



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

CARACTERIZACION E ITINERARIO TERAPEUTICO DE LOS USUARIOS DE LA
UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL BASE
VALDIVIA 2003-2004

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

MARCELA ANDREA SIRGUIADO DAVIS
VALDIVIA-CHILE
2007

- **Título:** “Caracterización e Itinerario Terapéutico de los Usuarios de la Unidad de Emergencia Hospitalaria Pediátrica del Hospital Base Valdivia 2003-2004

- **Unidad Académica En Que Se Realiza La Tesis:** Instituto de Salud Pública

- **Profesor Patrocinante:**

- Nombre : Maria Cristina Torres Andrade
- Profesión : Enfermera y Matrona
- Grados : Magíster en Desarrollo Rural.
- Instituto : Salud Pública
- Facultad : Medicina

- Firma :

- **Profesor Co – Patrocinante**

- Nombre : Carmen Barudi
- Profesión : Medico Cirujano
- Grados : Especialista en Pediatría y Magíster en Nutrición y Coordinadora Servicio de Salud Valdivia.

- Firma :

- Nombre : Claudio Méndez
- Profesión : Matrón
- Grados : Académico Instituto Salud Pública

- Firma :

Fecha Examen de Grado: Abril 2007

Agradezco a las personas que siempre han estado cerca de mi
entregándome constantemente su amor y apoyo
en cada una de las etapas que me ha tocado superar
y enfrentar en este proceso,
que son; Cristián, mi Madre y Hermanos...

2. INDICE

1. Título	02
2. Índice	04
3. Resumen	05
4. Summary	06
5. Introducción	07
6. Marco Teórico	11
7. Objetivos	53
8. Material y Método	54
9. Resultados	57
10. Discusión	68
11. Conclusiones	72
12. Bibliografía	75
13. Anexos	79

3. RESUMEN

El estudio reveló que un 65% del total de consultas demandadas a la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Base Valdivia (40.170) pertenecía a niños preescolares y escolares, principalmente del sexo masculino (65%) y de los grupos previsionales de FONASA A y B

La demanda de atención a esa Unidad Asistencial se concentraba entre las 9:00 y 22:00 horas, y un 80% de las consultas no requirieron una atención especializada posterior o bien solo necesitaron de una evaluación clínica en sus centros de Atención Primaria de pertenencia.

Un 60% de las consultas (24.333) correspondía a niños y niñas policonsultantes, según el criterio definido por el MINSAL, como aquellos que consultan en dos o mas oportunidades con menos de 30 día de intervalo.

Los resultados anteriores son respaldados con el análisis del Itinerario Terapéutico de las madres, el cual reveló que en todos los casos, la estrategia fundamental fue la consulta a la Unidad de Emergencia, independiente de las medidas previas desarrolladas y de la percepción de gravedad de las enfermedades de sus hijos

Esta investigación utilizó un enfoque cuantitativo estudio descriptivo de corte transversal no probabilística, para caracterizar a los usuarios registrados en la base de datos de la Unidad de Emergencia. Para caracterizar el Itinerario Terapéutico, fueron aplicadas entrevistas a diferentes madres usuarias de la Red de Urgencia, las que fueron analizadas desde el punto de vista fenomenológico.

El estudio permite concluir que la Unidad de Emergencias Pediátricas del Hospital Base Valdivia se encuentra sobre demandada por consultas no pertinentes y en consecuencia sus recursos no son utilizados en forma eficiente por lo que se requiere por una parte promover en las comunidades la toma de conciencia sobre su indiscriminada utilización y por otra un abordaje integral de esta problemática en el seno del Consejo Integrador de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valdivia.

4. SUMMARY

The study revealed mainly that a 65% of the total of consultations demanded to the Unit of Emergency Pediatrics of the Hospital Valdivia (40.170) belonged to pre-school and scholastic children, of masculine sex (65%) and of the previsual groups of FONASA A To and B

The demand of attention to that Welfare Unit concentrated between the 9:00 and 22:00 hours, and a 80% of the consultations didn't require a specialized attention later or only needed a clinical evaluation in their centers of Primary Attention of property.

A 60% of the consultations (24.333) corresponded to children and Hyperfrecuenters Patient children, according to the criterion defined by the MINSAL, like which they consult less than in two or but opportunities with 30 day of interval.

The previous results are endorsed with the analysis of the Therapeutic Itinerary of the mothers, which revealed that in all the cases, the fundamental strategy went the consultation to the Unit of Emergency, independent of the developed previous measures and of the perception of gravity of the diseases of its children

This investigation used a quantitative approach descriptive study of cross section non probabilistic, to characterize to the users registered in the data base of the Unit of Emergency. In order to characterize the Therapeutic Itinerary, interviews to different usuary mothers from the emergency Network were applied, those that were analyzed from the phenomenological point of view.

The study allows to conclude that the Unit of Emergency Pediatrics of the Hospital Valdivia Base is on demanded by non pertinent consultations and consequently their resources are not used in efficient form reason why is on the one hand required to promote in the communities the taking of on the other brings back to consciousness on its indiscriminate use and an integral boarding of this problematic one in the Integrating Council of the Welfare Network of the Service of Valdivia Health.

5. INTRODUCCION

La población de nuestro país ha experimentado durante las últimas décadas una rápida transición demográfica, que da como producto una mayor expectativa de vida y una tasa global de fecundidad de 2.3 por mujer¹. Así, hoy Chile muestra un perfil epidemiológico asimilable al de países con mayor grado de desarrollo, relacionado con las enfermedades prevalentes que en la actualidad aquejan a la población. En los años 60 eran las enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, las que tenían una mayor importancia por su alta incidencia y se concentraban preferentemente en los más jóvenes, mientras que desde fines del siglo XX, predominan las enfermedades crónicas y degenerativas, que afectan principalmente a los adultos mayores, y los accidentes de todo tipo que se concentran en los jóvenes y adultos en edad productiva.

El cambio del perfil epidemiológico es paralelo a la disminución de la morbi-mortalidad infantil, logro alcanzado debido a las diversas políticas y estrategias de Salud Pública destinadas a fortalecer la salud materno-infantil.

Entre las medidas sanitarias instauradas se encuentran la creación y difusión de programas masivos de intervención como lo son : el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) , el Control de Niño Sano, programa de prevención y vigilancia de la población realizado en el nivel primario de atención, el Control Prenatal y la Atención Profesional del Parto y en los últimos años, los Programas de Nutrición y Alimentación del Recién Nacido de muy bajo peso de nacimiento (RN MBPN) y Prematuros y la Atención en Salud con Enfoque Familiar, caracterizada por ser de tipo preventivo y de promoción, reemplazando así las antiguas tendencias de tratamiento y curación a nivel terciario de atención.

Sin embargo a pesar de lo anterior, hoy en día aún es posible apreciar como los centros de salud de mayor complejidad, como lo son las unidades de Emergencia Hospitalarias se ven habitualmente colapsados por usuarios, que muchas veces por el tipo de consultas que, según su gravedad y/o repercusión en el estado de su salud no es pertinente su demanda de atención en este nivel de la red asistencial y obstruyen la accesibilidad y la resolutivez de la consultas de urgencias o emergencias reales.

Lo anterior , probablemente ocurre debido a que en general las personas acuden a las Unidades de Emergencias Hospitalarias en busca de soluciones mas inmediatas y efectivas para los problemas de salud inesperados, conducta que motiva al cuestionamiento de los programas de atenciones instaurados en los establecimientos de Salud ubicados en

¹ Albala C, Vio F: La transición epidemiológica en Chile. Rev Méd Chile 1993

el nivel Primario de Atención, la administración de las atenciones abiertas de las especialidades del nivel secundario, y a los dispositivos periféricos de Atención de Urgencias (SAPU), relacionados con la educación e información a la población, sus coberturas y el costo efectividad de sus atenciones.

Hasta la fecha, las diversas estrategias implementadas Unidades de Urgencias para disminuir las consultas no pertinentes no han dado resultado, por tal razón, es imprescindible abordar esta problemática con un conocimiento más fino y específico que permita caracterizar a los usuarios con el fin de encontrar la explicación de esta conducta e implementar estrategias asertivas para el redireccionamiento de sus demandas

Por otra parte, son los Policonsultantes.² los que concentran la mayor cantidad de consultas por causas no pertinentes de ser atendidas en la Unidades de Emergencias Hospitalarias, como referencia la Unidad de Emergencia Hospitalaria de Adultos, del Hospital Base Valdivia atiende a un total de 12.780 usuarios Policonsultantes que consumen el 60% de las 64.434 consultas anuales³. Esto permite inferir los altos costos que deben cubrir estos Centros de Atención dispuestos para la atención de patologías complejas

Por lo anterior, el Servicio de Salud Valdivia ha promovido y apoyado el estudio en profundidad de ésta problemática, con el objeto de abordar de manera integral, el desafío inserto en las políticas del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), para afrontar la red de urgencias con mayor efectividad y traducirla en una atención de mayor calidad al usuario.

Actualmente las diversas entidades sanitarias, para sobrevivir y enfrentar en forma efectiva los profundos cambios sociodemográficos que caracterizan a nuestra sociedad, requieren de la adopción de modelos de asistencia y gestión que permitan enfrentar con ventajas el futuro y corregir las falencias existentes, como también el mantener los logros ya alcanzados.

El proceso de reforma del sector salud incluye la creación e implementación de nuevos estilos, tendencias y políticas y requiere que el equipo de Enfermería, tenga como prioridad el desarrollar y ejecutar las medidas diseñadas, tanto en la administración del cuidado para pacientes y sus familias, como de la gestión y administración de los recursos de la red asistencial. Estas medidas deben ser abordadas con perspectiva de cambio, manteniendo una actitud visionaria para enfrentar las modificaciones sociodemográficas, epidemiológicas y las institucionales.

² www.minsal.cl

³ Uribe C, 2006

En relación a los objetivos sanitarios establecidos por la Reforma Sanitaria de Chile, que hacen referencia a la estimulación de la participación ciudadana, resulta fundamental el profundizar los conocimientos sobre la población en la que las diversas instituciones de salud se encuentran insertas, de modo de manejar e incluir las principales características socioculturales y espirituales de sus integrantes, y así diseñar y gestionar acorde a las verdaderas condiciones que caracterizan a cada una de las comunidades que conforman nuestra sociedad.

Otro desafío lo constituye la implementación de instrumentos tales como la categorización de usuarios, el que ofrece un método fundamental que permitirá optimizar los recursos disponibles en los servicios sanitarios, acciones que resultarán elementales en entidades que conforman la red de urgencias, y que contribuirá a mejorar la atingencia y eficacia de la atenciones y cuidados brindados en estos centros, redistribuyendo a la población usuaria y evitando así la sobredemanda a los centros de mayor complejidad, mejorando la cobertura y la resolutiveidad de los problemas de salud mas frecuentes.

Para lograr implementar lo anteriormente descrito resulta esencial el contar con Profesionales de Enfermería que desarrollen una visión holística hacia la población y sigan una línea sólida de investigación, que permita el respaldar con evidencia científica las metas alcanzadas y los desafíos pendientes, acordes a las nuevas políticas de salud y así contribuir a enriquecer la profesión como una disciplina y ciencia, como además el asegurar atenciones de calidad cada vez mayor a los usuarios de los servicios de salud pública.

Por lo anterior los temas principales a considerar en el presente trabajo será investigar las principales características de los usuarios espontáneos de la Unidad de Emergencia Hospitalaria Pediátrica del Hospital Base Valdivia e identificar a la población definida como Policonsultantes, dentro del mismo grupo. Otro abordaje será el estudiar el Itinerario Terapéutico que siguen las madres al percibir alteraciones en el estado de salud de sus hijos, datos que otorgarán valiosos resultados sobre cuales son los recursos movilizados, y la influencia que generan en estos la cultura y la dinámica familiar, para tener la percepción de requerir una atención de mayor complejidad asistencial.

Con el objeto de obtener una mirada en profundidad y holística de los fenómenos ya descritos y para considerar el impacto que estos generan en estas instancias de salud, para el desarrollo de la presente investigación, se utilizarán una combinación de elementos cualitativos y cuantitativos y así aportar en la articulación de la Red de Urgencia tarea coordinada por la Dra. Carmen Barudí del Servicio de Salud Valdivia

Por lo anterior la presente investigación pretende otorgar algunas bases conceptuales sobre algunos de los problemas que enfrenta la red de urgencias en nuestra sociedad, como el profundizar algunos de los aspectos esenciales del proceso de Salud-Enfermedad desde la perspectiva de los propios usuarios, lo que se espera contribuya a

mejorar la gestión en los centros terciarios de urgencias e implementar políticas eficaces para solucionar los conflictos actuales.

6. MARCO TEORICO

6.1 Aspectos Biopsicosociales del Proceso Salud – Enfermedad: la Experiencia de Estar y Sentirse Enfermo.

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad⁴, como parte de los sistemas de significados y normas sociales, el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura⁵.

La conducta del individuo quien repetidamente va a los servicios sanitarios buscando asistencia puede ser analizada y comprendida en un enfoque más holístico si las quejas somáticas son consideradas como conductas que resultan del “sentirse enfermo”⁶. Básicamente el proceso de búsqueda de cuidado médico está caracterizado por la auto-percepción, la definición y las ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos.

El “sentirse enfermo” es un concepto sociológico y antropológico para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Se define el “sentirse enfermo” como las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados o no actuados por diferentes tipos de personas. Los diferentes patrones de “sentirse enfermo” pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias sociales y culturales y aprendizaje y como parte de un proceso de “hacer frente” en el cual el “sentirse enfermo” es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

Antes de ampliar la conceptualización del “sentirse enfermo” es necesario definir la palabra Enfermedad, como el concepto que proviene de la ciencia biomédica y que se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas. Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico, enfoque que sin embargo, es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existen problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica, hecho que se fundamenta al analizar el concepto de Salud, el que se encuentra inserto en un amplio contexto social y cultural, en donde el tener “salud” se relaciona con bienestar, con

⁴ Osterweis, Kleinman, Mechanic, 1987

⁵ Kleinman, Eisenberg y Good, 1978

⁶ Mechanic 1960, 1962, 1972, 1995

obtener mejor trabajo, tener alimentación adecuada, ser socialmente aceptado en la familia y en la comunidad y actuar de acuerdo con las normas sociales y culturales del grupo⁷.

Los conceptos de “sentirse enfermo” y “enfermedad evaluada médicamente” son componentes importantes en el contexto de la salud aunque no siempre son contingentes: puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo y prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales a lo que se denomina “enfermedad definida médicamente, sin enfermedad percibida subjetivamente”⁸ en la cual los exámenes encuentran anormalidades orgánicas, pero el paciente no se siente enfermo. Cuando esto último es el caso, el tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre.

Por otro lado es posible encontrar “enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente”; esta es, en algunos casos, la situación del recurrente somatizador de quien puede no existir un examen médico que demuestre la existencia de algún problema orgánico, pero quien continúa experimentando una enfermedad discapacitante.

Por lo anterior, es posible decir que no siempre existe una correspondencia y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la percepción experimentada por el paciente. Se podría sugerir, que en el caso de los pacientes recurrentes no se encuentran satisfechos con el tratamiento recibido o hay algo que ellos buscan por ejemplo, apoyo afectivo que no se logra alcanzar a través de las visitas continuas al servicio médico.

Como consecuencia la discrepancia entre la percepción subjetiva de la enfermedad y la evaluación médica de la misma puede causar una falta de compromiso, el abandono de los tratamientos e indicaciones o bien visitas recurrentes a consultas médicas o servicios sanitarios toda vez que el paciente no está satisfecho con el tratamiento, aún cuando este ha sido el correcto, por lo que pudiera decirse que el “estar” y “sentirse” es más que tener o no tener una enfermedad orgánica específica.

6.1.1 La Cognición subjetiva de la enfermedad

La búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia del sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un

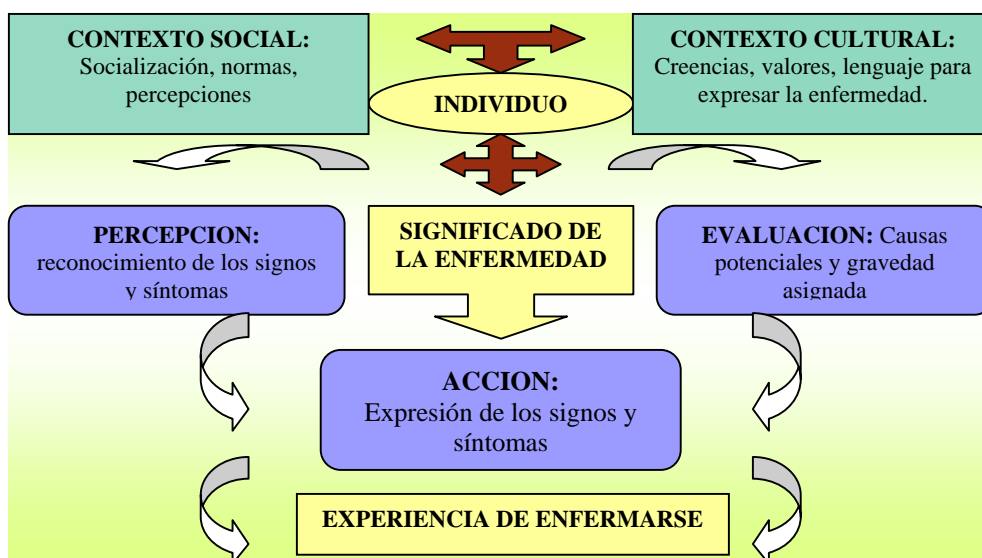
⁷ Hanhn R. *Sickness and healing: an anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995.

⁸ Helman 1984

darse cuenta que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual. En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos significados específicos⁹

La interpretación y significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.

Esquema N°1: Llegar a Enfermarse como un Proceso Socio-Cultural¹⁰



6.1.2 Competencia conductual y la experiencia de la enfermedad

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo se encuentra vinculada con el estilo de vida, el cual se define como “el conjunto de pautas de conductas y hábitos cotidianos de una persona” viene a ser una forma de vivir que se relaciona con los aspectos de la salud, y es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural

⁹ McHugh y Vallis 1985

¹⁰ Elaboración propia

en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que el/ella asuma el rol de enfermo/a.

El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son: 1) relevación de las responsabilidades diarias, 2) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y 3) conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.

En el estilo de vida de las personas, se pueden adoptar diferentes tipos de conductas para proteger o promover y mantener la salud, son las denominadas Conductas Preventivas¹¹: las que se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal. Estas conductas se adquieren por:

- Aprendizaje por Experiencia Directa
- Aprendizaje Vicario o Moldeamiento.

Van a ser importantes en el proceso de salud y de enfermedad. En determinados momentos las personas con estas conductas de salud pueden convertirlas en Hábitos de Salud.

Hábitos de salud: son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de una forma automática y sin tener una clara conciencia de ello. Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las Leyes del Aprendizaje.

6.1.3 Característica de la conducta de la salud.

- Son inestables.
- Son autónomas con escasa o nula relación entre las diferentes conductas de una misma persona (por ejemplo: una persona que lleva una alimentación y vida muy sanas y en un determinado momento abusa del tabaco)

Una persona, para poner en marcha una Conducta de Salud, debe percibir una amenaza porque siempre implica un esfuerzo la conducta de salud, en esa amenaza está la

¹¹ Castro, Viviana; Manríquez, M. Teresa and Pospel, Leonora. Del Enfoque Asistencial a una Aproximación de Genero en Atención Primaria de Salud. Artículo presentado en el Congreso de Mujer y Salud Mental, Santiago, Junio, 1992.

susceptibilidad y gravedad percibida. La amenaza puede relacionarse con variables demográficas psicosociales y beneficios de poner la conducta en funcionamiento y el coste. En la amenaza se basan las campañas de medios de comunicación, enfermedades cercanas al individuo, e información de masas. Los costes y los beneficios se relacionan con esas variables demográficas y psicosociales.

Las Reacciones Psicológicas ante la enfermedad van a ser una vivencia consciente o inconsciente para el individuo, las que se adscriben dentro de los fenómenos psíquicos o interiorización del mismo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida.

La vivencia de la enfermedad va a estar cargada de grandes elementos, la persona lo va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico. Se dan los siguientes elementos en el ser humano:

- Invalidez; porque bloquea al individuo.
- Molestias; dolor físico y psíquico.
- Amenaza; Aislamiento; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
- Anomalía; porque no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás.
- Temor al dolor; es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
- Ruptura del proyecto existencial.

La enfermedad se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea Aguda o Crónica, variará el pronóstico y la evolución, también la edad va a influir ya sea en edad infantil, adulta o vejez. Porque la enfermedad se vivirá de distinta forma. El Sexo también influye, ya sea masculino o femenino se vivirá diferente y se generará una situación diferente a su alrededor. La cultura familiar/social es igual en toda la enfermedad, se va a generar una crisis familiar, la enfermedad de un miembro de la familia genera una modificación del sistema familiar, toda la familia se ve afectada. La respuesta de la familia a esta situación puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar. Se dan reacciones de impacto. Cuando se habla de enfermedades crónicas, el proceso de adaptación va a tener una serie de implicaciones.

6.1.4 Factores de vulnerabilidad familiar

La familia será más o menos vulnerable dependiendo de:

- El tipo de enfermedad de que se trate
- De la estructura y dinámica familiar, por ejemplo:
 - Grado de permeabilidad de los límites. (hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro).

- Estilo de respuesta de la familia. (Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).
- Factores de tensión existentes en la vida familiar. (Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos).
- Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. (Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia para expresar sentimientos y pensamientos).
- Redes sociales.

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa atribuye significados y causas a la enfermedad y se comporta hacia ella, la comunica y busca ayuda, es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus estilos de vida. Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y/o busca reiterada de nuevos médicos, asistencia permanente a centros sanitarios, entre otros, lo cual representa una sobrecarga y sobredemanda para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para los integrantes de dichos sistemas y sus usuarios.

6.2 Itinerario Terapéutico

De acuerdo con Kleinman y Psordas,¹² el itinerario terapéutico consiste en la secuencia de actividades que los pacientes o sus familiares, en forma individual y/o colectiva, realizan para solucionar los problemas de salud, constituyendo un importante indicador de los recursos materiales, sociales y culturales de la sociedad.

Al considerar el itinerario terapéutico del niño, lógicamente la madre y/o el cuidador es quien moviliza los recursos que se encuentran disponibles en su sistema social y cultural para buscar soluciones a los problemas de salud que aquejan a estos en forma mas menos inesperada, siendo por lo mismo parte esencial en las conductas sanitarias y de la demanda a los centros de salud para estos grupos etareos.

¹² Kleinman A, Psordas T. The therapeutic process. En: Sargent C, Johnson T, comp. Medical anthropology: contemporary theory and method. Westport: Praeger Publishers, 1996:3-21.

Partiendo de la base que toda madre concibe la enfermedad de sus hijos como una experiencia de sufrimiento, el cual científicamente se basa en la incertidumbre, la ansiedad y el miedo frente al desenlace del problema se analizan a continuación modelos explicativos e interpretativos del Proceso de Salud y Enfermedad a los que comúnmente recurren las madres en nuestra sociedad.

A partir de la indagación del itinerario terapéutico es posible identificar las siguientes categorías analíticas:

6.2.1 La madre es el primer recurso terapéutico para sus hijos¹³

Según la cultura nacional la madre se convierte en la primera ayuda médica que recibe el niño, ayuda que proviene comúnmente de un copioso arsenal terapéutico transmitido a través de la familia, vecinas, medios de comunicación; etc. Llevando a cabo tratamientos más bien caseros tales como hierbas medicinales, maniobras de primeros auxilios, o conductas arraigadas y aceptadas socialmente, para seguir en la administración de medicamentos autoprescritos y comprados en farmacias, entre otros.

Diferentes estudios etnográficos demuestran que la percepción de la causa de la enfermedad es un factor determinante en la búsqueda de ayuda terapéutica, por ejemplo las madres cuando identifican que la causa de la enfermedad son factores naturales: “aire, frío, calor” o proveniente de espíritus malignos: “mal, brujería, envidia”, recurren a especialistas tradicionales de la cultura, quienes otorgan el tratamiento apropiado.

Comúnmente en los casos en los que la madre desconoce la causa real de la enfermedad o de los tratamientos sintomáticos a seguir en forma inmediata, o bien no se logran los resultados deseados con las medidas autoprescritas, se consulta por lo general a una mujer de la familia, vecina o amiga, con conocimientos en enfermedades infantiles o bien con experiencia en el cuidado y crianza de niños, no recurriendo en una primera instancia a los centros de salud, dejando estos recursos para aquellos casos en los que la enfermedad continúe o no se haya logrado disminuir los síntomas con las medidas ejecutadas, buscando solución en estos casos en el sistema biomédico, preferentemente en centros de salud de urgencias ya sea a nivel primario o terciario de atención, pero sin duda en estos últimos son en quienes se genera el mayor impacto, esto por la creencia social de que estos son los que prestan ayuda mas inmediata y resolutiva en lo que a salud se refiere.

¹³ Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Cultural dimensions of the childhood primary health care delivery from the mothers' perceptions in the Araucania-Chile.

6.2.2 Biomedicina y disponibilidad económica de la familia¹⁴

Para el común de las madres uno de los factores más importantes en la decisión de llevar un hijo enfermo al médico es la disponibilidad de recursos económicos ya que la atención médica comúnmente es definida como difícil, costosa, y de mal acceso, factores que se acentúan con notoriedad en los centros de atención rurales de nuestro país los que carecen de los insumos básicos en medicamentos, equipos y personal para proporcionar una atención oportuna y eficaz, motivo por el cual las madres campesinas deben viajar a los centros de salud urbanos de mayor complejidad. Ello implica gastos en transporte, alimentación y medicamentos, los cuales, la mayoría de las veces, sobrepasan las posibilidades económicas familiares. El tener dinero para solventar este tipo de gastos es también un factor determinante en la decisión sobre el curso terapéutico a seguir con los niños.

En contraparte para las madres urbanas si bien cuentan con centros de salud mejores equipados y en la mayoría de los casos gratuitos y accesibles, muchas veces éstos no tienen los medicamentos necesarios para cubrir su demanda y, por lo tanto, deben comprarlos en farmacias privadas. Por esta razón, muchas madres hoy en día acuden directamente al farmacéutico con el cual se evitan además la larga espera en los centros de salud.

En resumen, en el itinerario terapéutico trazado por las madres comúnmente en nuestro país, es posible observar la articulación de recursos provenientes de los sistemas de salud tradicional, indígena, popular y biomédico en el que se destaca el conocimiento y sabiduría de las madres y mujeres de la familia, constituyendo por lo general la primera fuente de ayuda terapéutica para los niños enfermos.

Si bien para algunos grupos de madres, según la cultura de nuestra sociedad, no acuden al sistema biomédico en una primera instancia, ya que en este proceso influyen variables centrales en todo grupo familiar, como lo son la disponibilidad de recursos económicos para enfrentar los gastos derivados de la atención médica, cuando lo hacen acuden a centros de atención de urgencias de mayor complejidad, lo que nuevamente cuestiona los esfuerzos llevados a cabo por la salud pública durante los últimos años en Chile, en lo que se refiere al fomento de la salud e implementación de medidas preventivas, como también el efecto de la reciente extensión horaria de los centros de atención primaria.

Otro factor a destacar es la escasa implementación con la que cuentan centros de atención primarios principalmente rurales, los que no logran una resolutivez de los problemas de salud que afectan a la población en la que se encuentran insertos, obligando a

¹⁴ Ana María Alarcón-Muñoz, PhD en Antrop. Méd., Aldo Conrado Vidal-Herrera, M en CS

sus integrantes a acudir a hospitales complejos, contribuyendo nuevamente a la sobredemanda e inequidad de los recursos disponibles actualmente en el sector salud.

6.3 Estructura y Dinámica Familiar

Se considera a la familia como un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación biológica o adoptiva y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables¹⁵.

Por otra parte, la familia¹⁶ ha existido siempre y es, por ello, un núcleo primario en el cual todo ser humano participa, requiere para su constitución de encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación. En segundo lugar, cada ser humano nace en la presencia de otros (por lo menos de uno) y requiere de éstos para su sobrevivencia. Esta experiencia posibilita la mantención, la transmisión y la proyección de la vida en lo que ésta tiene de más básico.

La familia es, por ello, una convivencia intergeneracional. El nacimiento de una persona determina una relación que durará largos años en la cual habrá, por lo menos, dos generaciones en relación y habitualmente tres o más. Desde esta perspectiva, la familia es una unidad integrada por miembros con identidades propias, que desempeñan roles distintos según el sexo y la edad.

La familia por lo anterior es el componente de la estructura social, sobre la cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras. Por esta razón es que muy a menudo se la considera como la célula social básica, y en todas las sociedades es posible identificar una unidad que se puede denominar familia.

6.3.1 Características básicas de la familia.

6.3.1.1 Tipos de familias¹⁷: La perspectiva del hogar implica considerar a la familia en función del hábitat. El hogar corresponde a aquel grupo constituido por una sola persona o un grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco, que hacen vida en común, es decir, se alojan y se alimentan juntas habitan en la misma vivienda y tienen presupuesto de alimentación en común. Desde aquí se pueden distinguir tres tipos de hogares.

¹⁵ MINSAL, 2006

¹⁶ Nina Horwitz C. 1986

¹⁷ Barna,R.;I.Concha;R.Florenzano;A.Gonzalez;N.Horwitz. 1986. Salud Familiar. Santiago,Chile, C.P.U. Pp59-72.

- Hogar Unipersonal: el hábitat está constituido por una sola persona, generalmente un adulto mayor.
- Hogar Familiar: el hábitat es compartido por uno o más núcleos familiares.
- Hogar no familiar: el hábitat es compartido por dos o más personas, sin vínculos de parentesco entre sí.

La clasificación desde el punto de vista de la composición de la familia pone de relieve categorías como la parentalidad, la conyugalidad y la consanguinidad:

- Familia nuclear: integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
- Familia nuclear simple: integrada por una pareja sin hijos.
- Familia nuclear biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.
- Familia nuclear monoparental: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.
- Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes.
- Familia extensa simple: integrada por una pareja sin hijos y por otros miembros, parientes o no parientes.
- Familia extensa biparental: integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- Familia extensa monoparental: integrada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- Familia extensa amplia (o familia compuesta): integrada por una pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos, y por otros miembros parientes y no parientes.

La importancia de esta tipificación radica en el reconocimiento de la complejidad de la realidad familiar del país, a la vez que sirve para poner de manifiesto algunas características peculiares a la dinámica familiar.

Otro punto de vista, necesario a considerar en la caracterización de las familias, está relacionado con las etapas del ciclo de la vida familiar, lo que hace referencia al estado evolutivo en el que se encuentra el sistema familiar en un momento dado, a partir del cual se pueden inferir cuales son las principales funciones y tareas a realizar en cada una de dichas etapas. En esta secuencia, la familia cambia permanentemente su composición y enfrenta distintas tareas y problemas tanto normativos como incidentales.

Los momentos de transición en la vida familiar producen tensiones que exigen cambios en la organización familiar para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Los límites se relajan o se hacen rígidos, las reglas y los roles se confunden, se replantean jerarquías, se reviven conflictos irresueltos. Estos momentos serán más o menos estresantes según sea la historia de resolución de las crisis vitales, la cohesión familiar y la adaptabilidad.

Para distinguir las etapas del ciclo familiar suele usarse como criterio la edad del hijo mayor. En el caso de las parejas sin hijos, se diferencia a las parejas jóvenes que aún no tiene hijos, de las mayores, cuyos hijos ya no viven en el hogar.

De este modo, se pueden considerar siete etapas en el ciclo de vida familiar:

- Pareja o familia joven sin hijos
- Pareja o familia cuyo hijo mayor es preescolar (0 y 5 años)
- Pareja o familia cuyo hijo mayor es escolar (6 y 13 años)
- Pareja o familia cuyo hijo mayor es adolescente (14 y 18 años)
- Pareja o familia cuyo hijo mayor tiene 19 años o más
- Pareja o familia adulta sin hijos en el hogar
- Adulto mayor sin pareja por viudez

6.3.2 Definición de familia: las características del vínculo

6.3.2.1 Funciones de la familia¹⁸ Sea cual sea el tipo de familia que se considere, toda modalidad o tipo de familia comparte ciertas características básicas, que están relacionadas con lo que la familia hace, es decir, con las funciones que desempeña. Lo peculiar de la familia está relacionado con:

- La reproducción en su interior. La función reproductora está acompañada en la especie humana del surgimiento de algún tipo de afecto, que se constituye a partir de la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales necesarios en el recién nacido para la construcción de apego con la madre u otra figura sustituta. Esta relación primaria es la que posibilita la parentalidad a lo largo de la crianza.
- La transmisión y recreación de la cultura y
- Una función de intermediación entre la persona y la sociedad.

Desde esta perspectiva, la familia mantiene y proyecta la vida humana y se constituye en una especie de intérprete de requerimientos y aportes de las personas hacia la sociedad. La familia sirve a sus miembros y a los de la sociedad dentro de la cual participa. El aprender a servir solidariamente, con racionalidad y eficacia, son factores claves de aprendizaje de la vida que comienza en familia.

Así la familia es una institución fundamental de la realidad social y puede considerarse como una estructura social relativamente estable, organizada para satisfacer ciertas necesidades elementales de la persona y de la sociedad. En síntesis, como núcleo primario, desempeña ciertas funciones básicas que le son propias. Puede variar la forma

¹⁸ Haley -"Terapia No Convencional" Edit. Amorrortu Bikel -"Las Etapas De La Vida Familiar: Transición Y Cambio" -Revista "Terapia Familiar" n° 9.

cómo estas funciones se expresen en el tiempo, pero en todos los tiempos las familias las ejercen, ya que son esenciales para la sobrevivencia y la estabilidad de las sociedades.

Pueden sintetizarse en forma esquemática las funciones de una familia de la siguiente manera ¹⁹

- Biológicas: satisfacción de necesidades sexuales de la pareja conyugal, reproducción y crianza de los hijos.
- Sicológicas: desarrollo de una base emocional entre sus integrantes. La familia no es sólo un conjunto de individuos, sino que es el grupo más fundamental de los grupos primarios. Entre sus integrantes se desarrollan estrechos lazos emocionales basados en sentimientos de pertenencia y obligaciones mutuas. El grupo así, adquiere características supraindividuales, es más que la suma de individuos. Esta esfera de intimidad social es el aspecto más notable de la familia.
- Sociales: la familia es el agente de socialización fundamental, transmite valores y conductas aceptadas por la sociedad donde se desarrolla la persona.
- De relación: relaciona a sus integrantes con las otras unidades del sistema social. A través del desempeño de roles familiares y la adjudicación de un status, la familia se concibe como plataforma para las acciones en otras esferas sociales.

A continuación se hace referencia, en más detalle, a las tareas de mayor significación dentro de las funciones y tareas a desarrollar por las familias, las que en su conjunto logran la intermediación entre la persona y la sociedad.

6.3.2.2 La familia como formadora de la identidad personal: Se reconoce a la familia como el grupo humano al cual se pertenece primariamente, lo cual queda determinado por el nacimiento o la adopción. Cabe destacar que esta pertenencia proporciona a la persona la experiencia de sí mismo como un valor absoluto, lo que configura la posibilidad de relacionarse con otros a partir de las propias virtudes y limitaciones. Además, la aceptación del principio de la realidad personal es algo natural. Cada individuo se reconoce como irrepetible y único a partir de su familia que lo acoge de este modo. Desde esta experiencia, entonces, es posible que se desarrolle como persona humana singular en todas sus potencialidades.

6.3.2.3 Familia como núcleo de la socialización primaria: Del mismo modo como la familia nombra y le otorga su primer identidad a la persona, es el lugar donde se desarrollan los afectos, en el cual se le enseña a nombrar las cosas y aprende a conocer el mundo. Es el lugar de las significaciones primarias y es, también, considerada una comunidad primaria. Desde esta característica se reconoce a la familia la capacidad de socializar valores y pautas de comportamiento en lo que se refiere a lo cognitivo, lo ético y lo estético.

¹⁹ Nina Horwitz C., 1986

Puede suceder que en el transcurso de la vida de la persona algunas otras experiencias adquieran el carácter de criterios de selectividad y valor y se incorporen o transformen los criterios aprendidos originariamente en la familia; sin embargo, es en este lugar, con esta característica de heterogeneidad, donde se recoge primariamente la historia y la vida descubre su sentido. Es desde aquí que se descubre y experimenta la continuidad y proyección de la vida humana.

6.3.2.4 La familia como unidad económica: La atención y cuidado de la familia implica adoptar decisiones y realizar tareas, como ubicación geográfica del hogar, administración de recursos, adquisición de bienes y productos, vigilancia, reparación y mantención de la vivienda; tareas domésticas habituales como preparación de alimentos, nutrición, recreación, cuidado, traslado y apoyo permanente a los niños; relación con la escuela, prevención de accidentes y enfermedades, cuidado de enfermos y otras. Estas tareas requieren tiempo, son más o menos intensas según la etapa del ciclo en que la familia se encuentre y son realizadas con más o menos dificultad según sea el nivel socioeconómico de ella. Implican responsabilidad para algunos miembros de la familia y suponen cierta calificación. Son tareas repetitivas y algunas de ellas pueden adquirir rasgos conflictivos (como el cuidado de enfermos crónicos, las demandas de la escuela, etc.)

Si se considera a la familia desde el punto de vista del ahorro, el gasto y la inversión que significa el sostenimiento de cada uno de sus miembros, resalta aún más la importancia de esta función y las dificultades que puede estar enfrentando al respecto.

Como conclusión, es sabido que la familia como institución inserta en un sistema social dinámico va cambiando continuamente, es así como la estructura familiar en Chile, principalmente durante los últimos 20 años ha sufrido diversos cambios que han afectado a nuestra sociedad, actualmente se muestra un aumento significativo de la sobrevivencia de las personas, lo que impacta en el ciclo de vida de la familia, produciendo cambios al interior de cada etapa; la incorporación de la mujer al trabajo, requiere una fuerte adecuación de roles parentales, asunto que podría repercutir en la formación de los hijos²⁰, ahora tal vez con menor vigilancia y sometidos a mayores contactos con sus pares y con los medios de comunicación, con el consecuente riesgo de sufrir problemas como el alcoholismo, embarazo adolescente, deserción escolar, drogadicción, accidentes, entre otros.

Es debido a la importancia y el impacto que tiene la familia en nuestra sociedad, que diversas investigaciones la han centrado como la principal fuente de estudio del comportamiento humano en los diferentes aspectos del quehacer y es en base a la cual el que se han modificado conductas y políticas públicas, es así como se ha puesto énfasis en el área de salud familiar, que en la última década ha surgido con más fuerza, donde se ha demostrado que las características de la familia son preponderantes al momento de enfrentar el proceso de salud-enfermedad, ya que es la principal transmisora de hábitos,

²⁰ Muñoz y Reyes, 1991; Valenzuela, 1995

creencias y valores relacionados con la salud, principalmente por la interacción existente entre sus miembros. Siendo esta la principal razón de ser del actual Modelo de Atención de Salud, basado en un enfoque biosicosocial de tipo familiar, bajo el cual se pretende abordar la prevención, promoción, educación y tratamiento de todos aquellos problemas de salud que afectan actualmente a nuestra población, los cuales están directamente relacionados con sus estilos de vida, comportamientos, y reacciones frente a determinadas situaciones de salud.

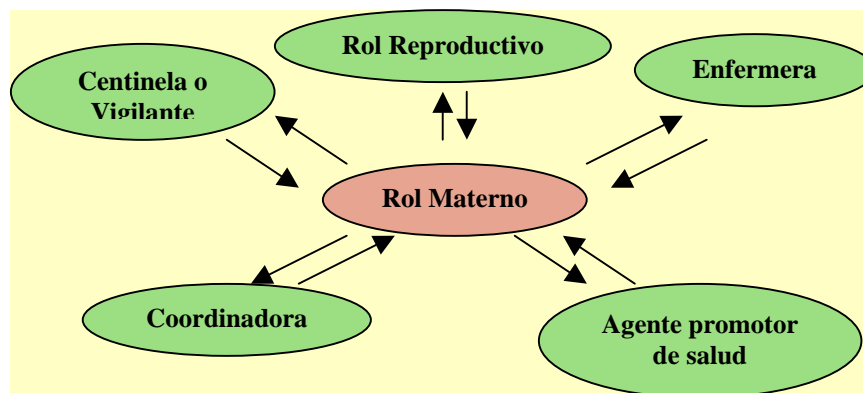
6.4 Vínculo Madre- Hijo

Vínculo es una relación activa, afectiva y recíproca entre dos o mas personas como seres distintos entre si.

El vínculo se manifiesta cuando el niño busca y mantiene la proximidad con la figura representativa que por lo normal es el padre o la madre, se resiste a la separación y protesta si esta tiene lugar. El niño utiliza esta figura como la fuente que le aporta la seguridad que precisa para la exploración del entorno, y además busca en ella el bienestar y el apoyo emocional que necesita.

Otro aspecto de importancia, en la relación madre-hijo, es la Adopción del rol Maternal²¹, definido como un proceso evolutivo e interactivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. Es el desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencias dentro de su rol, constituye el punto final en la adopción del rol maternal, es decir la identidad como madre.

Esquema N°2: Principales competencias y funciones desarrolladas por la madre dentro de su rol:



²¹ Ramona T. Mercer: adopción del rol maternal. Mary M. Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge, Stephanie Oetting

6.4.1 El vínculo de apego tiene varios elementos claves:

- Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
- Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
- La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad.

Una relación sólida y saludable con la madre o cuidador primario, se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros, mientras que un pobre apego parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida²².

6.4.2 Formas de apego

Las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. En base a como los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, Ainsworth, Blewar, Waters y Wall, definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven, existiendo el estilo seguro, el ansioso-ambivalente y el evasivo.

- Los niños con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

- Los niños con estilos de apego evasivo, exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros.

- Los niños con estilos de apego ansioso-ambivalente, responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

²² Eyers, 1992

6.4.3 Factores que influyen en el tipo de apego

- Las características de la figura de apego: la representación de su infancia y de las relaciones con sus padres, personalidad, sistema de creencias, etc.
- Las características del recién nacido: Temperamento, madurez.
- Las características del contexto familiar y ambiental: relaciones de pareja, nivel socioeconómico, naturaleza del trabajo, nivel cultural, etc.

En resumen la vinculación y el afecto son piedras angulares del desarrollo humano, esenciales para el funcionamiento estable de un niño que crece, constituyendo el eslabón básico de confianza entre el hijo y el cuidador primario, por lo general la madre, relación que comienza a formarse desde la gestación y que se refuerza durante las primeras etapas de la vida. La importancia del apego reside en su poderosa influencia en la adaptación del niño: adaptación social, desarrollo cognitivo, desarrollo emocional, cumpliendo una función en la salud mental a lo largo de toda la vida.

6.5 Salud Pública Materno Infantil 1960-2000

El panorama general que presentaba Chile al comenzar la década del 60, era el propio de un país subdesarrollado; la población se componía de unos 7 millones de personas, de las cuales un 40% tenía 15 años de edad o menos y las condiciones generales de vida eran bastante insatisfactorias, caracterizándose por coberturas insuficientes en los servicios básicos, y dificultades en el acceso a la educación, la vivienda y la salud²³.

La Tasa de Analfabetismo superaba el 25%. La educación primaria no cubría al 70% de la población, y entre aquellos que la iniciaban sólo un 10% lograba finalizarla²⁴.

La migración hacia los centros urbanos era muy elevada, lo que provocaba un enorme déficit habitacional, que en ese entonces se estimaba en unas 350.000 viviendas, de las cuales, sólo el 40% contaba con agua potable, y menos de un 20% estaba conectada con la red del alcantarillado.

En el ámbito sanitario, la mortalidad infantil era de 120 por mil nacidos vivos (NV) y la mortalidad del preescolar llegaba a 25 por mil. Casi el 60% de las muertes ocurría antes de los 15 años de edad. La prevalencia de desnutrición infantil era muy alta. Se estima que aproximadamente un 60% de los menores de 6 años, en comunas urbanas de Chile central,

²³ Albala C, Vio F: La transición epidemiológica en Chile. Rev Méd Chile 1993; 121: 1446-55.

²⁴ Discurso pronunciado por el Dr. Fernando Mönckeberg en agradecimiento al Homenaje de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Arch Latin Nutr 1994; 44(5-S).

presentaban algún grado de desnutrición lo que contribuía a aumentar considerablemente la mortalidad infantil por enfermedades entéricas y respiratorias.²⁵

En el caso de la salud de la madre²⁶, las cifras no eran mucho mejores, aproximadamente un 25% de la población estaba constituida por mujeres en edad fértil (entre los 15 y los 44 años de edad), con lo que la Tasa de Natalidad era extraordinariamente elevada: 36,3 por mil habitantes, sin embargo, la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) era igualmente alta, alcanzando en 1965 la cifra de 27,9 defunciones por cada 10.000 NV, más de un tercio de las muertes eran consecuencia del aborto clandestino cuya prevalencia a comienzos de la década del 60 era del orden de 32 abortos por cada 1000 nacidos vivos (NV), mientras que la atención profesional del parto llegaba sólo al 52%, y en algunas provincias, no superaba el 40%.

No obstante lo desalentador de estos indicadores generales y de salud, se encontraba vigente en el país una legislación cuyo propósito era mejorar la calidad de vida del binomio madre-hijo, como la Ley N° 4.054 del Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, la Ley N° 6.174 de Medicina Preventiva y la Ley N° 6.236, denominada también Ley de La Madre y El Niño. En el mismo sentido, cabe mencionar la creación en 1942 de la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia (PROTINFA), y de las Unidades Sanitarias, así como la promulgación de la Ley de Asignación Familiar Obrera (1953), la Asignación Familiar Prenatal (1957)²⁷, por citar las más destacadas.

Pero fue sin duda la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud (SNS)²⁸ la que generó el mayor impulso en el fomento y la protección de la salud materno-infantil en Chile. El SNS agrupó a una serie de instituciones (Beneficencia, Seguro Obrero, Sanidad).

La atención médica del SNS se llevó a cabo en los niveles primarios, secundario y terciario del cuidado de la salud, otorgando también gran importancia a la atención de urgencia, destacando en este sentido el funcionamiento de los Centros de Hidratación Ambulatoria, en donde se controlaban, bajo estricta vigilancia, niños con diarreas graves asociadas a desnutrición, una de las patologías infectocontagiosas más prevalentes de la época

En el mismo sentido, de mejorar las condiciones de salud del binomio madre-hijo se hacía necesario contar con profesionales suficientes para la atención del parto y la supervisión de la salud de la madre y el niño. Por ello, las autoridades de salud de la época,

²⁵ Albala C, Vio F: La transición epidemiológica en Chile. Rev Méd Chile 1993; 121: 1446-55

²⁶ Meneguello J, Rosselot E, Mardones RF: Rol de la Pediatría Clínica y Social en los Avances de Salud del Niño y la Familia, Chile 1900-1995. Pediatría al Día 1995; 11: 223-31.

²⁷ Marco Teórico: Evolución de la mortalidad infantil en Chile: períodos 1940-1960 y 1961-1980. Archivos Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

²⁸ Mardones RF: Salud Materno-Infantil. Últimos 30 años. Evolución de la atención médica. En: Medicina Infantil. Tomo I, Editorial Winter y Puentes, 1991

reconocieron la importancia de la capacitación del personal para el perfeccionamiento de las prestaciones de salud otorgadas. Con este fin se adoptaron nuevas numerosas medidas tendientes a ampliar la formación de los distintos profesionales del equipo de salud: entre 1965 y 1970 se crearon 7 Escuelas de Enfermería, 5 Escuelas de Matronas además de 4 Escuelas de Nutricionistas. Como resultado de ello, la atención profesional del parto alcanzó al 99,7% de cobertura en 1999.

Medidas que fueron reforzadas al poner especial énfasis en los cuidados del embarazo, parto y puerperio, la atención ginecológica, la planificación familiar, la educación y la protección social de la mujer embarazada desde la adolescencia.

Además a mediados de la década del 70, se constituyó en Chile, el Consejo Nacional para la Alimentación y la Nutrición (CONPAN), que con un enfoque multisectorial, y poniendo énfasis en la Atención Primaria de Salud, logró reestructurar el Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y favorecer el acceso de la población a los consultorios, con el objeto de desarrollar allí, las acciones de promoción y fomento de la salud de la madre y el niño, como control prenatal, atención profesional del parto, atención neonatal, control del niño sano, programa de inmunizaciones, entre otros .

En forma paralela, a fines de los 70, nace como una corporación autónoma, la Comisión Nacional para la Nutrición Infantil (CONIN), que llegó a tener cerca de 1.800 camas distribuidas en 30 centros, para el tratamiento de los casos más severos de desnutrición.

Al avanzar en la década del 80, y llegar al año 1990²⁹, continúa el progresivo mejoramiento en los indicadores de salud materno-infantil. Es así como en 1990, la Tasa de Natalidad era de 23,3 por mil habitantes, la Tasa de Fecundidad se había estabilizado en torno a los 2,4 por mil (1987) la cobertura en la atención profesional del parto llegaba a 97,8%, la TMM total era de 4,8 por 10 mil NV y la TMM por aborto de 1,7 por 10 mil NV.

La TMI bajó a 16 por mil NV. En esta mortalidad, las causas infecciosas y parasitarias junto con las respiratorias, constituían sólo el 20%, mientras las anomalías congénitas y perinatales conformaban ya el 58%.

²⁹ Viel B, Campos W: La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil, 1940-1985. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar

6.5.1 Acciones y metas alcanzadas decenio 1990-2000 ³⁰

Si bien es cierto, durante los años, 90, los indicadores de salud logrados en el país resultan muy positivos, aun existen dificultades, asociadas a la reestructuración del sector de salud estatal, al surgimiento del Subsistema de Salud privado (ISAPRE), el cambio en el perfil demográfico (y como consecuencia de ello, en el perfil de morbilidad y mortalidad de la madre y el niño), y a la agudización de importantes problemas medio-ambientales, especialmente de la calidad del aire en la Región Metropolitana.

Un resumen de las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud (MINSAL), a partir de 1990, son las siguientes:

- Se determina gratuidad de todas las prestaciones para los usuarios del Subsistema Público en el nivel primario de atención. Esto incluye: control del niño sano, control prenatal, entrega de alimentos del PNAC y consulta de morbilidad general.
- Se elevan los subsidios al parto institucional otorgándole gratitud a los grupos A y B y reduciendo el copago a 25% para los grupos C y D.
- Se crearon los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).
- Se creó, en el MINSAL, el Programa de Obstrucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que ha conseguido disminuir la mortalidad por bronconeumonía en el niño menor de un año y reducir las hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo, al atender mejor y más oportunamente los crecientes casos de enfermedades respiratorias agudas, mediante la prevención, educación comunitaria y al otorgar un tratamiento oportuno de éstas en los Consultorios de Atención Primaria.
- En el ámbito de la salud materna fue creado, también en el MINSAL, el Departamento Odontológico, para promover la atención integral de la embarazada de escasos recursos.
- Se incorporaron formalmente los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) en los establecimientos de nivel primario, los que tienen por misión facilitar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en salud mental, especialmente relacionado con el consumo del alcohol y drogas, en colaboración estrecha con el Ministerio de Educación y con el Instituto Nacional de la Juventud.
- En cuanto a campañas masivas de prevención de enfermedades inmunoprevenibles, se realizaron campañas de vacunación anti-sarampión, durante los años 1992 y 1996, (como resultado de ellas, durante los años 1993 a 1996 no se registraron casos de sarampión en el país, y los casos producidos en 1997 fueron exportados desde países vecinos).

³⁰ Balance de seis años de políticas sociales, 1990-1996. Ministerio de Planificación y Cooperación. MIDEPLAN, 1996.

- Se implementó la campaña de prevención del cólera, enfermedad que reaparece en Chile a partir de 1991. Esta campaña, vigente hasta la actualidad, ha logrado que en Chile se hayan producido sólo 124 casos de cólera, entre 1991 y 1996 de los más de 1 millón de casos ocurridos en el continente. Como externalidad es posible señalar la disminución en la Tasa de Incidencia de otras patologías de transmisión entérica como es el caso de la Fiebre Tifoidea y Paratifoidea.

- A partir de octubre de 1993, se cambió la norma de evaluación antropométrica para el niño menor de 6 años, con lo que se pretende focalizar mejor los programas de refuerzo nutricional.

Así, Chile desde una situación epidemiológica³¹ en la que predominaban las enfermedades infecciosas y los problemas materno-infantiles en la década de 1960, pasó en unos 30 años a un perfil epidemiológico con un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y problemas de salud mental. Los cambios nutricionales fueron también muy rápidos y la alta prevalencia de desnutrición, característica del período 1960-1970, se pudo reducir a finales de los años ochenta. Este cambio cualitativo fue el resultado de políticas integrales que promovían la entrega de alimentos a todos los beneficiarios de los sistemas de salud (prevención primaria) durante los controles de salud materna e infantil; a las madres y niños en riesgo de desnutrición o con desnutrición leve o moderada (prevención secundaria); y a los pacientes con desnutrición grave hospitalizados en centros especializados (rehabilitación). En la década de 1980 en Chile se observaban simultáneamente casos de obesidad y de desnutrición, y una década después se constató el predominio de la obesidad y de las hiperlipidemias, situación que se mantiene hasta el presente. Entre los factores determinantes de esta transición se encuentran los cambios en la dieta y la disminución de la actividad física en la población.

Según el censo de 2000³², Chile es un país con un 86% de población urbana, lo cual ha permitido mejorar el acceso a agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud. No obstante, algunos aspectos de la calidad de la vida se han deteriorado, especialmente en los sectores más pobres de la población. Entre las consecuencias negativas de la urbanización se encuentran la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas, algunos problemas medioambientales como la contaminación del aire en las grandes ciudades y el deterioro de los espacios de recreo y el aumento de la delincuencia, la violencia y la inseguridad personal. Si bien Chile duplicó su ingreso per cápita durante la década de 1990, esto no se tradujo necesariamente en una vida de mejor calidad. De hecho, gran parte de ese incremento en los ingresos se destinó al consumo de comida de alto contenido graso y de azúcar refinada conocida como "comida chatarra" y de bebidas gaseosas, así como a la compra de televisores, equipos electrodomésticos y automóviles, con lo que disminuyó la actividad física; además, se incrementó el consumo de tabaco y alcohol. Como consecuencia de esa dieta inadecuada y

³¹ Szot J: Mortalidad infantil e indicadores económicos en Chile: 1985-1999. Rev Méd Chile 2002; 130: 107-12

³² Anuario de Demografía: Instituto Nacional de Estadísticas, edición 2002

del sedentarismo se produjo un aumento abrupto de la obesidad en la población, especialmente entre los niños, adolescentes y mujeres en edad fértil

6.5.2 Los desafíos del futuro³³

Los desafíos que enfrenta el país en materia de salud de la madre y el niño, son muy distintos a aquellos que preocupaban a las autoridades de hace 30 ó 40 años atrás, ya que en la actualidad en el caso de la mortalidad infantil, Chile se acerca a tener una TMI de un dígito, comparable con la de países con un alto nivel de desarrollo económico y social, sin embargo, es necesario considerar que aún persisten importantes variaciones regionales al interior del país, e importantes diferencias de acuerdo a ciertas variables sociales y económicas. También hay que tener presente, que la mayor cantidad de defunciones en menores de 1 año en Chile, ocurren antes de los 28 días de vida, especialmente en aquellos niños con prematuridad extrema, y con bajo peso de nacimiento³⁴.

En el caso de lactantes y preescolares, es importante impactar en su calidad de vida fortaleciendo áreas de desarrollo psicosocial, para lo cual se hace necesario favorecer la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor a nivel primario, detectar niños en riesgo para algún tipo de daño en salud mental y lograr su derivación oportuna a un centro especializado.

En el área de la promoción de Salud³⁵, es deseable trabajar sobre los estilos de vida saludable, incluyendo temas como la malnutrición por exceso, que actualmente afecta a un 16% de los escolares en primer año básico y los accidentes en la infancia, así como también desarrollar un trabajo con niños portadores de enfermedades crónicas y prevenir los factores de riesgo asociados a éstas.

En cuanto a la salud de la madre, dado que la mortalidad materna no aparece como un tema prioritario en Chile, es importante, dejar de considerar a la mujer únicamente en su función reproductiva, y mirarla a través de todo el eje de su vida.

Analizando el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del país y el aumento de la expectativa de vida de sus habitantes, que para las mujeres actualmente es de 78,9 años se entiende que más de un tercio de su vida, ellas se encuentran alejadas de su función reproductiva, y por lo tanto, requieren de una visión de salud más integral, incorporando temas como la salud mental, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las patologías derivadas del envejecimiento.

³³ Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Departamento de Epidemiología. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Chile 2002.

³⁴ Perfil Básico de Chile 2001. Organización Panamericana de la Salud, 2001

³⁵ Rev Chil Obstet Ginecol 2001

En este sentido, el MINSAL³⁶, ha planteado para la década 2000-2010 objetivos sanitarios que en el caso de la salud materno-infantil pretenden continuar la disminución en la mortalidad infantil, la disminución de la mortalidad materna, lograr la erradicación de algunas enfermedades inmunoprevenibles y el control de los factores de riesgo para enfermedades crónicas en niños y embarazadas.

Como se ha visto, durante los últimos 40 años, Chile ha logrado superar, en gran medida, la historia de morbilidad materno-infantil propia de los países subdesarrollados. Los actuales indicadores de salud del país lo sitúan, con ventaja, en un lugar de avanzada en materia sanitaria, muy superior al que es posible encontrar en países con un nivel de ingresos similares.

Sin embargo, a pesar del gran avance conseguido, es necesario continuar el camino que el país ha recorrido en materia de salud materno-infantil, de forma de mantener las metas alcanzadas y resolver las tareas aún pendientes, a través de la participación de todos los sectores, no solamente el de salud, con el objeto de garantizar así estilos de vida más saludables, y una expectativa de vida aún mayor y de mejor calidad.

6.6 Reforma de Salud³⁷

La Reforma de nuestro actual Sistema de Salud se inspira en un conjunto de valores de amplio consenso ciudadano: equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

6.6.1 Motivaciones de la Reforma de Salud

Las razones que motivaron a emprender la transformación del sistema son:

- **Ético - políticas:** resolver la profunda iniquidad que caracteriza la atención de salud en Chile.
- **Técnicas:** adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica de nuestro país, y a los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario.

³⁶ www.minsal.cl

³⁷ www.ciges.cl

- **Buena gestión:** que obligan, por una parte, a proveer de mayores recursos al sistema, y por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud.

Los cinco proyectos de ley discutidos en el Parlamento abordan diversas materias la que su conjunto constituyen una propuesta de Reforma global del sistema de salud. Las materias que aborda son : Plan Auge o de Garantías Explicitas en Salud; nuevos sistemas de atención; derechos y deberes de las personas; regulación de Isapres; Autoridad Sanitaria y Sistema de gestión; y financiamiento.

6.6.2 Objetivos sanitarios³⁸

Los objetivos sanitarios son el punto de partida de la Reforma sectorial; reflejan las prioridades del sector. Son cuatro los desafíos sanitarios fundamentales en este siglo que comienza:

- **Envejecimiento progresivo de la Población.** Esto impactará decisivamente en la estructura de costos de la salud, por la creciente carga de patologías de alto costo, predominantemente de carácter crónico.
- **Iniquidad en la situación de salud de la población.** Esto hace referencia a la integración social y la credibilidad de sus instituciones políticas, sociales y económicas.
- **Hacer frente,** simultáneamente, a las nuevas tendencias de mortalidad y morbilidad que afectan al país.
- **Mejorar los logros sanitarios del siglo veinte.** Así, una de las metas es continuar el descenso de la mortalidad infantil y maternal. Al 2010, se debe llegar a una tasa de mortalidad infantil de 7,5 por 1.000 nacidos y nacidas vivas, y a una tasa de mortalidad maternal de 1,2 por 10.000 nacidos vivos.

Para enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, se deben reducir los factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde el punto de vista de nuestros años y calidad de vida.. factores sobre los que se debe intervenir son: frenar el consumo de tabaco; contener el aumento de la obesidad; promover conductas sexuales seguras; contribuir a crear un ambiente saludable y ayudar a mejorar las condiciones de trabajo.

³⁸ MINSAL; Orientaciones para la Programación en Red 2006

El propósito en los próximos 10 años es disminuir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, centrando esfuerzos en la reducción de enfermedad isquémica y cerebrovascular. Reducir la mortalidad por cánceres, centrando los esfuerzos en los cánceres de cuello uterino, de mama y de vesícula; por enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores; por traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos multisectoriales en la disminución de los accidentes de tránsito; y por VIH/SIDA.

6.6.3 El plan AUGE

El Plan Auge es el instrumento que el Ministerio de Salud ha diseñado para materializar los objetivos sanitarios reseñados. Como tal, beneficia a todas las personas que habitan en el territorio, independientemente si son cotizantes en el sistema público o en el privado, o si no son cotizantes y se benefician del aporte estatal.

El Auge consiste básicamente en la explicitación de un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de la población, referidas a 56 patologías, de mayor relevancia e impacto en las posibilidades de vida y de calidad de vida de la población chilena.

Existen 4 tipos de garantías:

- **Garantía de Acceso:** conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia;
- **Garantía de Oportunidad:** habrá un límite máximo de tiempo, pre-establecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico.
- **Garantía de Calidad:** las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica pre-establecidos y construidos a partir de pruebas de evidencia médica.
- **Garantía de Cobertura Financiera:** el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema Auge y sus 56 patologías iniciales. El copago máximo del usuario del sistema no superará el 20% del costo de la atención integral de estas 56 patologías. Y el monto total que deberá financiar no superará un ingreso mensual familiar en un año. El Estado, a través de aportes fiscales directos, y los cotizantes de mayores ingresos, bajo una modalidad solidaria, concurrirán al financiamiento de quienes no pueden hacerlo.

Priorizado 56 patologías que implican el 80% de las muertes en Chile en la actualidad y asignarle a éstas un conjunto de garantías explícitas, no significa que el resto de los requerimientos de atención médica vayan a ser descuidados. El actual presupuesto del sector salud está totalmente orientado al financiamiento del conjunto de las prestaciones que realizan los servicios. Los nuevos recursos que el Gobierno propone generar a través de mejoras de gestión, nuevos tributos y la cotización obligatoria de los trabajadores independientes, estarán orientados a financiar exclusivamente las nuevas exigencias asociadas al sistema AUGE.

Este régimen de garantías y las enfermedades cubiertas por la Reforma serán evaluados cada tres años por parte del Ministerio de Salud, y serán formalizados mediante un Decreto Supremo biministerial (Salud y Hacienda). Para estos efectos, la autoridad será asesorada por un Consejo Consultivo, integrado por nueve expertos de conocida trayectoria en las áreas de medicina, salud pública, economía y disciplinas relacionadas.

6.6.4 Actualización del sistema de atención en Chile

El cumplimiento de los objetivos sanitarios que se han propuesto, así como la sostenibilidad técnica y financiera de su instrumento básico, el sistema AUGE, requiere de importantes cambios en los sistemas de atención y en las entidades que proveen dichos servicios. Son para lo mismo necesarias actualización y calificación técnica permanente del personal que hace posible directa o indirectamente la atención de salud.

Se entiende por sistema de atención la organización de este proceso, en el cual intervienen establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de producción del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las intervenciones, mejorar su eficacia y eficiencia, porque los recursos son y serán inexorablemente limitados.

El sistema de atención construido a través del proceso de Reforma, reconoce como principios y características fundamentales, las siguientes:

- **Énfasis en la promoción y prevención de salud.:** Significa un cambio muy claro en las prioridades de inversión, en beneficio de la atención en el nivel primario, allí donde la gente vive. Será su puerta de entrada al sistema de salud, y en dicho nivel estará localizado todo el esfuerzo de promoción y fomento, así como el espacio de colaboración con la escuela, la organización comunitaria, los establecimientos productivos, el municipio, etc. El concepto unificador de este esfuerzo es la construcción de un Barrio Saludable, donde cada familia contará con un equipo médico de cabecera, que garantice un cuidado integral y una atención de continuidad en el tiempo.

- **Fortalecer la capacidad resolutive de la atención primaria**, evitando una derivación costosa e innecesaria de pacientes hacia establecimientos de urgencia, de especialidades y hospitales. Significa posibilitar en este nivel el acceso a laboratorio, imágenes, procedimientos y a algunas especialidades.
- **Los centros de atención primaria mantendrán una relación fluida con los Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Centros de Referencia**: contribuyendo estos últimos a la capacitación de los médicos del nivel primario, de manera que puedan innovar en su capacidad resolutive, y restringir el recurso a especialistas en el nivel secundario para el estudio de casos nuevos y de mayor complejidad.
- **Optimizar la hospitalización**, complementándola con hospitalización domiciliaria, incorporando a la familia y a redes de apoyo comunitario en el cuidado y recuperación del paciente. En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, quien asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con sus familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.

La hospitalización es una excepción en la vida de un individuo y debe obedecer a emergencias, a enfermedades graves o a la necesidad de profundizar estudios diagnósticos que no pueden ser realizados en el nivel primario ni en el ambulatorio de especialidades. Al hospitalizar a una persona, se la arranca de su medio, de su entorno familiar y se la somete a riesgos de contagio por gérmenes más resistentes, que pueden demorar su recuperación. Por otra parte, el costo financiero de una hospitalización es altísimo, por lo cual debe ser debidamente planificado a partir de protocolos consensuados y medicina basada en evidencia.

Este ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales, es lo que se denomina trabajo en red asistencial. Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que dependen de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal. Podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

La red asistencial, compuesta por establecimientos públicos y privados, operará bajo la dirección y coordinación del Director del Servicio de Salud (Gestor de Redes). La selección de estos directivos será realizada a través de un proceso riguroso, sobre la base de una acreditación de competencias y experiencia para el ejercicio de este cargo. Los directores de servicios tendrán la obligación de rendir una cuenta pública semestral de su gestión y serán evaluados y retribuidos conforme a su desempeño en el cumplimiento de metas públicamente conocidas.

6.6.5 Participación Ciudadana

Es así como la Reforma abrirá paso a la participación de la ciudadanía en la tarea común de mejorar la calidad de los servicios de salud. Para este efecto fueron creadas dos figuras: el Consejo Regional de Salud, cuya tarea es asesorar al Secretario Regional Ministerial en la orientación del sistema, y el Consejo Consultivo del Servicio de Salud, cuya responsabilidad es la de conocer, formular observaciones y reparos respecto del Plan Anual de trabajo del Servicio de Salud, como también de la cuenta pública semestral de ejecución del mismo. Integrarán este organismo colegiado, representantes de los usuarios y de los establecimientos de salud pública y privada que son parte de la red asistencial del Servicio

6.6.6 Modificaciones a la Ley de Isapres³⁹

Avanzar en procura de la universalidad del régimen de garantías y la solidaridad en sus cargos, también exige introducir Reformas en el sistema privado de salud previsual. Las instituciones de salud previsual (Isapres) están orientadas hacia la población de mayores ingresos de nuestro país, estableciendo en los hechos una muy desigual distribución de la población protegida por el sistema público.

La cotización mensual promedio alcanzaba en diciembre de 2001 aproximadamente 44.300 pesos, lo que representa en promedio el 9,2% de la renta imponible de sus afiliados. Aproximadamente el 58% de los cotizantes pertenece a los 2 quintiles superiores de ingreso, y un 7,2% pertenece al quintil de menores ingresos. La edad promedio de sus cotizantes es de 40,2 años y la participación de hombres y mujeres no es muy diferente de la distribución por sexo de la fuerza de trabajo en nuestro país. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores la situación es muy diferente, el porcentaje de población de adultos mayores que son beneficiarios del sistema Isapres alcanza sólo al 8,4% del total.

6.6.6.1 Los principales objetivos de los cambios a la ley de Isapres son⁴⁰:

- Limitar las alzas de precios en los planes de los llamados cotizantes cautivos: personas que por razones de edad o antecedentes de salud, se ven severamente restringidas o impedidas de contratar con otra institución de salud previsual. En este caso, el alza de los precios del plan, no podrá superar el índice que establezca anualmente la Superintendencia, conforme a normas de general aplicación.

³⁹ Perfil de Sistemas de Servicios de Salud, Chile. Primera edición 1999. Revisado, abril 2002. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS.

⁴⁰ www.ciges.cl

- Mantención del contrato de salud para las cargas, cuando el cotizante fallece, por un período no inferior a 1 año, siempre que el deceso ocurra después de 1 año de vigencia ininterrumpida de su contrato.
- Mantención, sin restricciones, de la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante. La propuesta busca evitar que aquellas personas que han sido beneficiarias del sistema privado de salud por largos períodos sean expulsadas exclusivamente porque son portadoras de ciertos antecedentes de salud, por lo general originados cuando ya eran beneficiarios de la institución.
- Incorporación de un arancel común y obligatorio para las Instituciones de Salud Previsional, que contemplará las prestaciones incluidas en el arancel del Fonasa en su modalidad de libre elección y que será elaborado por la Superintendencia de Isapres

6.6.7 Autoridad Sanitaria⁴¹

La consecución de los objetivos sanitarios supone un concepto renovado de Autoridad Sanitaria.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado encargada de llevar a cabo los objetivos sanitarios definidos. Su competencia abarca al conjunto del territorio nacional y compromete a todos los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema. La Autoridad Sanitaria reside, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud.

La Reforma procura subsanar diversas falencias en el ejercicio de la autoridad sanitaria, caracterizada por su dispersión, burocracia e ineficiencia, debido fundamentalmente a la confusión de funciones como autoridad sanitaria y prestador de servicios, ambas concentradas en los Servicios de Salud. La fiscalización de la calidad de las prestaciones se ve resentida, desde la perspectiva de los usuarios, por la concurrencia de un conflicto de intereses. Es también insuficiente la regulación de los administradores privados del seguro de salud.

El proyecto gubernamental busca fortalecer el rol rector y regulador de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto pública como privada; definir normas, obligaciones y reglas claras para todos los agentes involucrados. Propone desarrollar nuevas capacidades en su institucionalidad, que permitan garantizar la protección y promoción de la salud de la población; asegurar el acceso a los servicios de salud, en

⁴¹ MINSAL (CHILE).2005. Borrador Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile

particular de las poblaciones más vulnerables; fiscalizar el cumplimiento del sistema AUGE, entre otras responsabilidades.

Con este propósito, la Reforma postula fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional, mediante una separación de las funciones de gestión de las redes asistenciales y de fiscalización de las prestaciones públicas, que hoy están confundidas en los Servicios de Salud. Los directores de Servicios de Salud se concentrarán en la gestión asistencial, mientras que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud asumirán todas las potestades de ejercicio de la Autoridad Sanitaria.

Así, los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud tendrán la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios. Ejercerán la vigilancia epidemiológica, la fiscalización sanitaria medioambiental, la verificación de los estándares de calidad en los prestadores públicos y privados, recibirán las opiniones y quejas de los ciudadanos, y solucionarán las controversias.

Con todo, será una autoridad territorialmente desconcentrada, para asegurar uniformidad en la interpretación de las normas, y cohesión en el desarrollo de las políticas nacionales de salud.

6.6.8 Financiamiento del Sistema AUGE

Por último, este nuevo eslabón en el desarrollo del sistema nacional de salud requerirá mayores recursos financieros. El proyecto de Reforma plantea abordar su financiamiento a través de:

- Las cotizaciones obligatorias de los trabajadores dependientes e independientes (más trabajadores cotizarán y una proporción mayor de la cotización será destinada al AUGE en la medida que sean incorporadas nuevas enfermedades y aumente el precio de la prima universal).
- Aumento del aporte fiscal que debe entregar el Estado al FONASA para el financiamiento de las nuevas acciones de salud. Aportes al presupuesto general del FONASA equivalente al adicional de dichas acciones o con relación al aumento de la Prima Universal de los indigentes o carentes de recursos (Artículo 14 del Proyecto de Ley del Régimen de Garantías en Salud).
- Mejoras en la recaudación de cotizaciones y reasignación de recursos del presupuesto público mediante ganancias de eficiencia, tanto en la provisión de prestaciones de salud como de las prestaciones pecuniarias.

- Crecimiento económico, que permitirá recaudar un monto mayor de cotizaciones al aumentar los salarios y el empleo.

En vistas a asegurar un mayor aporte fiscal para el financiamiento del sistema AUGE, el Ejecutivo ha presentado a la consideración del Parlamento un proyecto de ley que define algunas modificaciones del sistema tributario chileno: nuevo gravamen al uso y consumo de determinados bienes, considerados dañinos para la salud de la población, o generadores de externalidades negativas. El proyecto del Ejecutivo aumenta la tasa general del IVA de 18,0% a 18,25%, y eleva las tasas de las bebidas alcohólicas de 27% a 28% para los licores (pisco y whisky), y de 15% a 18% para el vino y cerveza. Asimismo, se propone establecer un impuesto a la importación o a la primera venta en el país del petróleo diesel. Por último, es homogenizada la tasa de impuesto a los cigarrillos, cigarros puros y tabaco, en un 61%.

6.6.9 Solidaridad en el financiamiento de la Salud⁴²

La Reforma al sistema de salud está orientada a terminar con la exclusión de las personas en salud por razones económicas, ya sea en el ámbito público o el privado. Con este propósito, es establecida la creación del Fondo de Compensación Solidario, que será administrado por el Ministerio de Salud. Este Fondo reunirá los aportes de todos los cotizantes de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y del Fondo Nacional de Salud, por un monto equivalente a la Prima Universal determinada para el Régimen de Garantías en Salud (Auge).

A través del recurso a este Fondo de Compensación, no caben exclusiones y discriminaciones en función de consideraciones económicas. Cada individuo aportará el equivalente al valor de la Prima Universal que permitirá financiar el programa Auge, ya sea con sus cotizaciones o con aportes totales o parciales del Estado, en el caso de los indigentes o de los cotizantes de menores ingresos.

La finalidad de este fondo es compensar entre las instituciones aseguradoras privadas (Isapres) y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los diferenciales de riesgo asociadas a sus respectivas carteras de cotizantes. Mensualmente, cada institución efectuará, entre sí, un traspaso de fondos de acuerdo a las compensaciones que determine el Ministerio de Salud. De esta forma, es introducida una norma de compensación de riesgos y de solidaridad al interior del sistema entre jóvenes y viejos, enfermos y sanos, mujeres y hombres.

⁴² www.ciges.cl

Asimismo, el Ejecutivo considera entre sus medidas de mejoramiento de la gestión y de focalización de los recursos fiscales, reemplazar el aporte fiscal directo del subsidio maternal por el Fondo Maternal Solidario. Dicho fondo cumplirá las mismas funciones que aseguraba el aporte fiscal: pagar a las Instituciones de Salud Previsional y al Fondo Nacional de Salud los gastos asociados al subsidio de descanso de maternidad y al permiso por la enfermedad grave del hijo menor de 1 año de edad.

El Fondo Maternal Solidario será constituido con el aporte del 0,6% de la remuneración, renta o pensión imponible devengada de cada uno de los afiliados. Esto significa que el pago de este derecho laboral y de salud será realizado solidariamente por hombres y mujeres, previniendo, así, eventuales discriminaciones contra ellas. Se introduce, de este modo, un elemento de equidad, hoy ausente, entre beneficios y contribuciones. En el caso de los cotizantes de menores ingresos, el Estado financiará un subsidio compensatorio de los aportes hechos al Fondo Maternal.

6.7 Red De Urgencia y Sistema de Salud

La nueva reforma de salud considera un nuevo concepto denominado Programación en Red el cual consiste en aunar y complementar fuerzas para la consecución de una mejor salud para la población, este nuevo concepto incluye a la comunidad y los centros de atención de salud en todos sus niveles, públicos y privados del sistema nacional de salud, y se define como un proceso en que los actores involucrados, aunque independientes entre si, determinan en conjunto sus necesidades y problemas de salud, recursos con los que se dispone, tareas y actividades de acuerdo a la incumbencia de cada nivel y voluntades para el logro de objetivos comunes de una manera organizada y sistemática con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios de una forma eficiente, eficaz, oportuna, pertinente y de calidad para los miembros de la comunidad.⁴³

6.7.1 Red de urgencia

La Red de Urgencia tiene como objetivo brindar atención a personas que presentan cuadros graves cuya resolución no puede ser postergada. Para ello dispone de un conjunto de recursos las 24 horas del día durante todo el año de manera que la población cuente siempre con una “puerta abierta” a sus requerimientos.

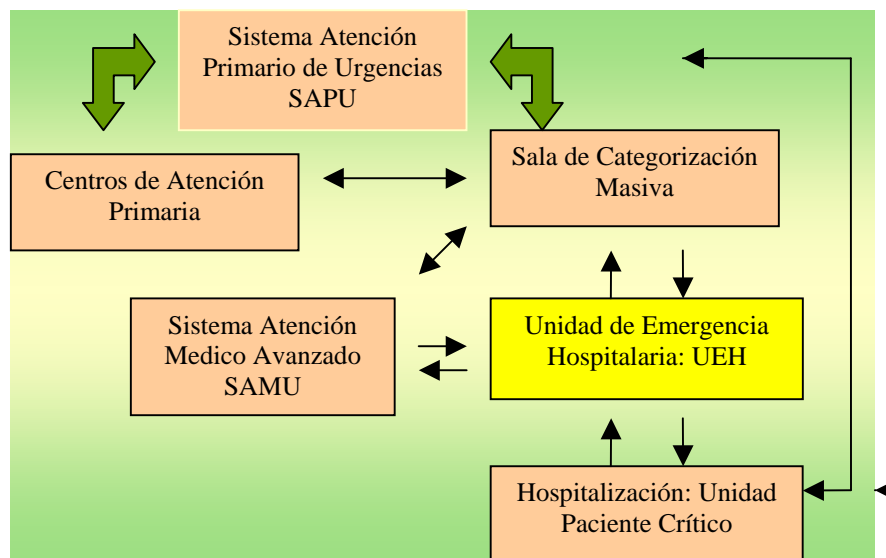
Los componentes de esta red son:

- Atención Primaria:
- SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia

⁴³ Torres M^a C, 2005. Apunte de Programación en Red.

- Sistema de Atención Prehospitalaria
- Unidad de Emergencia Hospitalaria
- Camas de hospitalización de agudos
- Unidad de Paciente Crítico

Esquema N°3: Red de Urgencias



Cada componente tiene un rol específico y complementario con el siguiente, el mayor desafío lo representa su articulación, que exige flujos expeditos entre las diversas unidades, siendo el mayor riesgo el trabajo paralelo entre ellas, lo que puede llevar a la duplicación de los recursos y por ende a su subutilización como sistema.

A continuación se describe el rol y ámbito de competencia de cada componente de la red de urgencia del Sistema Nacional de Servicios de Salud:

- **Atención Primaria:** debe tener capacidad de resolver los problemas de morbilidad general e identificar los requerimientos de derivación a otro nivel de atención.
- **Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):** de manera similar a la Atención Primaria, tiene competencia para resolver problemas de morbilidad general e igualmente manejo agudo de pacientes con compromiso vital.
- **Sistema de Atención Prehospitalaria:** este sistema está orientado a atender a personas que presentan problemas graves de salud fuera de los establecimientos asistenciales. Los elementos propios de este sistema son: comunicaciones, sistemas de transporte y regulación. En general constituye la instancia privilegiada de articulación de la red.

- **Unidad de Emergencia Hospitalaria:** constituyen la principal puerta de entrada a los hospitales. La capacidad para resolver problemas graves de las personas depende de la complejidad de los establecimientos.
- **Camas de hospitalización de agudos:** ellas representan el principal eslabón después de la UEH. En general están destinadas a pacientes en fase de diagnóstico o recuperación.
- **Unidad de Paciente Crítico:** constituye el eslabón final de la atención de las personas; está compuesta por la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) y la de Cuidado Intensivo (UCI). Ellas están destinadas a pacientes con diversos grados de compromiso vital que requieren monitoreo y soporte.

Con el objeto de analizar en profundidad se describen a continuación los elementos confortantes de la red de urgencias implementada en nuestro país:

6.7.2 Urgencias Hospitalarias: Análisis del Diseño y Gestión.

Los servicios de urgencia de los hospitales, llamados en la normativa chilena UEH (Unidades de Emergencia Hospitalaria), son en la actualidad uno de los sectores más concurridos de los establecimientos de salud. Surgieron a mediados del siglo XX motivados por las grandes guerras mundiales, con el fin de otorgar apoyo terapéutico más inmediato en el tiempo.

Brindan diversas atenciones en todo horario, incluyendo el uso de recursos internos del establecimiento y el ingreso de pacientes para hospitalización. Esta ampliación de prestaciones está enmarcada en el desarrollo general de la salud pública, pero en el ámbito de servicios que abarca es amplio e indeterminado, por lo cual las atenciones de urgencia son difíciles de cuantificar y limitar

Existen dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia⁴⁴: una desde la Perspectiva de la Demanda, en donde, existen ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como impostergables y que las motiva a buscar atención con mayor premura, que frente a otros problemas de salud. Por otro lado, desde la Perspectiva de la Oferta, también existen ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos médicos, como requirentes de atención impostergable.

⁴⁴ MINSAL (CHILE).2005. Borrador Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Subsecretaría de redes asistenciales. Santiago, Chile

Ambas visiones son complementarias, aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como Atención de Urgencia, propiamente tal, se constituye desde la subjetividad del paciente, o de quienes se encuentran cerca de él, en el momento de necesidad de atención. En el segundo caso, se utiliza una valoración normativa del equipo profesional a través de la evaluación del paciente, a partir de la aplicación de criterios clínicos y en este caso se habla de Atención de Emergencia.

Se definen como Urgencia la aparición de síntomas que genera en las personas o quienes lo rodea la percepción de necesidad de atención médica inmediata, se asume, desde este punto de vista, que toda las consultas con estas características es de urgencia, independiente de la complejidad o de su gravedad.

Frente a la emergencia⁴⁵ los pacientes acuden al establecimiento más cercano y que suponen más expedito y completo, independiente de las restricciones clínicas, administrativas o geográficas que se pretendan establecer, calificando además como emergencia una creciente variedad de síntomas y eventualidades personales. De hecho, una escasa fracción, un 3,5%⁴⁶, corresponde efectivamente a pacientes que requieren una atención compleja y urgente, y gran parte de lo restante podría ser resuelto en servicios regulares o domésticos. Lo que implica que actúan de derivación informal de los establecimientos convencionales y/o absorben una expansión de las demandas sanitarias.

En Chile se ha intentado rectificar esto con la creación de los denominados SAPU (Sistema de Atención Primaria de Urgencia) y vehículos equipados llamados SAMU (Sistema de Atención Medicalizada de Urgencia pre-hospitalaria), pero éstos han asumido mayormente nuevas atenciones y sólo una parte (15%) de las consultas de la UEH, las cuales han tendido que recuperar su magnitud por el crecimiento natural de la población.

También en los países más desarrollados las atenciones de urgencia han crecido en forma considerable, especialmente en la última década, sobrepasando la capacidad de la infraestructura disponible. Estas condiciones dificultan la planificación de un servicio de urgencia⁴⁷.

Según la normativa nacional⁴⁸ la dimensión de las unidades de emergencia se debe basar en la cantidad de población usuaria, estimando que un 50% de la demanda diaria se concentra en 4 horas para representar las fluctuaciones en el tiempo y definiendo una tasa

⁴⁵ García R, Baesler F, Moreno P, Pezo M, Urgencias Hospitalarias, Análisis de Diseño y Gestión de Servicios de Emergencia Hospitalaria en Chile

⁴⁶ MINSAL 1999 Guía de planificación y diseño de unidades de emergencia hospitalaria, Santiago, Chile: División de Inversiones y Desarrollo del Ministerio de Salud

⁴⁷ Documento: Los Centros Reguladores de Urgencias una propuesta para la atención de urgencias, Carlos E. Rodríguez

⁴⁸ MINSAL 1999, Guía de planificación y diseño de unidades de emergencia hospitalaria, Santiago, Chile: División de Inversiones y Desarrollo del Ministerio de Salud

de 6 pacientes/hora para justificar un recinto de atención (lo que implica una dedicación de 10 minutos por paciente). Además, la normativa establece que, de acuerdo a la magnitud de la demanda, la unidad debe sub-dividirse en sectores completamente diferenciados para la atención de adultos, infantil y ginecológica-obstétrica.

Las unidades de emergencia se componen básicamente de dos áreas: admisión y tratamiento. En la admisión se establece un proceso administrativo de ingreso, espera de pacientes y acompañantes, y una selección por urgencia, denominado en la jerga norteamericana “triage”.

El área de tratamientos puede variar de acuerdo a las especialidades disponibles, pero normalmente dispone de varios recintos menores de atención personalizada denominados boxes, y un sector para el personal, con oficinas y espacios de descanso (jerarquizados por profesión). Además de salas de exámenes y conexión interna con el resto del hospital.

Los funcionarios y médicos trabajan en turnos continuos o de llamada, dependiendo de la variación de la demanda. Además el servicio atiende con alguna frecuencia grupos de pacientes por accidentes o catástrofes que obligan a incrementar y apresurar en forma notable sus atenciones.

Para determinar la dotación física de la unidad la normativa chilena reconoce algunos recintos cuya cantidad debería ser “dependiente” de la demanda, como son los boxes, camas de observación y la sala de espera, y otros recintos “relativamente independientes”, como la admisión, box de reanimación, etc., que deberían existir siempre.

Para la distribución interna de los recintos, la normativa chilena plantea que debe basarse en las circulaciones de los pacientes, afirmando que “dentro de las distintas posibilidades de organización de la UEH, el flujo del paciente es el más importante, y en definitiva debe ser el que da forma y estructura a la unidad”⁴⁹. En general este aspecto se asocia a la reducción de tiempos de tránsito que aparentemente sustenta edificaciones más funcionales.

En razón de lo anterior, la Atención de Urgencia ha sido generalmente organizada para realizar prestaciones en forma inmediata en establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial, sin embargo, la evolución de los servicios ha permitido conceptualizar este tipo de atención en dos componentes: Intramuros y Extramuros.

⁴⁹ Minsal, 1999; p. 46).eler, 1976;ACEM, 1998; Martínez, 2001 y Neuberger,2002

El primer componente está representado por la atención que se brinda en establecimientos de salud, cualquiera sea su complejidad. El segundo componente se ha conocido como Atención Prehospitalaria y corresponde a aquella atención que se otorga antes de que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, o en el lugar mismo donde se presenta la emergencia).

6.7.3 Técnicas y Criterios de Categorización de Pacientes en UEH (MINSAL, 2005)

El TRIAGE o categorización fue establecido como proceso a partir del año 2004, y es un sistema de selección de pacientes el cual califica a cada uno de estos, en base a criterios clínicos de gravedad, llevado a cabo por un profesional capacitado con el objeto de priorizar el tipo de atención y los consecuentes tiempos de espera

Su mayor beneficio, es la seguridad del paciente siendo un sistema utilizado en situaciones de catástrofes masivas, que ha demostrado optimizar los resultados al permitir al equipo de salud concentrarse y ser oportuno en la atención de los casos más urgentes y graves.

Tabla N°1: La siguiente tabla, identifica los diferentes tipos de pacientes según calificación de acuerdo a complejidad que estos presentan:

Paciente C1	Requiere de reanimación inmediata por riesgo vital inminente. Pasará a unidad o box de reanimación, donde será estabilizado y recibirá las acciones terapéuticas según protocolos (médicas y quirúrgicas). Habitualmente estos pacientes, una vez estabilizados, tendrán que ser hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC).
Paciente C2	de alta complejidad o que por carácter de su patología requerirá de acciones diagnósticas y/o terapéuticas que determinan un periodo de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta
Paciente C3	de complejidad media que por el carácter de su patología requerirán de acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un periodo de observación o de hospitalización abreviada de algunas horas antes de su alta
Paciente C4	De baja complejidad o pacientes de patología banal que debería ser resuelta en un SAPU o Policlínico de Atención Primaria. Se les hará un diagnóstico, se les hará una receta y/o se les remitirá directamente a atención primaria a continuar tratamiento, con documento que acredite el haber sido evaluado en la Unidad de Emergencia Hospitalaria

Para el equipo de salud, el sistema de priorización, conduce a la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando exista relación entre el resultado de la priorización y el resultado y/o evolución de los pacientes. La Unidad de Emergencia

asegura a los pacientes graves, desde su ingreso una atención eficaz, eficiente y oportuna y permite la utilización racional de los recursos humanos y técnicos disponibles.

6.7.4 Atención Prehospitalaria

La atención prehospitalaria se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias. La atención prehospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima⁵⁰.

Es definido por el Minsal como la atención prestada a la población antes que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, en lugares de asistencia masiva, en domicilio).

El objetivo fundamental es ubicar el paciente en el lugar más indicado para su patología y realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y/o soporte que requieren capacitación específica al respecto, con lo cual se logra una mejor condición de ingreso del paciente al hospital y por tanto mayor sobrevida frente a la causa del evento urgente. En síntesis la filosofía de la Atención Prehospitalaria se resume en "llevar al paciente adecuado, al lugar adecuado, en el tiempo adecuado".

Sus acciones están dirigidas por el Centro Regulador Regional, que coordina el quehacer asistencial de las bases interventoras frente a eventos de emergencias y catástrofes contando con un equipo humano capacitado y móviles debidamente equipados.

Dado el compromiso vital de las personas que utilizan esta red, la adecuada articulación es vital. La propuesta básica del modelo es la potenciación de los Centros Reguladores del Sistema Prehospitalario (SAMU 131) a nivel de cada región del país, que puedan paulatinamente incorporar funciones de articulación de recursos en la siguiente gradiente:

- Recepción y priorización de llamados de asistencia desde la comunidad, teniendo como respuesta el despacho de móviles de atención.
- Traslado de paciente con compromiso vital entre establecimientos
- Coordinación de recursos escasos en la red, tales como camas intensivas o exámenes

⁵⁰ Rodríguez C, Los Centros Reguladores de Urgencias una propuesta para la atención de urgencias

- Apoyo técnico de interconsulta de especialista de urgencia a través de videoconferencia o teléfono

Actualmente los modelos de Centros Reguladores tienen como objetivo dar respuesta a los números 1 y 2 a nivel regional. Sin embargo si se busca compatibilizar oportunidad y calidad con equidad y eficiencia es indispensable plantearse la maduración del modelo en su capacidad de manejar como un conjunto integrado los problemas más complejos, para lo cual los centros reguladores son la plataforma básica a utilizar.

6.7.5 Servicio de Atención Primaria de Urgencia y SAPU.

En los últimos años⁵¹ se ha constatado la existencia de una situación problemática en los servicios de urgencia hospitalarios. El crecimiento continuado de su utilización dificulta un buen funcionamiento y aumenta su coste económico. El análisis de la demanda de dichos servicios pone de manifiesto una falta de adecuación de las consultas, la mayoría de las cuales serían susceptibles de atención a nivel primario.

Tradicionalmente el sistema sanitario público en el sector primario ha tendido a un funcionamiento lento, burocratizado y poco eficiente de la asistencia, con horarios cortos y rígidos. Frente a lo cual las Unidades de Emergencia Hospitalaria ofrecen un acceso fácil, una asistencia rápida, eficiente y altamente tecnicada, que da confianza y cierta comodidad a su utilización, a pesar de las horas de espera, las saturaciones y los colapsos.

El deficiente funcionamiento de la atención primaria podría ser una de las causas de la sobreutilización de los centros sanitarios de mayor complejidad. Por esta razón la reforma de la atención primaria despertó una gran expectativa.

Las mejoras en la organización,⁵² estructura y equipamiento de este nuevo modelo asistencial podrían mejorar la adecuación de la demanda de servicios sanitarios. Dentro del marco de mejoramiento a la accesibilidad, mejoramiento a la capacidad resolutoria y dar atención a las demandas médicas inmediatas de la población, fue creado el Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Estos son establecimientos de salud que pretenden resolver urgencias médicas, atienden en horarios en que los consultorios habituales no lo hacen y forman parte de la red de urgencia que presta atención inicial en casos de alta gravedad. Se caracterizan por su cercanía a la población y se sitúan en comunas con alta demanda de atención.

⁵¹ Bolívar I, Balanzo X, Armada A, El impacto de la reforma de la Atención Primaria en la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarios

⁵² PNUD (1998). "Las Paradojas de la Modernización". Informe de Desarrollo Humano en Chile. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Santiago. Disponible en Internet: <http://www.pnud.cl>

Al Servicio de Atención Primaria le corresponde atender urgencias graves y tiene la obligación de proporcionarle los primeros auxilios a fin de estabilizarlos antes de que ingresen a la urgencia del hospital si es que se estima necesario. Pero su principal función es solucionar urgencias mediana y baja gravedad y disminuir la sobredemanda en las unidades de Emergencias Hospitalarias.

Tabla N°2: Objetivos de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia⁵³

Aumentar la capacidad resolutive del nivel primario de atención.
Aumentar la cobertura de atención del consultorio.
Mejorar la accesibilidad a la atención médica de la comunidad.
Disminuir las consultas de urgencia en el nivel terciario de atención.
Disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia.
Disminuir los costos por traslados debido a consultas de urgencias

El MINSAL define como política el acceso universal a la Atención Primaria de Urgencia, no importando si son beneficiarias del Sistema Público de Salud o del lugar donde se encuentre y los ubica en comunas de más de 30.000 habitantes, en zonas Urbanas Pobres o con sectores de pobreza, con dificultades de acceso a Servicios de Urgencias a Hospitales, para lo que implementa una mejor capacidad resolutive, en implementación y capacitación a los equipos de salud.

La reforma de la salud en Chile, se basa en el fortalecimiento del nivel primario de salud, a través de un incremento en la resolutive y en la incorporación del enfoque de familia, lo que ha tenido impacto y está haciendo cambiar la connotación no resolutive de los establecimientos de nivel primario.

6.8 La adicción a los Servicios de Urgencia: los Policonsultantes⁵⁴

Las personas conocidas o definidas como “policonsultantes” son aquellas que acuden a atención médica de urgencia en más de una oportunidad al mes y que generalmente se deben a patologías banales o sicosomáticas.

Existe también algunos casos en los que las consultan se deben a patologías diagnosticadas, y en los cuales la fuente de las falencias pueden ser tanto “del paciente”, por una mala adhesión a los tratamientos y/o indicaciones prescritas en consultas anteriores, como de los “servicios asistenciales”, por mala difusión de la información, seguimiento de

⁵³ www.minsal.cl

⁵⁴ Extracto “policonsultantes” disponible: http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/Depresi%C3%B3n.pdf

los pacientes inadecuado, imposibilidad de conseguir horas de atención médica a corto plazo, entre otras.

El grupo de pacientes “policonsultantes” tiene consultas recurrentes en atención primaria, secundaria o terciaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y generalmente, retrasan el tratamiento específico, cuando hay una patología de base.

6.9 Articulación y Funcionamiento de la Red Asistencial del Servicio de Salud Valdivia.⁵⁵

Es así como la red del Servicio de Salud Valdivia se compone de establecimientos de baja, y alta complejidad, en atención cerrada y abierta. El Establecimiento de alta complejidad corresponde al Hospital Base Valdivia, de carácter docente asistencial, y centro de referencia de la provincia. Realiza acciones de nivel secundario y terciario.

No se dispone de Establecimiento acreditado de mediana complejidad, aunque la estructura funcional el Hospital de La Unión contempla las especialidades básicas (Cirugía, Medicina, Obstetricia y Pediatría) y un sistema de atención de urgencia con cargos médicos de 28 horas.

Los Establecimientos de baja complejidad en atención cerrada son 6 Hospitales tipo 4: Lanco, Los Lagos, Paillaco, Corral, Río Bueno y La Unión. Existen, además, 2 hospitales tipo 4 en las comunas de Panguipulli y San José de la Mariquina que pertenecen a comunidades religiosas y que mantienen convenio con el Servicio de Salud.

En atención abierta urbana se dispone de 4 Consultorios Adosados a Hospitales: Lanco, Los Lagos, Corral y Río Bueno, y 5 consultorios independientes: Paillaco, Dr. Alfredo Gantz de La Unión (administración municipal) y los consultorios Externo (dependiente), Gil de Castro, Las Animas, Niebla y Angachilla de Valdivia.

La atención abierta rural está representada por 8 consultorios rurales de administración municipal en las comunas de San José, Lanco (Consultorio Malalhue), Panguipulli (Consultorio Panguipulli, Choshuenco, Coñaripe), Lago Ranco, Máfil y Futrono.

⁵⁵ www.ssv.cl/

Las postas de salud, 61 en total, se distribuyen en todas las comunas, excepto Lanco. El número de postas en cada comuna es variable según la accesibilidad, superficie y densidad poblacional, correspondiendo el mayor número de postas a La Unión (8), San José (8), Río Bueno (7) y Panguipulli (7).

Las estaciones de salud son estructuras de carácter funcional que acercan la atención de salud a la comunidad, desconcentrando los establecimientos y favoreciendo el nivel de desarrollo al interior de cada comunidad, realizan acciones de promoción, fomento y prevención de salud en establecimientos aportados por la comunidad, generalmente sedes sociales.

Además de la red de Establecimientos del Servicio de Salud, se cuenta con otros centros de apoyo, principalmente para pacientes de residencia rural que requieren tratamiento ambulatorio, sin necesidad de hospitalización. Existe el sistema de colocación intrafamiliar en el programa infantil, el hogar oncológico en la comuna de Valdivia y hogares de la madre campesina en las comunas de Valdivia, San José, Lanco, Panguipulli (2), Paillaco, Los Lagos y Lago Ranco. Estos hogares reciben apoyo de la comunidad a través del voluntariado.

6.9.1 Funcionamiento de la Red de Urgencia del SSV⁵⁶

Respecto a la productividad de la Red de Urgencia, en el Hospital Base de Valdivia se prestaron 118.693 atenciones, lo que equivale a 0,33 atenciones por habitante en general y 1,29 atenciones por beneficiario (población beneficiaria de 92.347 habitantes).

La atención de urgencia en los consultorios de Atención Primaria a la población beneficiaria es bastante marginal, siendo inferior a 100 consultas anuales en siete de los Establecimientos siendo significativa en los establecimientos que al año 2003 contaban con un sistema de Atención primaria de Urgencia (SAPU). Así, el consultorio Gil de Castro presentaba un índice de 0,37 atenciones /paciente inscrito, Futrono 0,17 atenciones /hab, Lago Ranco 0,11 atenciones/hab. y Mafil con 0,2 atenciones /hab .

Respecto a los Hospitales en convenio, el Hospital de Panguipulli presenta el índice de atenciones/hab más alto de los hospitales tipo 4, con 1,97 atenciones de urgencia/hab; mientras que el Hospital Sta. Elisa presenta un índice de 1,38 atenciones/hab.

⁵⁶http://www.svaldivia.cl/planificacion_estراتيجية/taller_02/06_diagnostico_salud_informe_al_21_sept.pdf

Respecto a la estacionalidad de las consultas de urgencia, ésta no existe en el Hospital Base de Valdivia, sí se observa aumento de las atenciones de este tipo en los meses de junio-julio y en octubre en los Hospitales tipo 4 y en establecimientos de APS no SAPU.

6.9.2 Desafíos propuestos para la Red Asistencial SSV

- La reorientación o redireccionamiento de la atención de las consultas en la Unidad de Emergencia del Hospital Base de Valdivia de los usuarios de los establecimientos de la Atención Primaria y de los Hospitales tipo 4 de las comunas.
- La satisfacción de usuarios de la UEH del Hospital Base Valdivia.

Depende de:

- La acogida a su percepción de que las razones que lo motivan a demandar la atención no puede ser pospuesta y
- De los criterios de priorización de la atención y los clínicos del abordaje relacionados con la sintomatología que estos presentan.

7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer el perfil socio-demográfico de los consultantes de la Unidad de Emergencia Hospitalaria Pediátrica del Hospital Base Valdivia, durante el período comprendido entre Octubre 2003 a Octubre 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir el tipo de consultas y la demanda usuaria que debe satisfacer la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Base Valdivia.
- Cuantificar las policonsultas de la Unidad de Emergencia Pediátrica, del Hospital Base Valdivia.
- Describir el Itinerario Terapéutico desarrollado por las madres de los usuarios que consultan a la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Base Valdivia

8. MATERIAL Y METODO

8.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Se desarrolló una investigación de tipo Cualitativo-Cuantitativo, descriptivo de corte transversal en la que se describen y analizan variables según su incidencia en los usuarios de la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Base de Valdivia, además se describe el Itinerario Terapéutico de las madres, como gestoras del cuidado de estos usuarios.

8.2 PLAN DE MUESTREO.

Se utiliza el universo de los usuarios pediátricos de la Unidad de Emergencia del Hospital Base Valdivia que consultan durante Octubre 2003 y Octubre 2004, los que se caracterizaron de acuerdo a las variables pre-establecidas, además fueron delimitadas las policonsultas efectuadas. Para la sección cualitativa se realizaron entrevistas a tres diferentes madres, describiendo así el Itinerario Terapéutico.

Resultó obstaculizante el que la base de datos, sobre la cual se trabajó, no contara con el registro de los diagnósticos de los usuarios, como tampoco de los RUT, lo que imposibilitó delimitar con exactitud el total de personas consultantes de la Unidad de Emergencia Pediátrica del HBV.

8.3 RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Obtenidos a través del análisis de la Base de Datos de la UEH Pediátrica del Hospital Base Valdivia desde Octubre 2003 – Octubre 2004 para caracterizar al usuario y delimitar las policonsultas.
- La caracterización del Itinerario Terapéutico fue obtenida a través de la aplicación de tres entrevistas, que posteriormente fueron analizadas fenomenológicamente, según estándares de investigación de tipo cualitativo.

9. TABLA DE VARIABLES

Generales	Variable Dependiente	Definición Nominal	Definición Operacional			Verificación
<u>Caracterización Socio Demográfica</u>	Sexo	Género al que pertenece el usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 			Base de datos SSV
	Edad	Grupo etáreo al que pertenece el usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Recién Nacido (0-28 días) - Lactante Menor (1 meses- 1 año) - Lactante Mayor (1 -2 años) - Preescolar (2-5 años) - Escolar (6- 11 años) - Adolescente (11-16 años) 			Base de datos SSV
	Procedencia	Localidad en que vive o reside el usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural 			Base de datos SSV
	Previsión	Entidad de Salud a la que se encuentra afiliado el usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Fonasa A - Fonasa B - Fonasa C - Fonasa D - Particulares - Otros 			Base de datos SSV
	Hora consulta	Horario en el que el usuario/a solicita la atención a la Unidad de Emergencias.	<ul style="list-style-type: none"> -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 	<ul style="list-style-type: none"> -9 -10 -11 -12 -13 -14 -15 -16 	<ul style="list-style-type: none"> -17 -18 -19 -20 -21 -22 -23 -24 	Base de datos SSV
	Mes de Consulta	Mes del año en el que el usuario Consulta a la Unidad de Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> - Enero - Febrero - Marzo - Abril - Mayo - Junio 	<ul style="list-style-type: none"> - Julio - Agosto - Septiembre - Octubre - Noviembre - Diciembre 	Base de datos SSV	
	Derivación	Centro o lugar en donde se le otorgará satisfacción a la necesidades que presenta el usuario/a	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio o Unidad de Hospitalizados - CAE - Centros de Atención Primaria - Domicilio 			Base de datos SSV
	Derivación Servicio / Unidad Hospitalaria	Servicio clínico donde ingresa el usuario desde Unidad de Emergencias Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - UCI Pediátrica - Neonatología - Lactantes - Medicina Infantil - Cirugía Infantil - Traumatología Infantil 			Base de datos SSV
	Pertenencia a Centros de atención primaria o de salud familiar	Existencia de Fichas de atención en niveles primarios de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio Externo - Consultorio Gil de Castro - Centro Salud Familiar las Ánimas. - CESFAM Angachilla - CESFAM Niebla. 			Base de datos SSV
	Poli-consultantes	Dicese del usuario que acude a atención médica de Urgencia en más de una oportunidad en el transcurso de un mes.				Base de datos SSV

Tipo de Variable	Variable	Definición Nominal	Definición Operacional	Verificación
Itinerario Terapéutico	Itinerario Terapéutica	Secuencia de actividades que los usuarios o familiares realizan para dar satisfacción a los problemas de salud	Utilización que la familia hace del sistema popular, étnico, occidental, integrativo, espiritual u otro	Entrevista

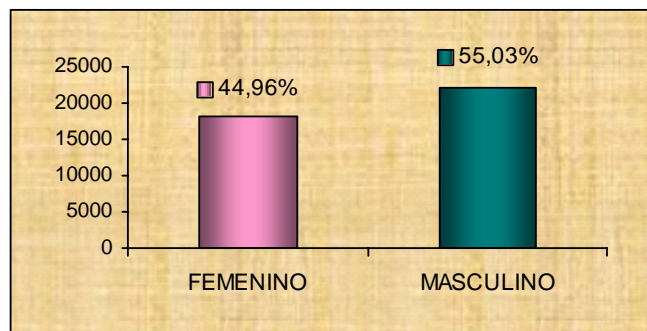
10. RESULTADOS

10.1 Resultados Cuantitativos

10.1.1 Caracterización de Consultas Unidad de Emergencia Pediátrica, Hospital Base de Valdivia, Chile:

Resultados obtenidos de la Base de Datos del Servicio de Salud de Valdivia, consultas pertenecientes en las fechas de Octubre/2003 – Octubre/2004.

Gráfico N°1 : Distribución Numérica y Porcentual de Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Sexo, 2003-2004

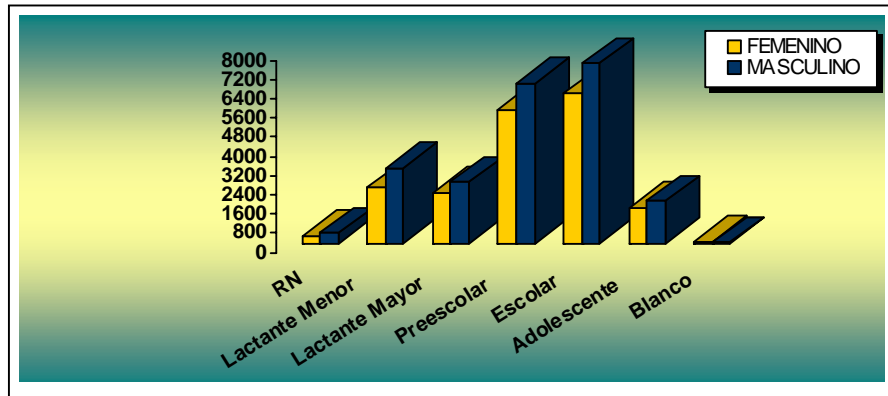


Fuente: base datos SSV

Se rebate, en la grafica anterior, creencias y resultados de múltiples estudios que señalan que las mujeres, en comparación con los hombres utilizan en forma mayoritaria los servicios sanitarios, fenómeno que pudiera tener como justificación su naturaleza reproductiva, diferencias en la percepción de la enfermedad y mayor preocupación por la prevención en comparación con el sexo masculino, sin embargo, dichos resultados se respaldan con los índices poblacionales que demuestran que los hombres representaron un 50,07 % versus un 49,92% para las mujeres en la Provincia de Valdivia.

El mayor numero de consultas para el Sexo Masculino, podría basarse en la teoría que señala que los hombres se enferman cuantitativamente mas que las mujeres, pero que ellas lo hacen con una mayor gravedad, factores que se acentúan en edades extremas, lo que incluiría a la población infantil y de adultos mayores, la primera centro de la presente investigación,. Además considerando que la mujer se preocupa más por la salud y enfermedad, se infiere que estas como madres y/o cuidadoras concurren con sus hijos en forma mayoritaria para el sexo masculino, respaldando nuevamente lo anterior, en contraposición con los fenómenos generados en la población adulta.

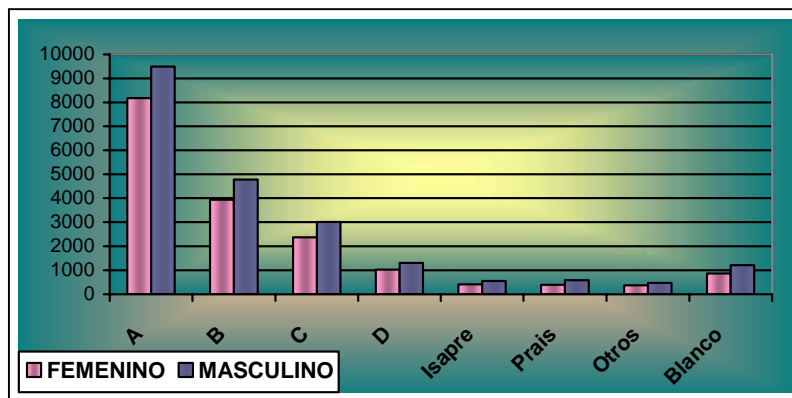
Grafico N°2 : Distribución Numérica de Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Grupo Etáreo, 2003-2004



Fuente: base datos SSV

De acuerdo a lo esperable el mayor número de consultas son generadas por los grupos etáreos de preescolares y escolares, grupos que alcanzan las 25. 976 consultas y que representan el 64,66 % del total, lo que puede deberse a que son los grupos, en los que los niños están expuestos a una mayor cantidad de factores de riesgo biopsicosociales, y además es en donde generan mayor impacto enfermedades, tanto agudas y crónicas, como las de tipo respiratorias. Siendo estos grupos los que generan mayores costos en salud para ambos sexos, de todos modos, el sexo masculino resulta preponderante en todos los grupos anteriormente descritos.

Grafico N°3 : Distribución Numérica de Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Previsión y Sexo, 2003-2004⁵⁷



Fuente: base datos SSV

Según la grafica, los consultantes de la Unidad de Emergencia Pediátrica, pertenecen en un 65,71% a los grupos provisionales de Fonasa A y B. que como es sabido, son quienes gozan de gratuidad en toda la red Asistencial Publica de salud en nuestro País.

⁵⁷ Prais: Programa de reparación xxxx

El alto número de consultas de Urgencias y Emergencias efectuadas por estos grupos, señalan que sus integrantes no perciben la necesidad de readecuar su situación previsional, hecho que podría encontrar explicación en la percepción usuaria de la calidad de atención y resolutivez de los centros de salud de nivel terciario, para sus necesidades más frecuentes.

Sin embargo, se debe considerar, que un alto porcentaje de los niños de nuestra sociedad son hijos de madres mas bien jóvenes e incluso adolescentes las que por su condición, no tienen resuelta su situación laboral ni previsional ya sea porque, se encuentran estudiando, dependiendo de sus padres, recibiendo bajas remuneraciones o simplemente cesantes.

Tabla N° 1: Distribución Numérica, según Procedencia de Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV 2003- 2004

CIUDAD	HABITANTES	CONSULTANTES	CONSULTAS POR HABITANTE (%)
VALDIVIA	140.559	36.702	26,11
FUTRONO	14.981	223	1,48
LA UNION	39.447	210	0,53
LAGO RANCO	10.098	59	0,58
LANCO	15.107	136	0,90
LOS LAGOS	20.168	329	1,63
MARIQUINA	18.223	359	1,97
RIO BUENO	32.627	172	0,52
CORRAL	5.463	107	1,95
PAILLACO	19.237	515	2,67
PANGUIPULLI	33.273	173	0,51
MAFIL	7.213	231	3,20
OTROS	---	928	---
EN BLANCO	---	26	---

Fuente: base datos SSV

Los consultantes de Valdivia corresponden al 26,11% de la población, lo que indica que el tipo de consulta es intencionada e indiscriminada, y revela la problemática que enfrentan las unidades de emergencia, al verse sobredemandadas y sobrecargadas con un número importante de consultas que no pertenecen a este nivel de complejidad

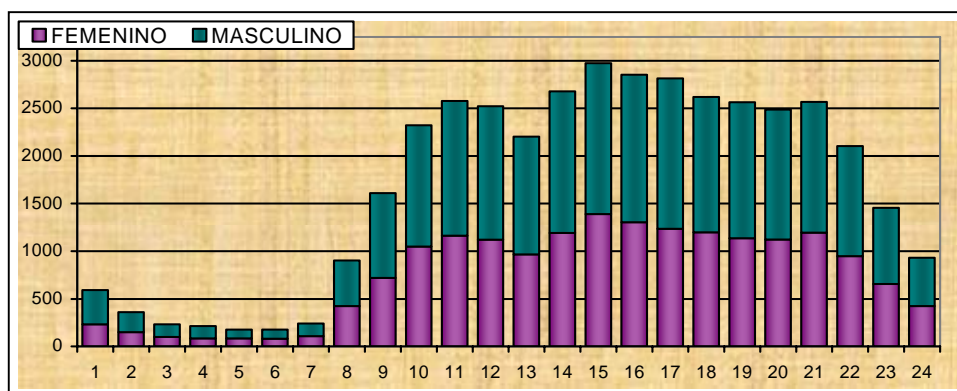
Lo siguen en magnitud las consultas provenientes desde Mafil, con un índice de 3,2% de su población, y de Paillaco con un 2,67%. Las comunas que siguen a Valdivia en magnitud poblacional son las de la Unión y Panguipulli, las que sin embargo son las que

registran el menor número de consultas, ya que son las que poseen centros de salud mejor implementados y de mayor resolutivead, así también, los usuarios provenientes de Panguipulli son quienes enfrentan una menor accesibilidad al centro hospitalario de Valdivia, hecho que podría complementar su baja consulta.

Se destaca además el número de consultas proveniente desde las diferentes, ciudades, comunas y provincias, las que alcanzan un total del 8,63% del total de la Unidad de Emergencia Pediátrica, de las que una cantidad importante debe ser planificada, lo que revela los esfuerzos llevados por múltiples familias, en relación a la movilización de recursos económicos y disponibilidad de los mismos, para enfrentar los gastos derivados de la atención medica, además de poner nuevamente en discusión la percepción de urgencia y emergencia que poseen los integrantes de nuestra sociedad.

Refuerza lo anterior, la escasa implementación con la que cuentan centros de atención primarios principalmente rurales, los que no logran una resolutivead de los problemas de salud que afectan a la población en la que se encuentran insertos, por ejemplo lo que sucede en las comunas de Mafil y Lago Ranco , las que poseen tasas de mortalidad Infantil muy superiores al promedio nacional (7,84‰) y similares a las décadas anteriores en Chile, siendo estas de 32 ‰ y 23‰ respectivamente, revelando las decadentes prestaciones de salud que se generan en estos centros.

Grafico N°4 : Distribución Numérica de Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Hora de Consultas y Sexo, 2003-2004



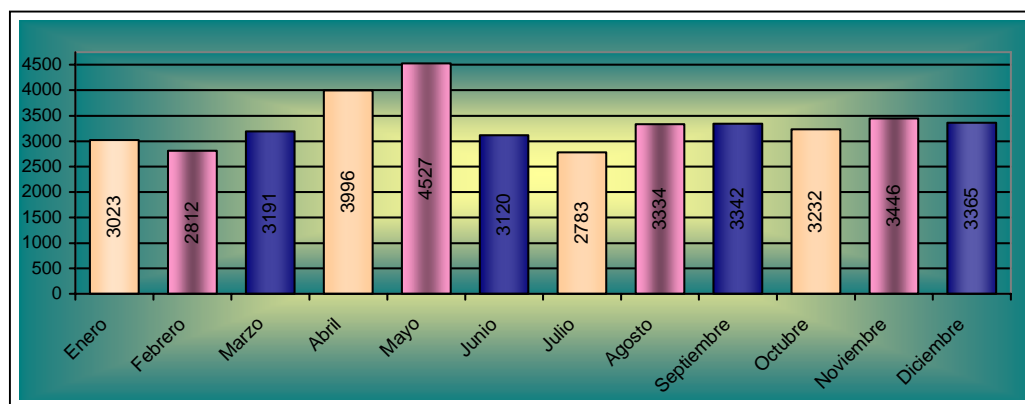
Fuente: base datos SSV

Los Consultantes de la Unidad de Emergencia Pediátrica demandan atención preferentemente durante la jornada diurna, alcanzando un promedio de 6,1 consultas por hora, durante este periodo existiendo un máximo de consultas alrededor de las quince horas , de lo que destaca una disminución importante a las 13 horas, periodo que utilizan muchas familias para almorzar.

Posteriormente al considerar desde la 15:00 horas se demuestra una baja progresiva en el número de atenciones demandadas, hasta mantenerse en un promedio de 1,04 atenciones por hora entre las 0:00 y 7:00 horas. Lo que demuestra sin duda cierta intencionalidad y programación en la consulta de urgencia, brindada por estos usuarios.

Llama la atención el alto número de consultas generados entre las 17:00 y 24:00 horas, periodo en el que prestan simultáneamente atención a la comunidad la Extensión Horaria de la atención de morbilidad de los consultorios de la comuna de Valdivia (17 a 20 horas) los Servicios de Atención Primarios de Urgencia (SAPUS) de 17 a 24 horas

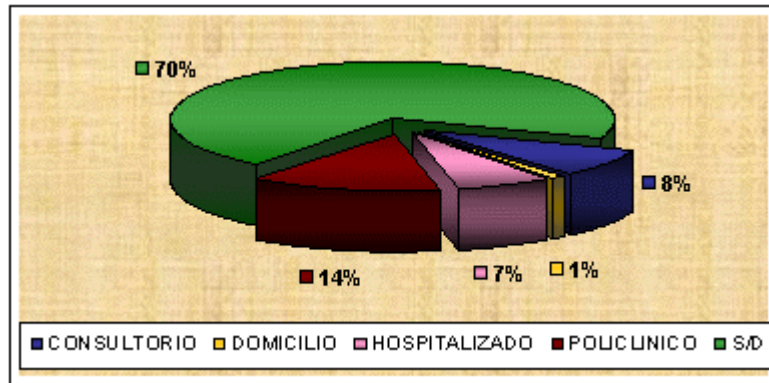
Grafico N°5: Distribución Numérica Consultantes, Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Mes de Consulta, 2003-2004



Fuente: base datos SSV

Las consultas infantiles en la Unidad de Emergencias mantienen cierta estabilidad durante el transcurso del año, solo se observa un predominio durante los meses de Abril y Mayo, lo que podría deberse a patologías de tipo respiratorio que presentan mayor impacto durante los meses de invierno en la población infantil, como también mayores costos para el sistema de salud.

Grafico N°6: Distribución Porcentual de Consultantes Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Derivación, 2003-2004



Fuente: base datos SSV

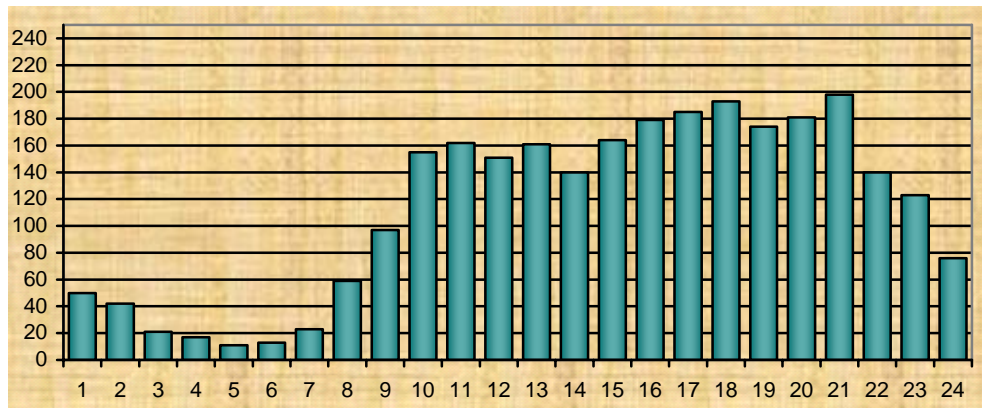
En un 70% de las consultas no existen datos relacionados con la necesidad de controles posteriores a la atención prestada en la Unidad de Emergencia Pediátrica.

Por otra parte, un 14% de las consultas correspondió a niños que presentaban una patología que requería una atención de continuidad, especializada y ambulatoria y un 7% de ellas por su gravedad requirió la hospitalización del (o la) menor.

Por lo anterior es posible deducir que sólo un 21% de consultas era pertinente de ser atendidas en dicha Unidad de Emergencias (Gráfico N°6)

Un factor claramente obstaculizante es el no registro en la base de datos de la Unidad de Emergencia Pediátrica, del diagnóstico de los usuarios y el registro de su derivación lo que produce una distorsión en el análisis de las causas de consultas por patologías según frecuencia y la pertinencia real de la consulta

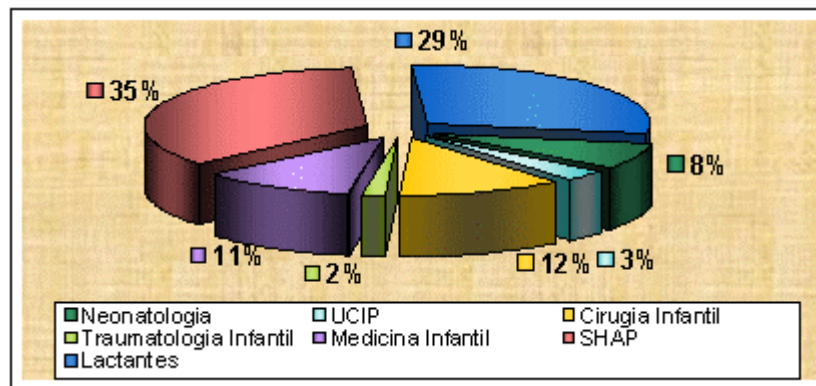
Grafico N°7: Distribución Porcentual de Consultantes Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Hora de Hospitalización, 2003-2004



Fuente: base datos SSV

Lo anterior demuestra que los usuarios que requieren una atención de mayor complejidad 7%, mantienen la misma planificación e intencionalidad en la consulta de Urgencia que aquellos que son enviados a sus domicilios. Reflejando nuevamente que las Unidades de Emergencia funcionan como consultorios privados para la gran mayoría de los usuarios que tienen acceso a esta. La mayor proporción de las hospitalizaciones ocurren a partir de las 16 horas con máximo alrededor de las 21 horas

Grafico N°8: Distribución Porcentual de Pacientes Consultantes Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV. Según Derivación Intra-hospitalaria, 2003-2004



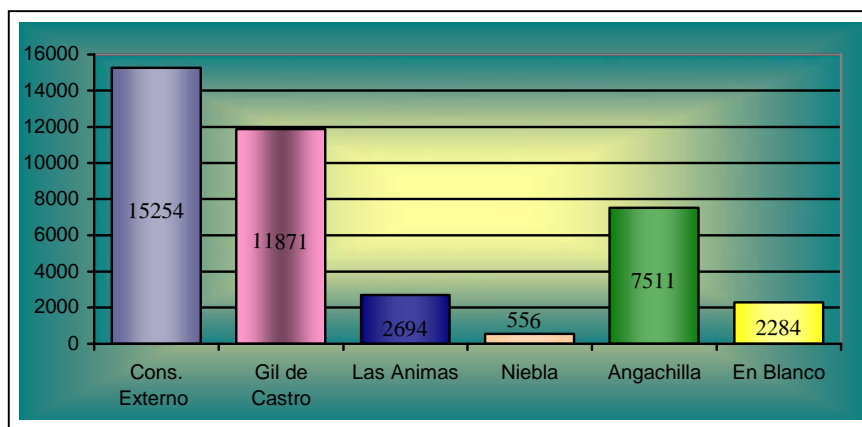
Fuente: base datos SSV

Dentro del grupo de usuarios pediátricos hospitalizados (7%), se demuestra que el principal grupo que alcanza el 35% se derivó a salas de observación pediátrica (SHAP), que constituyen actualmente parte de la misma Unidad de Emergencia Pediátrica, alcanzando un índice ocupacional de 2,69 cama/día, lo que sin duda contribuye a sobrecargar la demanda asistencial en estos centros, lo que puede ocurrir, al no encontrar disponibilidad

de camas en servicios asistenciales a los que corresponden los diferentes usuarios según edad, gravedad y/o patología. Cabe destacar que estas camas, según las nuevas políticas, en un futuro cercano no estarán disponibles, por lo que se debe discutir la redistribución de estos usuarios.

Según frecuencia, destaca la Unidad de Lactantes que alcanza un 29% de hospitalizaciones y que incluye un total de 2932,19 usuarios de este grupo. El alto impacto, se demuestra en el que este grupo es relativamente menor ya que incluye a los usuarios desde el mes hasta los dos años de edad, siendo comparativamente inferior a otros grupos etáreos (Preescolares y Escolares), infiriéndose que estos son pacientes mas bien críticos, presentan mayores factores de riesgo biosociales y probablemente presentan patologías de mayor gravedad y/o dependencia, por lo que requieren mayores cuidados y asistencia en salud, posiblemente generando mayor impacto en los costos y demanda asistencial.

Grafico N° 9: Distribución Numérica según Consultorio o Cesfam de origen, de Pacientes Consultantes Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV, 2003-2004

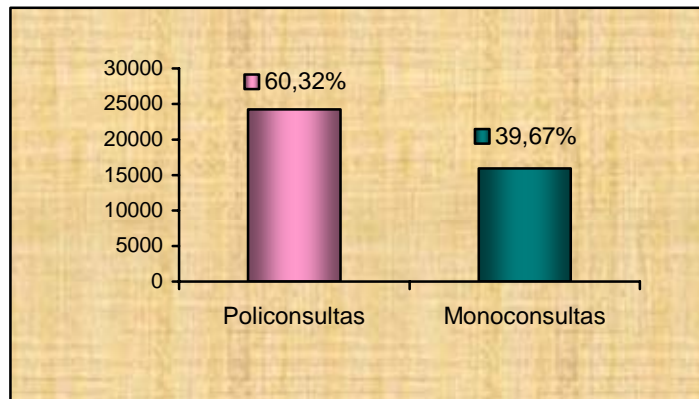


Fuente: base datos SSV

Se observa que el grupo mayoritario pertenece al Consultorio Externo de Valdivia, siguiéndole en magnitud Consultorio Gil de Castro y Angachilla.

Destaca que un total de 21.876 de los consultantes de la Unidad de Emergencia Hospitalaria Pediátrica pertenecen a centros que cuentan con Servicios de Atención Primarios de Urgencias (SAPUS), lo que revela que posiblemente los usuarios aun no se encuentran debidamente informados sobre su capacidad resolutive, además pone en cuestionamiento nuevamente la percepción que tienen los usuarios de los conceptos de urgencia y emergencia, y que recursos movilizar en cada uno de estos eventos.

Grafico N°10: Distribución Porcentual, Usuarios Policonsultantes, Usuarios Unidad de Emergencia Pediátrica, HBV 2003- 2004



Fuente: base datos SSV

Un 60,3% de las consultas (24.233) fue generado por niños (as) policonsultantes. Este hallazgo permiten asumir la existencia del gran impacto socioeconómico generado al sistema de salud por éstos usuarios que se caracterizan por demandar innecesariamente atenciones y prestaciones de alto costo y de gran complejidad por patologías banales entorpeciendo la accesibilidad a una atención médica de urgencia oportuna y expedita de r aquellos usuarios que realmente la requieren

10.2 Resultados Cualitativos de Entrevistas a Madres

Se presenta el análisis ideográfico de las entrevistas realizadas y el contenido de las mismas, así como las reducciones y convergencias, se muestran en el Anexo N°3.

10.2.1 Análisis Ideográfico N° 1

El itinerario terapéutico comienza con medidas tradicionales llevadas cabo en el hogar como la observación de los síntomas y su evolución, como la utilización de fármacos tradicionales. La madre y las mujeres integrantes de la familia, constituyen la primera ayuda médica, reconociendo su basta experiencia en el cuidado de los hijos. Según la percepción de la gravedad de la enfermedad se acude a los centros hospitalarios de mayor complejidad (Unidades de Emergencia Hospitalaria), sin embargo se revela cierta disconformidad con el personal sanitario, debido a que estos comúnmente no consideran los sentimientos y/o percepciones del usuario, lo que motiva nuevas consultas en estos centros, contribuyendo a la recurrencia y sobredemanda de estos centros asistenciales. No se utilizan en el proceso recursos de la medicina alternativa.

10.2.2 Análisis Ideográfico N° 2

La ansiedad y el nerviosismo limitan el accionar y el desarrollo adecuado de los primeros pasos de la carrera del enfermo, seguidos a nivel domiciliario, se percibe dependencia de terceros en la toma de decisiones y en el respaldo de las acciones llevadas a cabo. Independiente de la gravedad percibida, se consulta en las unidades de emergencia, ya que en estas se encuentra solución a los problemas de salud enfermedad y tanto las medidas ejecutadas, como los tratamientos y las indicaciones otorgadas por parte del personal, generan plena confianza y tranquilidad, lo que causa el cumplimiento a cabalidad de las mismas.

No se consulta en los centros de atención primaria, se describe, que son de baja resolutivez, poco efectivos y otorgan una deficiente calidad en la atención.

10.2.3 Análisis Ideográfico N° 3

No se desarrollan claras medidas curativas y/o preventivas a nivel domiciliario, como en todos los casos las mujeres de la familia son quienes constituyen la primera ayuda médica que reciben los niños. Limitan la carrera del enfermo la disponibilidad de recursos económicos, ya que se preferiría la consulta médica privada, pero esta se encuentra fuera del alcance, por lo que se asiste a las unidades de Emergencia, a pesar de que existe cierta

disconformidad de esta, principalmente por las largas esperas, sin embargo se reconoce su alta resolutiveidad en el diagnóstico y tratamiento implementado ante las alteraciones de salud de sus hijos.

Se utilizan los Centros de Atención primaria, para consultas de menor complejidad una vez implementados y desarrollados los respectivos tratamientos indicados en las entidades de nivel terciario.

11. DISCUSION

Los profesionales sanitarios representan en la actualidad un rol estratégico en el proceso de reforma del sector salud, que incluye la creación e implementación de nuevos estilos, tendencias y políticas necesarias para enfrentar con éxito las transiciones sociodemográficas, epidemiológicas e institucionales, cuyos objetivos deben estar centralizados en el paciente/usuario, mejorando progresivamente la calidad de las atenciones otorgadas (Villacencio, C 2005).

El objetivo general del presente estudio es el caracterizar a los usuarios de la Unidad de Emergencia Pediátrica, del Hospital Base Valdivia, describiendo sus características sociodemográficas de mayor significancia, e identificar al grupo de Policonsultantes, como también el Itinerario Terapéutico de los gestores del cuidado de los niños de nuestra comunidad, describiendo y comparando los principales recursos movilizados ante la percepción de la enfermedad

Como metodología se ha utilizado un enfoque mixto de investigación, para enriquecer el estudio otorgando resultados más representativos.

Estos temas no han sido abordados en investigaciones previas, por lo que se espera contribuir a la implementación de un plan de articulación de la Red de Urgencias, que se enmarca en los compromisos de gestión que el MINSAL definió para el año 2006 (Barudi, C 2005), además de otorgar bases conceptuales para el mejoramiento de la administración de los recursos actualmente disponibles en la red asistencial de nuestra sociedad.

Resulta fundamental destacar que un alto grupo de usuarios consulta a los centros de Urgencia de nivel terciario de atención por patologías más bien banales, lo que se demuestra en el estudio en la no derivación de los mismos, es decir reciben atención en estos centros y luego son enviados a sus domicilios, de lo que se infiere que no requieren un seguimiento médico asistencial, grupo que alcanza el 70% del total de consultantes anuales. Lo que pone en discusión nuevamente el concepto que manejan los integrantes de nuestra sociedad, sobre Urgencia y Emergencia, a pesar de las campañas de difusión otorgadas y de la creación en los últimos años de los Centros de Atención Primarios de Urgencias (SAPUS) instaurados con el objeto principal de tratar a este grupo de usuarios y contribuir a descongestionar las unidades de emergencias hospitalarias por causas no pertinentes a este nivel de complejidad, los que aun no han generado un impacto en las comunidades en la que se encuentran inmersos (MINSAL 2005).

Un porcentaje muy bajo de usuarios pediátricos consultantes es hospitalizado (7%) y probablemente es el grupo que genera un tipo de consulta pertinente a este nivel de complejidad, ya que requieren inicio de tratamientos médicos y evaluación continua, y los o derivados a nivel secundario de atención (14%) usuarios que a través de la consulta de urgencia alcanzan una evaluación por especialista expedita. Ambos grupos concentran constituyen las patologías pertinentes de ser atendidas en esa Unidad Asistencial.

En nuestro sistema no se logra aún que los usuarios consulten por patologías no complejas en los centros de atención primaria, a los cuales se encuentran adscritos lo que contribuye a que continúe la problemática de la consulta no atingente y sobrecarga asistencial de las Unidades de Emergencias ya que por lo general el consultante no reconoce la resolutivez del nivel primario de Atención y por ende continua así el uso poco eficiente de la red sanitaria en nuestro país (Castro, V 1992)

Dentro de los resultados se demuestra la existencia de un importante grupo denominado Policonsultante, el cual según lo definido por el MINSAL, es integrado por personas que acuden a atención médica de urgencia en más de una oportunidad al mes, consulta que generalmente se debe a patologías banales o sicosomáticas, y además tienen mala adherencia a los tratamientos preventivos y curativos. (Mechanic, 1995), sin embargo, los resultados cualitativos señalan que los usuarios en general cumplen a cabalidad las indicaciones brindadas en las Unidades de Emergencia, y que el motivo de la recurrencia se basa principalmente en la percepción de una deficiente calidad de atención.

El grupo Monoconsultantes en la Unidad de Emergencia Pediátrica del HBV, son 15938 representando el 39,67% del total de las consultas. Dada las características de la base de datos, no es posible saber la cantidad de pacientes que se encuentra detrás de las policonsultas.

Sin embargo el grupo definido como Policonsultantes se caracteriza por estar constituido por usuarios que demandan una amplia infraestructura, como recursos humanos e insumos, entorpeciendo la accesibilidad a una atención médica de urgencia oportuna y de calidad por aquellos usuarios que realmente requieren de esta.

La problemática en los servicios de emergencias continúa a pesar de la creación e implementación de los centros de atención primarios de urgencias (SAPUS) durante los últimos años. Estos se caracterizan por estar inmersos en las comunidades y según el MINSAL (2005) su gestión de calidad significaría descongestionar los Servicios de Emergencia Hospitalarios con la atención de las patologías banales, reducir las horas de espera a nivel terciario y aumentar la cobertura con las atenciones posteriores al horario de atención de los consultorios primarios. El logro de estos objetivos no se demuestra en los resultados de esta investigación porque 70% de las consultas se refieren a domicilio y sólo

el 7% se hospitaliza. Por otro lado, el análisis ideográfico muestra el aprecio por la resolutivez que es percibido por la población en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

El nuevo modelo de salud incluye la atención en red, las que deben aportar a la equidad del sistema, teniendo para esto sus misiones claras y específicas para cada nivel de complejidad, como para los usuarios, (Torres M^a C, 2005), con lo que se contribuirá a elevar los niveles de eficiencia en la utilización de los recursos del sistema de urgencias chileno, sin embargo, para su éxito es necesario implementar adecuados canales de difusión y comunicación tanto entre sus integrantes como para las comunidades en las que se encuentran sus plantas físicas mas representativa, factores aun deficientes.

La gestión de calidad para los Servicios de Emergencias según el MINSAL (2005) deben propender a la atención de emergencias de gran complejidad, asistencia a especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, la estabilización de pacientes y acceder a una hospitalización para iniciar el tratamiento que el usuario requiera.

Para lograr estos objetivos prescritos, es necesario que los profesionales de los centros de atención de emergencia se centren en el sistema de categorización de usuarios “Triage” el que permite clasificar a los diversos usuarios según la gravedad y/o complejidad de su consulta, otorgando la seguridad de que los recursos y asistencia profesional estará centralizada en aquellos usuarios que cumplan con estos factores, evitando así el desgaste para quienes no requieren de esta. Esta categorización es desconocida por los consultantes.

Lo anterior debe complementarse con intervenciones biopsicosociales, es decir que trate con visión holística a los diferentes usuarios, profundizando sobre aquellos que causan los problemas ya descritos en el presente estudio. De modo de generar un cambio de conducta y actitud, lo que se logrará con la aplicación de estas herramientas además de su complemento con la educación, información y difusión de la nuevas políticas en salud para lo cual resulta fundamental el estudiar a cabalidad a la población que rodea a una determinada institución de salud, con el objeto de conocer cuales son sus motivaciones, necesidades, conductas más frecuentes y expectativas del sistema de salud vigente en Chile.

La equivocación mas frecuente de los usuarios de la red de urgencias es el pensar que sus enfermedades son graves y por lo tanto requieren una atención de salud en centros de alta complejidad, (Osterweis, Kleinman, Mechanic, 1987), lo cual se enmarca en un tema profundo, en el que se interrelacionan múltiples fenómenos culturales, familiares, socioeconómicos, creencias, costumbres, entre otros, que se relacionan con la carrera del Enfermo o Itinerario Terapéutico y que gatillan las acciones de las personas al percibir una alteración en su estado de salud, como las decisiones que estas adoptan durante este proceso (Kleinman A, Psordas T,1996).

Al considerar el itinerario terapéutico del niño, lógicamente la madre y/o su cuidador son quienes movilizan los recursos que se encuentran disponibles en su sistema para dar solución a las alteraciones del estado de salud de sus hijos (Vidal-Herrera, 1999) además son quienes constituyen el primer recurso en el desenlace de la carrera del enfermo, y la primera ayuda en salud, por lo cual la sección cualitativa del estudio esta centrado en estas.

Según los resultados encontrados señalan que las principales motivaciones para consultar en la unidades de emergencia, se centran en la seguridad que estas ofrecen a los usuarios por su alta resolutiveidad y por la presencia de especialistas de prestigio y experiencia y por la gran disponibilidad de fármacos, que genera la confianza en el que estos centros se encontrara solución y tratamiento adecuado al problema de salud de sus hijos, sea cual sea, a pesar de las largas esperas y a veces difícil acceso a estos centros, afirmándose lo descrito en estudios anteriores (Flores C, 2003)

Lo anterior no impide que en el domicilio y a nivel comunitario se desarrollen las primeras acciones constituyentes de la carrera del enfermo, sin embargo todos los casos independientes de la gravedad de la enfermedad y de los recursos disponibles y aplicados, se termina consultando en las unidades de emergencias de mayor complejidad a la que se tenga acceso.

Sin embargo, resulta controversial para las madres conjugar las explicaciones médicas empleando sus propios modelos de salud-enfermedad. Se constata que las madres en determinadas oportunidades ocultan al personal que las atiende, sus ideas respecto del diagnóstico y tratamiento adecuado para sus hijos y, en algunos casos, no siguieron los tratamientos médicos indicados en la consulta, tanto porque no coincidía con su propio diagnóstico, como porque los considera inapropiado para su hijo. Estas actitudes las explican con la percepción de que el personal de salud no respeta sus creencias, valores culturales y conocimientos generacionales en salud.

Los resultados encontrados generan fundamentos para incorporar una visión más holística en la atención de los consultantes a los servicios de urgencia, que promueva el autocuidado familiar, la valoración de la atención primaria y el abordaje promocional preventivo en el tratamiento de las patologías.

12. CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados cuantitativos obtenidos a través de esta investigación de Usuarios de la Unidad de Emergencia Hospitalaria Pediátrica, del Hospital Base Valdivia, podemos concluir que:

Los usuarios pediátricos de la UEH del HBV:

- Realizaron durante el periodo estudiado un total de 40,170 consultas
- La mayor proporción pertenecían al sexo masculino (55,03%).
- En su mayoría corresponden a los grupos etareos de preescolares y escolares (64,66%).
- Pertenecen principalmente a los grupos previsionales de FONASA A y B (65,71%).
- El 91,36% de los usuarios son residentes de Valdivia
- No existió estacionalidad en la demanda de atención de estos pacientes durante los meses del año, pero la consulta es realizada preferentemente durante la jornada diurna (9:00-22:00 Hrs.)
- Consultan principalmente por patologías de baja complejidad, evidenciado por el alto grupo que no recibe derivación (70%).
- El 54,45% de los usuarios, se encuentra inscrito en Consultorios o CESFAM, que cuentan con Centros de Atención Primarios de Urgencias (SAPUS)
- El 35% de los usuarios que requieren ingreso hospitalario, son hospitalizados en salas SHAP, las que forman parte de la misma Unidad de Emergencias.
-

- El estudio revela que las policonsultas, demandan el 60,32% del total de consultas anuales generadas en la Unidad de Emergencia Pediátrica, en el periodo estudiado.

- **.Los resultados de la Investigación Cualitativa señalan:**

- La madre y las mujeres de la familia, constituyen la primera ayuda médica que reciben los niños en nuestra sociedad.

- La ansiedad y el nerviosismo al percibir una alteración en el estado de salud de los hijos, limita en un primer momento el accionar, la toma de decisiones y el adecuado desarrollo del itinerario terapéutico a nivel domiciliario.

- Son implementadas, ante la percepción de la enfermedad, en primera instancia, recursos inespecíficos y tradicionales, como la observación de la evolución de los síntomas, aplicación de medidas físicas no invasivas y la administración de medicamentos de uso genérico, cuyos efectos son socialmente conocidos.

- No se utilizan elementos de la medicina alternativa y/o espiritual

- No son utilizados los centros ni prestaciones de tipo privados, si bien se reconoce su resolutivez, se encuentra fuera del alcance económico.

- En todos los casos, se consulta a las Unidades de Emergencia Hospitalaria, (nivel terciario), independiente de la percepción de la gravedad de la enfermedad de sus hijos, se reconoce y prefiere por la resolutivez de estos centros, a pesar de sus falencias existentes.

- En general fueron cumplidas a cabalidad las indicaciones y los tratamientos prescritos en las Unidades de Emergencias Hospitalaria.

- Se destaca, que el personal asistencial no considera las percepciones, sentimientos y opiniones de las madres en relación a las alteraciones en el estado de salud de sus hijos, lo que provoca descontento y genera motivo para la realización de una nueva consulta en el mismo recinto hospitalario.

- No son utilizados, ni reconocidos en el proceso lo centros de atención primarios de urgencia (SAPUS) solo se asiste a control en consultorio o Cesfam correspondiente, en los casos en los que se indica a nivel hospitalario.

13. BIBLIOGRAFIA

- Castro, Viviana; Manríquez, M. Teresa and Possel, Leonora. Del Enfoque Asistencial a una Aproximación de Género en Atención Primaria de Salud. Artículo presentado en el Congreso de Mujer y Salud Mental, Santiago, Junio, 1992.
- Castro, Viviana. Grupos de Mujeres: Una Estrategia Distinta de Abordaje de la Consulta Recurrente en los Consultorios de Atención Primaria.
- Florenzano, Ramón la. Frecuencia de Síntomas Emocionales en la Atención de Salud: su Diagnóstico y Manejo por parte de los Médicos Generales. En Corporación de Promoción Universitaria (CPU). Serie Documentos de Trabajo, No. 48, Septiembre, 1992.
- J, Pérula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Med Clin (Barc) 1992; 99:743-746.
- Alonso M, Hernández R, Del Busto F, Cueto A Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. Rev San Hig Pub 1993; 67: 39-45.
- Camp J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales [editorial]. Med Clin (Barc) 1988; 91: 1: 779-782.
- Camp J. Caos en los servicios de urgencias.¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables?[editorial]. Med Clin (Barc) 1991; 96: 132-134.
- Elola FJ. La evaluación de la Reforma Sanitaria, una base necesaria para reformas futuras. Rev San Hig Pub 1991; 65: 287-297.
- Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (Serie de Estadísticas y Documentos de Trabajo). Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1987.
- Capell Font S. Análisis de las visitas repetidas en los servicios de urgencias hospitalarios [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ignasi Bolíbara, Xavier Balanzó, Antonia Armada, Josep L. Fernández, Goncal Foze, Elisa Sanz y Merce de la Torre “El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios.
- MINSAL (1999) Guía de planificación y diseño de unidades de emergencia hospitalaria.

- Pezo, M. (1998) La salud restituida, tesis de Magíster en Arquitectura, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Albala C, Vio F: La transición epidemiológica en Chile. Rev Méd Chile 1993; 121: 1446-55.
- Viel B, Campos W: La experiencia chilena de mortalidad materna e infantil, 1940-1985. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar.
- Meneguello J, Rosselot E, Mardones RF: Rol de la Pediatría Clínica y Social en los Avances de Salud del Niño y la Familia, Chile 1900-1995. Pediatría al Día 1995; 11: 223-31.
- Rosselot E, Meneguello J: Salud de la familia y paternidad responsable, la experiencia de Chile, 1965-1988. Rev Méd Chile 1990; 118: 330-38.
- Marco Teórico: Evolución de la mortalidad infantil en Chile: períodos 1940-1960 y 1961-1980. Archivos Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Mardones RF: Salud Materno-Infantil. Últimos 30 años. Evolución de la atención médica. En: Medicina Infantil. Tomo I, Editorial Winter y Puentes, 1991.
- Illanes MA. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973. Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- Armijo R, Monreal T: Epidemiología del aborto provocado en Santiago. Rev Méd Chile, 1964.
- Anuario de Mortalidad 1999, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), División de Salud de las Personas, Ministerio de Salud, Chile, 2001.
- Anuario de Demografía: Instituto Nacional de Estadísticas, edición 1998.
- Vargas N: Mortalidad infantil en Chile, 1994. Rev Chile Pediatría 1996; 67: 6-9.
- Jiles X: De la miel a los implantes: historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. CORSAPS, 1992.
- Balance de seis años de políticas sociales, 1990-1996. Ministerio de Planificación y Cooperación. MIDEPLAN, 1996.
- Hollstein D, Vega J, Carvajal Y: Desigualdades sociales y salud. Nivel Socioeconómico y Mortalidad Infantil en Chile: 1985-1995. Rev Méd Chile 1998; 126: 333-40.
- Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Departamento de Epidemiología. División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Chile 2002.

- Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. Ministerio de Salud, 1997.
- Szot J, Moreno C: La Salud de la Madre y el Niño en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y en Chile: una Visión del Período 1980-1998. Rev Chil Obstet Ginecol 2001; 66: 119-23.
- Uribe, C. 2006 “Servicio atención primario de urgencias y su influencia en la existencia de pacientes policonsultantes. Unidad de emergencia hospital clínico regional valdivia”. Tesis, Licenciatura en Enfermería, Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. 80p.
- Flores C. 2003. “Principales Factores que Motivan la Consulta a la Unidad de Emergencia de Pacientes Adultos con Patologías que no Corresponden a esta Unidad”. Tesis, Licenciatura en Enfermería, Valdivia, Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. 50p.
- Barudi, C. 2005 Articulación Red Urgencia Hospital Clínico Regional Valdivia, Servicio Salud Valdivia.
- Villacencio, C 2005. Subsecretaría de Salud Pública. “Reforma de Salud”. Santiago, Chile.
- Rosas, C. 2002. Apuntes Modelo de Necesidades humanas de Astorquiza. Asignatura Enfa 132
- Marriner - Tomey. 1994. Modelos y Teorías en Enfermería; Tercera Edición, Mosby/ Doyma Libros. España.
- <http://www.diariomedico.com>
- <http://www.ine.cl>
- <http://munivaldivia.cl/> Fecha de consultas: lunes 24 de abril del 2006.
- http://ine.cl/ine/canales/chile/estadística/demografía_y_vitales/demografía/demografía/.
- <http://regiondeloslagos.cl/noticias>.
- <http://www.Minsal.cl>. (Ministerio de Salud – Chile).
- <http://www.ssv.cl/> .
- http://www.ssvvaldivia.cl/planificacion_estrategica/taller_02/06_diagnostico_salud_informe_al_21_sept.pdf.

- http://deis.minsal.cl/deis/pob_censo2002.htm.
- <http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/cuarto/mec246gh/Lectura2.doc>.
- <http://www.cybertesis.uach.cl/>.
- http://www.uach.cl/organizacion/centro_salud_uach/.

14. ANEXOS

ANEXO N°1

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

“CARACTERIZACION USUARIOS PEDIATRICOS UNIDAD DE EMERGENCIA
HOSPITALARIA, HOSPITAL BASE VALDIVIA
2003-2004”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se encuentran realizando Tesis de la Universidad Austral de Chile.

Al participar de este estudio, tengo presente que debo contestar con sinceridad una entrevista en profundidad, como también los siguientes aspectos:

- Yo entiendo de que esto no implica un riesgo ni para mí, ni mi familia.
- Al participar en el estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en mi domicilio.
- Mi participación es totalmente voluntaria, por lo que puedo negarme a responder alguna pregunta y retirarme de este estudio cuando lo desee.
- He podido hacer las preguntas y he aclarado todas mis dudas acerca de las razones de este estudio.
- Mis respuestas podrían ser grabadas, serán completamente Anónimas, por lo que puedo dar libremente mi opinión o negarme a contestar algunas preguntas.
- Los datos son confidenciales y los resultados pueden ser publicados.
- Los posibles beneficios que obtendré serán una mayor información tanto para mí, como para mi familia.
- Mi participación, es de gran ayuda para mi sociedad y para lograr un mejor funcionamiento de las instituciones de Salud.
- Si tengo alguna duda o consulta puedo dirigirme a la Srta. Marcela Sirguiado Davis, Tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile cuyo fono es 086144390.

YO _____
Nombres Apellidos

DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO.

Firma _____

Fecha: ___/___/_____

ESTUDIO CUALITATIVO

PREGUNTA ORIENTADORA: ¿QUÉ MEDIDAS O RECURSOS UD. LLEVA A CABO CUANDO IDENTIFICA QUE SU(S) HIJO/A ESTA O SE SIENTE ENFERMO/A?

DISCURSO N°1

Ehhh bueno... cuando ,mi hijo se enferma, lo primero que hago es observar como se siente, le controlo la temperatura, por ejemplo toda una tarde, le doy comidas livianitas y si sigue enfermo...ehhh, al otro día enseguida lo llevo a médico (1), pero siempre al principio lo controlo yo(2), porque puede ser una fiebre pasajera, por decirlo de alguna forma, ah! bueno y cuando está así le doy un paracetamol si la fiebre esta muy alta pa` que le baje (3)... bueno de todas maneras siempre me ayudan en todo esto, los abuelos, o sea mis papas... en no se po´, en que me digan llévalo luego a médico mejor, no lo dejes tanto rato acá en la casa (4)... se te va a agravar el niño, ahí yo les hago caso po´... lo llevo a médico altiro porque igual ellos, bueno sobretodo mi mamá, sabe harto po´, si nos cuida a todos que éramos como siete hermanos....(5)

Ehhhhh, bueno y si yo creo que ya se trata de algo muy grave por ejemplo que le duela muy fuerte la guatita o que le cueste mucho respirar, o que le siga la fiebre muy alta, no se po´, treinta ocho, treinta y nueve o cuarenta a veces de temperatura y que no le baje, ahí me asusto y yo lo llevo inmediatamente a médico a la urgencia(6) y a veces cuando creo, que no se po´, ehhh algo puede esperar lo traigo acá al consultorio...

Bueno ahhhhhh, también yo nunca he ocupado, no se po´ esas cosas medias raras, no se po´ como el mal de ojo, o la calista... no nunca, nunca, nada,(7) solamente a médico. Porque igual me da no se que... como susto, siempre a médico no mas, mas a la segura además ellos tan pa eso po´...(8)

Bueno lo que me da como no se qué si, es que no se po´, por ejemplo, lo malo que digo yo que tiene el médico que nunca a una la pezcan po´ por ejemplo no se po´, ay en veces que una como que cacha mas o menos lo que el hijo de una puede tener, porque una mal que mal es su mamá po´,(9) no será médico una, pero es su mamá y una con eso conoce bien a su hijo po´ y a veces una le dice lo que piensa que puede ser, no se po´, por ejemplo una enfermedad al estómago y ellos como que te retan y te dicen que ellos ahí van a ver, que cosa es en verdad y siempre lo que una le dice esta mal(10)...por eso yo a veces no le digo nada de lo que hice o si le dí algo antes y mejor altiro lo llevo mejor a la guardia porque ahí... bueno... igual son así, pero no sé po´ se les nota menos....(11)

Bueno igual después, a veces cuando mi hijo no se mejora a pesar de los remedios que le dan ahí en el hospital, no se po´ me da como susto y a veces lo llevo otra vez a médico(12), al hospital o de repente al consultorio, porque me empiezo a poner como nerviosa ... como no se empieza a mejorar, así que ahí busco otra opinión de otro médico(13) ... bueno en todo caso a una como mamá siempre le da miedo y susto... siempre una piensa, no se po´ que, que es algo como medio complicado o que se puede agravar en cualquier momento, así que siempre me mantengo observando a mi hijo(14)... una siempre esta como a la defensiva cuando pasan estas cosas.... si la salud de un hijo es lo mas importante...

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
1. Lo primero que hago es observar como se siente, le controlo la temperatura, por ejemplo toda una tarde, le doy comidas livianitas y si sigue enfermo...ehhh, al otro día enseguida lo llevo a médico.	1. Lo primero es observar como se siente, controlo la temperatura, le doy comidas livianitas y si sigue enfermo, lo llevo al médico
2. Siempre al principio lo controlo yo	2. Siempre primero lo controlo
3. Puede ser una fiebre pasajera, por decirlo de alguna forma, ah! bueno y cuando está así le doy un paracetamol si la fiebre esta muy alta pa` que le baje	3. Puede ser una fiebre pasajera, cuando es así le doy paracetamol.
4. Siempre me ayudan en todo esto, los abuelos, o sea mis papas... en no se po´, en que me digan llévalo luego a medico mejor, no lo dejes tanto rato acá en la casa.	4. me ayudan mis papas.
5. Lo llevo a médico altiro porque igual ellos, bueno sobretodo mi mamá, sabe harto po´, si nos cuidó a todos que éramos como siete hermanos...	5. Los llevo al médico, porque mi mamá me lo recomienda y ella sabe harto.
6. Y si yo creo que ya se trata de algo muy grave por ejemplo que le duela muy fuerte la guatita o que le cueste mucho respirar, o que le siga la fiebre muy alta, no se po´, treinta ocho, treinta y nueve o cuarenta a veces de temperatura y que no le baje, ahí me asusto y yo lo llevo inmediatamente a médico a la urgencia	6. Si se trata de algo muy grave, me asusto y lo llevo inmediatamente a médico a urgencia.
7. Bueno ahhhhhh, también yo nunca he ocupado, no se po´ esas cosas medias raras, no se po´ como el mal de ojo, o la calista... no nunca, nunca, nada, no	7. Nunca he ocupado, mal de ojo, o la calista.
8. Siempre a médico no mas, mas a la segura además ellos tan pa´ eso po´	8. Lo llevo a médico mas a la segura, además tan pa eso po.
9. Lo malo que digo yo que tiene el médico que nunca a una la pezcan po´, por ejemplo no se po´, ay en veces que una como que cacha mas o menos lo que el hijo de una puede tener, porque una mal que mal es su mamá po´	9. El médico a una nunca la pescan. Hay veces que uno cacha más de lo que el hijo puede tener.
10. Ellos como que te retan y te dicen que ellos ahí van a ver, que cosa es en verdad y siempre lo que una le dice esta mal	10. Ellos (médicos) te retan, y siempre lo que uno dice esta mal.
11 Mejor altiro lo llevo mejor a la guardia porque ahí... bueno... igual son así, pero no se po´ se les nota menos....	11. Lo llevo mejor a la guardia.

<p>12. A veces cuando mi hijo no se mejora a pesar de los remedios que le dan ahí en el hospital, no se po´ me da como susto y a veces los llevo otra vez a médico a la guardia.</p>	<p>12. Cuando mi hijo no se mejora, me da susto y la llevo otra vez al médico.</p>
<p>13. Porque me empiezo a poner como nerviosa ... como no se empieza a mejorar, así que ahí busco otra opinión de otro médico</p>	<p>13. Me empiezo a poner nerviosa, si que busco la opinión de otro médico.</p>
<p>14. Siempre una piensa, no se po´ que, que es algo como medio complicado o que se puede agravar en cualquier momento, así que siempre me mantengo observando a mi hijo.</p>	<p>14. Siempre una piensa, que se puede agravar en cualquier momento, así que siempre me mantengo observando a mi hijo.</p>

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>a) Lo primero es observar como se siente, controlo la temperatura, le doy comidas livianitas y si sigue enfermo, lo llevo al médico (1) Siempre primero lo controlo (2) Puede ser una fiebre pasajera, cuando es así le doy paracetamol(3) Si se trata de algo muy grave, me asusto y lo llevo inmediatamente a médico a Urgencia (6), Lo llevo mejor a la guardia.(11) Cuando mi hijo no se mejora, me da susto y lo llevo otra vez a médico (12), Siempre una piensa, que se puede agravar en cualquier momento, así que siempre me mantengo observando a mi hijo (14). Me empiezo a poner nerviosa, si que busco la opinión de otro médico(13) Nunca he ocupado, mal de ojo, o la calista.(7), lo llevo a médico mas a la segura, además tan pa eso po´(8)</p>	<p>La entrevistada realiza las primeras acciones cuando su hijo presenta alguna anomalía, escogiendo métodos universalmente conocidos y no invasivos como la observación y la administración de medicamentos de uso común como paracetamol, por lo tanto la madre constituye el primer eslabón del itinerario terapéutico, siendo además quién decidirá los pasos a seguir de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, acudiendo a asistencia médica inmediata de alta complejidad (centros de urgencias) en los casos en que los métodos llevados a cabo en el domicilio no generen los resultados esperados, posterior a la consulta mantiene la observación y cumple el tratamiento que se le ha otorgado. Si no se encuentra conforme con los resultados busca otra consulta u otro especialista. No se ocupan medios alternativos de Medicina.</p>
<p>b)... me ayudan mis papas (4), Los llevo al medico, porque mi mamá sabe harto (5)</p>	<p>Los Padres influyen en la toma de decisiones de la entrevistada, esta tiene plena confianza debido a la experiencia de estos, en especial de su Madre.</p>
<p>c) El Medico a una nunca la pescan. Hay veces que uno cacha más, mal que mal es su mamá po (9). Ellos (Médicos) te retan, y siempre lo que uno dice esta mal.(10)</p>	<p>Existe la opinión de que los médicos no toman en cuenta las percepciones y/o algunas acciones que se generan a nivel domiciliario, generando disconformidad y a veces resulta motivo para la realización de nuevas consultas médicas.</p>

DISCURSO N°2

En realidad, cuando una... en realidad una no, no hace nada, porque a mi por ejemplo, me da miedo hacer las cosas yo sola, o sea por mi cuenta (1), ehhh no sé... porque ya no me acuerdo de nada, ehhh así que lo traigo al hospital y siempre después sigo bien, paso a paso lo que quiere el médico que haga, lo que el me dice... siempre... del hospital...(2)

Ehhh, es increíble, pero una que no tiene nada que ver con esto y confía tanto en las personas que trabajan que en el hospital, porque no se po´ de repente hay que darle un paracetamol a la guagua, y si me lo da el médico, en las indicciones después que una lo lleva, yo me quedo mas o menos tranquila(3), pero en la casa, no, no, no por ningún motivo, nada, nada, nada, nada...

A ver no se po` supongamos que esta enferma mi hija con fiebre, yo se que si le pongo un supositorio va a bajarle la fiebre, va a estar mejor, yo se que se va a sentir mejor, y todo eso, se que es mejor y todo, pero no se po´ empiezo igual a llamar altiro a mis contactos y si me dicen bien que es lo que tengo que hacer, me quedo muchísimo mas tranquila, pero que de mi salga solita darle algo, no, no, no, nunca...(4)

Bueno igual muchas veces me siento limitada, como mas que nada impotente, porque yo creo que no sé, serán los mismos nervios, o será que la misma familia, no se po´, una a veces tiene miedo de hacer cosas en la casa solita que después salgan mal (5), pero no se po´, cuando lo llevo a médico una tiene tanta seguridad, es que no se en que irá, no se, cuando una ya va al hospital, ya no se po´, como que tiene la seguridad de que uno entra y la mejoran altiro solo por estar ahí... por el simple hecho de estar ahí no mas, a mi me da tanta seguridad...(6)

Bueno igual hago algunas cosas en mi casa por ejemplo si esta con fiebre mi hijo, le hago, o sea le pongo compresas frías, y le doy primero no se po´ tesitos que son muy buenos, o cositas naturales como hierbas, harta agüita, no sé a mi igual no me gusta dar mucho remedio como drogas y esas cuestiones(7) a si que yo siempre en esa parte siempre, siempre me voy por lo mas natural, por las agüitas, como decía, bueno así primero lo natural y si después ya no pasa la enfermedad, lo traigo a la guardia del hospital...(8)

Ehhh... así me siento como mas tranquila, mas conforme, porque tengo dos hijos... ehhh, bueno tengo una de catorce años y el otro de ocho y si uno le mira la ficha clínica del hospital... siempre que han venido es por algo que no es grave po´ y eso esta bien... a si es que yo igual creo que le doy los cuidados que ellos necesitan po´ que hay que llevar en la

casa, yo creo que los llevo bien... por eso no se han enfermado de algo grave, que tengan que quedar hospitalizados ni nada parecido, gracias a Dios.(9)

Igual nunca casi los llevo al consultorio(10)... no, no me gusta pa´ na, nunca, nunca los llevo... antes si po´... cuando los llevaba al control de niño sano, cuando tenia que ir a buscar la leche y eso, pero eso ya hace hartoo tiempo ya po... no, no me gusta pa´na, además es siempre... es medio lió llevarlos pa allá, nadie te pezca, tas como cinco horas y después a penas ven a tu guagua, así que ehh, no po, yo prefiero mil veces llevarlo al hospital...(11) porque ahí me voy a la segura po´, es otra cosa po´, a pesar que de repente igual te tienen esperando un montón de rato, pero te atienden mucho mejor, además ahí le ponen los remedios que tu guagua necesita y a veces no mas tenis que comprarlos después po,(12) y ahí una por lo menos ya recupera la plata del colectivo o de la micro po` y eso igual es importante... y además te vay mucho mas tranquila a tu casa po´, de que a tu guagua le hicieron lo que necesitaba po´...(13)

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
1. Una no, no hace nada, porque a mi por ejemplo, me da miedo hacer las cosas yo sola, o sea por mi cuenta	1. Uno no hace nada, me da miedo hacer las cosas por mi cuenta.
2. No me acuerdo de nada, ehhs así que lo traigo al hospital y siempre después sigo bien, paso a paso lo que quiere el médico que haga, lo que el me dice... siempre... del hospital...	2. No me acuerdo de nada, lo traigo al Hospital y sigo paso a paso lo que quiere el médico.
3. Una confía tanto en las personas que trabajan que en el hospital, porque no se po´ de repente hay que darle un paracetamol a la guagua, y si me lo da el médico, en las indicaciones después que una lo lleva, yo me quedo mas o menos tranquila	3. Uno confía en las personas que trabajan en el Hospital, con las indicaciones que a una le dan y quedo mas tranquila.
4. A ver no se po` supongamos que esta enferma mi hija con fiebre, yo se que si le pongo un supositorio va a bajarle la fiebre, va a estar mejor, yo se que se va a sentir mejor, y todo eso, se que es mejor y todo, pero no se po´ empiezo igual a llamar altiro a mis contactos y si me dicen bien que es lo que tengo que hacer, me quedo muchísimo mas tranquila, pero que de mi salga solita darle algo, no, no, no, nunca...	4. Yo se que si le pongo un supositorio va a bajarle la fiebre y se va a sentir mejor, pero empiezo a llamar altiro a mis contactos y si me dicen lo que tengo que hacer me quedo mas tranquila.
5. Bueno igual muchas veces me siento limitada, como mas que nada impotente, porque yo creo que no sé, serán los mismos nervios, o será que la misma familia, no sé po´, una a veces tiene miedo de hacer cosas en la casa solita que después salgan mal	5. Muchas veces me siento limitada, serán los mismos nervios, o será la misma familia, uno tiene miedo a que las cosas salgan mal.
6. Cuando una ya va al hospital, ya no se po´, como que tiene la seguridad de que uno entra y la mejoran altiro solo por estar ahí... por el simple hecho de estar ahí no mas, a mi me da tanta seguridad...	6. Una cuando va al hospital tiene la seguridad de que van a mejorar altiro solo por el hecho de estar ahí.
7. Igual hago algunas cosas en mi casa por ejemplo si esta con fiebre mi hijo, le hago, o sea le pongo compresas frías, y le doy primero no se po´ tesitos que son muy buenos, o cositas naturales como hierbas, harta agüita, no se a mi igual no me gusta dar mucho remedio como drogas y esas cuestiones.	7. Igual hago algunas cosas en mi casa, por ejemplo si esta con fiebre hago compresas frías, le doy tesitos, cositas naturales como hierbas, harta agüita, no me gusta dar drogas o esas cuestiones.
8. Después si no pasa la enfermedad, lo	8. Si no pasa la enfermedad, lo traigo a la

traigo a la guardia del Hospital...	guardia del Hospital.
9. Ehhh... así me siento como mas tranquila, mas conforme, porque tengo dos hijos... ehhh, bueno tengo una de catorce años y el otro de ocho y si uno le mira la ficha clínica del hospital... siempre que han venido es por algo que no es grave po' y eso esta bien... a si es que yo igual creo que le doy los cuidados que ellos necesitan po' que hay que llevar en la casa, yo creo que los llevo bien... por eso no se han enfermado de algo grave, que tengan que quedar hospitalizados ni nada parecido, gracias a Dios.	9. Me siento mas conforme porque igual creo que le doy cuidados que ellos necesitan, yo creo que los llevo bien, por eso no se han enfermado de algo grave que tengan que quedar hospitalizados o algo parecido.
10. Igual nunca casi los llevo al consultorio	10. Nunca los llevo al consultorio
11. Cuando los llevaba al control de niño sano, cuando tenia que ir a buscar la leche y eso, pero eso ya hace harto tiempo ya po... no, no me gusta pa'na, además es siempre... es medio lió llevarlos pa allá, nadie te pezca, tas como cinco horas y después a penas ven a tu guagua, así que ehh, no po', yo prefiero mil veces llevarlo al hospital	11. Cuando los llevaba al control de niño sano no me gustaba pa na, además es medio lió llevarlos pa allá, nadie te pesca, tas como cinco horas, prefiero mil veces llevarlo al hospital.
12. Igual te tienen esperando un montón de rato, pero te atienden mucho mejor, además ahí le ponen los remedios que tu guagua necesita y a veces no mas tenis que comprarlos después po',	12. Te tienen esperando un montón, pero te atienden mucho mejor, además le ponen remedios y a veces hay que comprarlos después.
13. Además te voy mucho mas tranquila a tu casa po', de que a tu guagua le hicieron lo que necesitaba po'...	13. Te vas mucho más tranquila, porque a tu guagua le hicieron lo que necesitaba.

CONVERGENCIAS EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>a). Uno no hace nada, me da miedo hacer las cosas por mi cuenta(1), No me acuerdo de nada, lo traigo al Hospital y sigo paso a paso lo que quiere el médico (2), Yo se que si le pongo un supositorio va a bajarle la fiebre y se va a sentir mejor, pero empiezo a llamar altiro a mis contactos y si me dicen lo que tengo que hacer me quedo mas tranquila, pero de que mi salga solita darle algo, no, no, no, nunca (4), Igual hago algunas cosas en mi casa, por ejemplo si esta con fiebre hago compresas frías, le doy tesitos, cositas naturales como hierbas, harta agüita, no me gusta dar drogas o esas cuestiones.(7), Si no pasa la enfermedad, lo traigo a la guardia del Hospital (8) Muchas veces me siento limitada, serán los mismos nervios, o será la misma familia, uno tiene miedo a que las cosas salgan mal(5)</p>	<p>La madre lleva a cabo medidas no farmacológicas en el hogar, pero se ve limitada o imposibilitada por el nerviosismo y la ansiedad lo que la imposibilita en algunos casos para tomar decisiones propias adecuadas a nivel domiciliario, existe cierta dependencia de terceros ante la percepción de la enfermedad.</p>
<p>b) Uno confía en las personas que trabajan en el Hospital, con las indicaciones que uno lleva quedo más tranquila (3), una cuando va al hospital tiene la seguridad y que mejoran altiro solo por el hecho de estar ahí.(6), Te vas mucho mas tranquila po', que a tu guagua le hicieron lo que necesitaba(13)</p>	<p>Existe plena confianza en la labor que realiza el equipo médico de centros hospitalarios de mayor complejidad, quedando conforme de la atención otorgada.</p>
<p>c) Nunca los llevo al consultorio (10). Cuando los llevaba al control de niño sano no me gustaba pa na, además es medio lió llevarlos pa allá, nadie te pesca, tas como cinco horas, prefiero mil veces llevarlo al hospital.(11) Te tienen esperando un montón, pero te atienden mucho mejor, además le ponen remedios y a veces tenis que comprarlos después.(12)</p>	<p>Existe una disconformidad de la entrevistada sobre la atención primaria por la baja resolutivez al problema que ella presenta, y la alta demanda que tienen estos centros asistenciales, refiere que siente mayor seguridad en Hospital.</p>

DISCURSO 3

Cuando mis hijos se han enfermado, eh, es terrible para mí porque me complica todo, no sé, me pongo nerviosa... me preocupó... eh, no sé que hacer bien, porque una no sabe... no sabe si la cosa es grave o no o si es a veces algo que se puede pasar solo... una no sabe esas cosas, y no sé... yo por ejemplo en mi casa no tengo cosas como para tratar una enfermedad(1)... a si es que casi siempre llamo a mi mamá primero y le cuento lo que le pasa a mi hijo o a mis hijas y ella como que sabe más... pero no me quedo mucho en la casa, ahí yo no hago nada casi y siempre los llevo al hospital no más a la guardia, porque ahí si saben bien lo que les pasa...(2)

Mi mamá igual me ayuda mucho en eso, pero igual es complicado, porque una igual no siempre tiene plata, y las enfermedades y el hospital siempre sale como todo caro... lo mejor sería llevarlos a las consultas de los médicos pero una ahí tiene que pagar como veinte dólares al día y no siempre se puede hacer eso, (3) además después una tiene que comprarles los remedios y a veces la plata no alcanza para eso... pero igual hay que saber lo que tienen y hay que sanarlos de la enfermedad... a si es que mejor, igual no me gusta mucho, pero al hospital no más los llevo al hospital... a la guardia...(4)

Igual no me gusta mucho ir al hospital, (5) pero tengo que ir... porque allá a una la demoran un montón y una ahí está con el niño enfermo y siempre ahí hay otros niños también enfermos y a veces más todavía... entonces también pueden contagiar al tuyo... si una no sabe los bichos que tiene el resto...(6)

Pero igual me da más confianza ir al hospital porque se que allá saben bien lo que le pasa a la gente... si ellos allá trabajan en eso(7), además tienen muchos remedios, les toman exámenes y toda esas cosas... entonces una ahí queda más tranquila... porque ahí le dicen bien que es lo que le pasa a tu hijo, si es grave o no y que cosas hay que hacer después, o sea el tratamiento que hay que seguir después en la casa...(8)

Mis hijos, ninguno de mis hijos ha quedado hospitalizado...(9) Eh, o si! La menor de mis hijas cuando era chica si... tenía como tres meses y se quedó acá porque tenía una diarrea que no se le pasaba con nada... y ahí quedo acá, pero como tres días no más parece...

Bueno al final siempre una hace el sacrificio para terminarle bien el tratamiento que le indica el médico en la guardia (10) y a veces después tengo que llevarlos a la posta a controlarlos cuando ya están mejores, y ahí me dicen que si ya se sanó o tiene que ir a médico en unos días más o tengo que seguir comprándoles remedios(11)....

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCION FENOMENOLOGICA
<p>1. Cuando mis hijos se han enfermado, eh, es terrible para mi porque me complica todo po' no se, me pongo nerviosa... me preocupo... eh, no se que hacer bien, porque una no se... no sabe si la cosa es grave o no o si es a veces algo que se puede pasar solo... una no sabe esas cosas, y no se... yo por ejemplo en mi casa no tengo cosas como para tratar una enfermedad.</p>	<p>1. Cuando mis hijos se han enfermado, es terrible para mi porque me complica todo, me pongo nerviosa, me preocupo, no se que hacer bien, no se si es grave o si puede pasar solo, en mi casa no tengo cosas para tratar la enfermedad.</p>
<p>2. A si es que casi siempre llamo a mi mamá primero y le cuento lo que le pasa a mi hijo o a mis hijas y ella como que sabe mas po'... pero no me quedo mucho en la casa, ahí yo no hago nada casi y siempre los llevo al hospital no mas a la guardia, porque ahí si saben bien lo que les pasa...</p>	<p>2. Casi siempre llamo a mi mamá y le cuento lo que le pasa a mi hijo, pero no me quedo en la casa y siempre los llevo al hospital a la guardia, porque hay saben bien lo que pasa.</p>
<p>3. Pero igual es complicado, porque una igual no siempre tiene plata, y las enfermedades y el hospital siempre sale como todo caro po', lo mejor seria llevarlos a las consultas de los médicos pero una ahí tiene que pagar como veinte lucas al hospital y no siempre se puede hacer eso.</p>	<p>3. Es complicado porque una no tiene plata y el hospital siempre sale, lo mejor es llevarlos a la consulta de los Médicos, pero hay uno tiene que pagar y no siempre puede hacer eso.</p>
<p>4. Una tiene que comprarles los remedios y a veces la plata no alcanza para eso po', pero igual hay que saber lo que tienen y hay que sanarlos de la enfermedad... a si es que mejor, igual no me gusta mucho, pero al hospital no mas los llevo al hospital... a la guardia</p>	<p>4. Una tiene que comprar los remedios y la plata no alcanza para eso, pero igual hay que saber lo que tienen, no me gusta mucho, pero al hospital los llevo al Hospital.</p>
<p>5. Igual no me gusta mucho ir al hospital</p>	<p>5. No me gusta ir al hospital</p>
<p>6. pero tengo que ir po', porque allá a una la demoran un montón y una ahí esta con el niño enfermo y siempre ahí hay otros niños también enfermos y a veces mas todavía... entonces también pueden contagiar al tuyo po' si una no sabe los bichos que tiene el resto po'</p>	<p>6. Allá a una la demoran y esta con el niño enfermo con otros niños enfermos pudiendo contagiar al tuyo.</p>
<p>7. Pero igual me da mas confianza ir al hospital porque se que allá saben bien lo que le pasa a la gente po' si ellos allá trabajan en eso</p>	<p>7. Me da mas confianza ir al hospital porque saben bien lo que le pasa a la gente.</p>
<p>8. Tienen hartos remedios, les toman exámenes y todas esas cosas... entonces una ahí queda mas tranquila po', porque ahí</p>	<p>8. Tienen remedios, les toman exámenes y esas cosas, una queda mas tranquila, le dicen bien lo que le pasa a tu hijo y el</p>

le dicen bien que es lo que le pasa a tu hijo, si es grave o no y que cosas hay que hacer después, o sea el tratamiento que hay que seguir después en la casa...	tratamiento que hay que seguir después.
9. Ninguno de mis hijos ha quedado hospitalizado...	.9 Ninguno de mis hijos ha quedado hospitalizado.
10. Una hace el sacrificio para terminarle bien el tratamiento que le indica el médico en la guardia...	10. Una se sacrifica para terminarle bien el tratamiento que el médico indica.
11. Después tengo que llevarlos a la posta a controlarlos cuando ya están mejores, y ahí me dicen que si ya se sanó o tiene que ir a médico en unos días mas o tengo que seguir comprándoles remedios	11. Después tengo que llevarlos a control y hay me dicen que si sanó o tiene que volver unos días mas, o tengo que seguir comprando remedios.

CONVERGENCIA EN EL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>a) Cuando mis hijos se han enfermado, es terrible para mi porque me complica todo, me pongo nerviosa, me preocupo, no se que hacer bien, no se si es grave o si puede pasar solo, en mi casa no tengo cosas para tratar la enfermedad (1) . Casi siempre llamo a mi mama y le cuento lo que le pasa a mi hijo, pero no me quedo en la casa y siempre los llevo al tiro a la guardia, porque hay saben bien lo que pasa (2)</p>	<p>La enfermedad de los hijos siempre causa incertidumbre y stress, lo que puede limitar las acciones a desarrollar en primera instancia en la carrera del enfermo, siempre la madre y las mujeres de la familia constituyen la primera ayuda médica, pero finalmente siempre se acude a centros de Urgencias, de alta complejidad.</p>
<p>b) Es complicado porque una no tiene plata y el hospital sale todo caro, lo mejor es llevarlos a la consulta de los Médicos, pero hay uno tiene que pagar como veinte lucas. Y no siempre puede hacer eso.(3) Una tiene que comprar los remedios y la plata no alcanza pa eso, pero igual hay que saber lo que tienen, igual no me gusta mucho, al tiro no mas lo llevo al Hospital (4)</p>	<p>Los costes de la atención médica limitan los pasos, que la entrevistada seguiría, como por ejemplo la atención médica particular, porque esta sobrepasa sus posibilidades económicas.</p>
<p>c) No me gusta ir al hospital (5) Allá a una la demoran y esta con el niño enfermo con otros niños enfermos pudiendo contagiar al tuyo(6)</p>	<p>Existe cierta disconformidad con la atención en hospitales por la alta demanda asistencial y las largas esperas.</p>
<p>d) Me da mas confianza ir al hospital porque saben bien lo que le pasa a la gente (7) Tienen remedios, le toman exámenes y esas cosas, una queda mas tranquila, le dicen bien lo que le pasa a tu hijo ósea el tratamiento que hay que seguir después (8) Una se sacrifica para terminarle bien el tratamiento del medico (10) Después tengo que llevarlos a controlarlos y hay me dicen que si sanó o tiene que volver unos días mas, o tengo que seguir comprando remedios (11)</p>	<p>Se finaliza siempre en la consulta a las unidades de emergencia por su alta resolutiveidad y eficiencia asistencial. La entrevistada cumple las indicaciones otorgadas y posteriormente asiste a controles médicos de menor complejidad (consultorios) para así reevaluar el estado de salud de sus hijos.</p>

ANEXO N°2

1. Con que familiares comparte su hogar actualmente:

2. Listar en el siguiente recuadro las enfermedades que su hijo padece actualmente:

Enfermedad			
Como se da cuenta de que su hijo se encuentra enfermo			
Causa Percibida de la Enfermedad			
Posibles medidas Preventivas			
Posibles medidas caseras desarrolladas: reposo, alimentación, aislamiento			
Tratamientos implementados autónomamente: jarabes, agüitas, supositorios, gotas			
Quien decide consultar			
Donde acude en primera instancia			
Tratamiento indicado por medico			
Tratamiento implementados después de consulta medica			
Costos del Tratamiento			
Costo de llegar a la atención			

3. Utilización de los recursos de salud: Complete el siguiente cuadro de acuerdo al recurso que usted utiliza o utilizaría para la mantención o recuperación de su salud.

	¿Alguna vez lo ha usado?	¿Para que Enfermedades?	¿Lo usaría?	¿Para que Enfermedades?	Opinión sobre el recurso
Familiar					
Amigo o vecino					
Medidas Caseras					
Curandero					
Hierbatero					
Homeópata					
Med. Integrativas					
Comercio (alimentación)					
Farmacia					
Medico Privado					
Urgencia clínicas Privadas					
Centro de Salud					
Urgencia hospital					
Urgencia SAPU					
Enfermera					
Otros					