de la conducta, el modelo de atención de cuidado de pacientes crónicos, el modelo ecológico, enfoque de equidad y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, solo este enfoque

determinó la forma en que se estructuraban las atenciones y la forma de medir los resultados de las intervenciones realizadas, por lo que se perfila como un enfoque orientador del trabajo en APS.

Enfoque de curso de vida: ...considera los diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, que influyen en la salud y la enfermedad de las personas ... Por otra parte, esta mirada longitudinal de la vida integra sus distintas etapas (prenatal, infancia, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor) y sus características particulares, de forma que cada una se encuentra relacionada con la otra, permitiendo también visualizar influencias y patrones intra e intergeneracionales. (Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme, pág. 15)

El enfoque de curso de vida a diferencia de la teoría del ciclo vital permite mirar las interacciones establecidas entre factores biológicos y sociales en un punto determinado del individuo y a través de la vida considerando un efecto acumulativo de las experiencias y como estas influyen en el estado de salud-enfermedad. Otorga una perspectiva longitudinal en la vida de la persona y vertical respecto a las líneas familiares, analizando la existencia de patrones dentro de las generaciones y entre ellas. A pesar de lo trascendental del enfoque, no se observa de manera clara la aplicación del enfoque en las intervenciones realizadas por los profesionales por lo que corresponde a un enfoque orientador del trabajo del equipo.