



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO



CARRERA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**“Percepción de los/as Médicos/as del Servicio Público de Salud de Valparaíso y
Viña del Mar acerca de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de
Alta Resolución SAR y la pertinencia de incluir a Tecnólogos/as Médicos/as
en su Recurso Humano”**

**Seminario de Grado presentado en conformidad a los requisitos para
obtener el Grado Académico de
“Licenciadas en Tecnología Médica con mención en Imagenología y Física
Médica”**

Autoras

Nataly Avilés Rieloff

Tanya Bustos Cortez

Profesor Guía

Dr. Mario Parada Lezcano

Profesores/as Co-Guía

Paulina Mora Lara

Hernán Silva Clavero

TM. Yuri Berrios Peña

2016

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer en primer lugar a nuestras maravillosas familias por su comprensión, apoyo incondicional y amor infinito, por ser la luz que ilumina el sendero de nuestro andar, que nos contiene ante la adversidad y nos empuja a perseguir nuestros sueños. Por sentir en nosotras las virtudes de superación, perseverancia, respeto y responsabilidad social que han sido la base de nuestra investigación.

A nuestro profesor guía el Dr. Mario Parada, quien creyó en este proyecto sin conocer de nosotras nada más que nuestras inmensas ganas de aprender. Nuestro maestro en la fascinante investigación cualitativa. Gracias por sus conocimientos, tiempo, colaboración y paciencia, por su criterio y aliento, por la motivación constante y el entusiasmo... ha sido un verdadero privilegio contar con su guía. Gracias por ser parte de esta hermosa aventura.

Gracias a nuestros/as profesores/as co-guías por su entusiasmo, confianza y apoyo, y a los/as profesores/as de la carrera que han sido esenciales en nuestra formación, que nos han inspirado a ser cada día mejores... gracias por su luz.

Gracias a los/as entrevistados/as por su tiempo, amabilidad y buena voluntad, gracias por compartir su pensar.

Gracias a todas las personas que han formado parte de nuestro camino, gracias por la experiencia, la alegría y el apoyo.

Dedicamos esta investigación primeramente a las personas que se atreven a explorar más allá de sus fronteras, y especialmente a quienes trabajan por engrandecer la Salud Pública de nuestro país.

RESUMEN

Los SAR o Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución son dispositivos que se implementarán como medida de la actual administración en función del fortalecimiento de la Red Asistencial. Estos tienen como principal objetivo otorgar atención de urgencia oportuna y resolutive y así colaborar en la descongestión de la Red Asistencial de Urgencia, especialmente en sus niveles de mayor complejidad. No obstante, esta nueva política pública no ha estado ajena de polémica, especialmente en cuanto a lo que Recurso Humano concierne, ya que los profesionales tecnólogos/as médicos/as no han sido incluidos/as en esta.

La presente investigación aborda la pertinencia de la inclusión de tecnólogos/as médicos/as al recurso humano de los SAR, bajo la mirada de los médicos/as del Servicio Público de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar. Para conocer la percepción de los/as participantes, se realizó una investigación al alero del paradigma cualitativo y está abordada desde un enfoque fenomenológico por una parte, en cuanto se realizaron entrevistas semiestructuradas con un guión de preguntas, y características etnográficas por otra; en cuanto se realizaron observaciones en un cuaderno de campo. Los/as médicos/as han sido escogidos bajo dos modalidades: unos/as como informantes claves en función de su rol de autoridad y otros/as según el cumplimiento de determinados perfiles y el estudio de los resultados se realizó mediante análisis de contenido.

Los resultados arrojaron que los/as participantes estiman que los/as tecnólogos/as médicos/as deben ser incluidos en los SAR. Las razones que se aducen son múltiples y diversas, no obstante, las principales son el reconocimiento de dichos/as profesionales como aquellos/as especialmente formados/as para efectuar algunas de las prestaciones que serán realizadas en los SAR –como son la toma de radiografías y exámenes de laboratorio-; y la asociación que los entrevistados hacen entre calidad y los procedimientos que tecnólogos/as médicos/as ejecutan.

Palabras claves: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), Tecnólogos/as médico/as, Médico/as, Servicio de Salud Público, Red Asistencial de Urgencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<i>Página</i>
AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL.....	2
2.1. Historia de la salud en Chile.....	2
2.2. Organización del Sistema de Salud.....	7
2.3. Aseguramiento en salud.....	11
2.4. Financiamiento.....	14
2.5. Prestación o provisión de servicios asistenciales.....	18
2.6. Red asistencial.....	19
2.7. Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).....	36
2.8. Tecnología médica.....	42
2.9. Controversias en el proyecto SAR.....	47
2.10. Problema de investigación.....	50
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS.....	53
3.1. Objetivo general.....	53
3.2. Objetivos específicos.....	53
CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO.....	54
4.1. Tipo de estudio y diseño.....	54
4.2. Lugar de estudio.....	55
4.3. Técnica de recolección de datos y enfoque de investigación.....	55
4.4. Descripción de participantes.....	55
4.5. Definición de perfiles sujetos participantes.....	57
4.6. Trabajo de campo.....	63
4.7. Plan de análisis de datos.....	64
4.8. Consideraciones éticas.....	65
4.9. Limitaciones del estudio.....	65
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	68
5.1. Opinión y conocimiento acerca de los SAR.....	68
5.2. Valoración del trabajo interdisciplinario en los SAR.....	72
5.3. Valoración del profesional tecnólogo/a médico/a.....	79
5.4. Opinión acerca de que el MINSAL permita que labores propias del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR).....	88
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS.....	93
6.1. Opinión y conocimiento acerca de los SAR.....	93

	v
6.2. Valoración del trabajo interdisciplinario en los SAR.....	98
6.3. Valoración del profesional tecnólogo/a médico/a	104
6.4. Opinión acerca de que el MINSAL permita que labores propias del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR).....	113
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	117
CAPÍTULO 8. SUGERENCIAS	121
CAPÍTULO 9. BIBLIOGRAFÍA	126
CAPÍTULO 10. ANEXOS	136

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 2.1 Organización del Sistema de Salud Chileno.....	9
---	---

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 2.1 Grupos de afiliados en FONASA.....	12
TABLA 2.2 Escala de categorización de demanda	25
TABLA 2.3 Modalidades de los Servicios de Urgencia Rural.....	27
TABLA 2.4 Detalle de Número de SAR a habilitar por año.....	38
TABLA 2.5 Costos operacionales y de mantención SAR.....	40
TABLA 2.6 Recurso Humano de SAR	41
TABLA 2.7 Prestaciones MLE para usuarios de FONASA	46
TABLA 4.1 Perfiles de Estudio.....	58
TABLA 4.2 Categorías de análisis	61
TABLA 4.3 Sistema de categorías por perfiles	62
TABLA 4.4 Número de entrevistas por perfil.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 2.1 Afiliados a FONASA según tramo	12
GRÁFICO 2.2 Evolución de la población beneficiaria por seguro	14
GRÁFICO 2.3 Ingresos en salud por año, en porcentajes del PIB y CLP	16
GRÁFICO 2.4 Categorización de Atenciones de Urgencia del SSVSA	30
GRÁFICO 2.5 Atenciones de urgencia del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.....	32
GRÁFICO 2.6 Atenciones de urgencia por categorización del Hospital Dr. Gustavo Fricke	33

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución –en adelante, SAR- se enmarcan dentro de las políticas públicas destinadas a aumentar la equidad en la salud de nuestro país -Plan Nacional de Inversión Pública en Salud 2014-2018-. La puesta en marcha de estos servicios sin embargo, no ha estado ajena a críticas desde diversos sectores, entre los cuales destacan la comunidad de Tecnología Médica, quien a través de su gremio -el Colegio de Tecnólogos Médicos-, ha manifestado su desacuerdo con la exclusión de los/as profesionales tecnólogos/as médicos/as en el equipo de trabajo contemplado para estos dispositivos (1).

Como investigadoras, en el presente trabajo nos abocamos al estudio de la Salud Pública a través del análisis de la percepción de los/as Médicos/as del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar, acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos/as Médicos/as en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución primordialmente por la responsabilidad social que como ciudadanas y agentes de salud debemos tener; porque creemos que la participación activa de la sociedad es fundamental para construir una Salud Pública de alto nivel, que otorgue asistencia sanitaria de calidad y equitativa a cada uno de los habitantes de nuestro país.

Realizaremos esta investigación en función de contribuir a la discusión en torno a la problemática de la exclusión de los/as profesionales tecnólogos/as médicos/as de una política pública como lo son los SAR, a propósito de la ausencia de discurso por parte de la comunidad médica, debido al rol que estos tienen dentro de la salud en particular y la sociedad en general, generando nuevo conocimiento sobre un tema emergente.

Con el fin de exponer de manera clara y específica el problema de investigación, a continuación se expondrá un marco de referencia sobre el tema, en el que se explican los fundamentos teóricos y contextuales que amparan nuestro trabajo.

CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL

Para enmarcar la presente investigación se hace necesario exponer el contexto nacional de Salud Pública, debido a que los SAR se implementarán buscando entregar atención oportuna y de calidad y de este modo ayudar a fortalecer la salud de nuestro país. Así mismo, describiremos algunos de los aspectos sanitarios más relevantes de la región de Valparaíso y específicamente las comunas de Valparaíso y Viña del Mar; lugares geográficos en los que se llevará a cabo nuestro estudio. Luego pasaremos a revisar en detalle el proyecto de los SAR, su implementación y funcionamiento, para finalmente exponer las controversias que surgen en torno a estos dispositivos y la legislación vigente.

2.1. HISTORIA DE LA SALUD EN CHILE

En 1952 y bajo la ordenanza de la Ley N° 10.383, fue creado en nuestro país el Servicio Nacional de Salud (SNS). Este organismo fusionó varias dependencias en una autoridad sanitaria única. Estas instituciones fueron el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile, cuya creación significó la ampliación del acceso a los beneficios sanitarios y el establecimiento de una estructura nacional que definió la responsabilidad del Estado en Salud Pública.

Hasta la década del 70 la salud pública tenía un carácter solidario, llegando a tener una activa participación en el quehacer y progreso del país. El SNS se caracterizó por ser un sistema integrado en la provisión de servicios de salud, el cual permitió ampliar en forma significativa el acceso y la cobertura de los servicios de salud (2); las políticas públicas avanzaban hacia la protección social de todos sus individuos. Sin embargo, la falta de apoyo al Gobierno llevó a Chile a la pérdida de la democracia, permitiendo la instauración de un nuevo modelo, no solo en materia de salud (3,4).

Hacia fines de los setenta, el Gobierno inició una serie de reformas estructurales que tenían como principal objetivo la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado, adoptándose la mercantilización de los servicios sanitarios, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado -con los individuos que no pueden cubrir sus gastos-, y en la participación activa de los sectores privados en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado (5,6).

En 1981 se produjeron dos importantes reformas. La primera, basada en la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063, dio inicio al proceso de municipalización de los centros de Atención Primaria, que entre los años 1981 y 1988 traspasó el 70% de los establecimientos de Atención Primaria del SNSS a las municipalidades. La segunda reforma se produjo a raíz de la dictación del Decreto Ley 3.626 y el Decreto con Fuerza de Ley 3 que lo reglamenta, que estableció la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Para esos efectos se estableció una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó hasta llegar, en 1986, al actual 7% del ingreso imponible (7). Desde ese entonces, el Sistema de Salud ha sufrido la fragmentación y un creciente debilitamiento, que factores como la falta de inversión en infraestructura y equipamiento que padeció el sector público durante este periodo, agravaron aún más. Fiel reflejo de esto fue el promedio anual de la inversión sectorial, que en la década de los ochenta fue apenas de \$8.089 millones.

En la década de los noventa se realizaron grandes esfuerzos económicos para recuperar la disminuida capacidad productiva de la red pública, particularmente la hospitalaria. Esos recursos fueron destinados en su mayoría a las regiones y establecimientos con mayor grado de deterioro en su infraestructura y una mayor vulnerabilidad social y sanitaria de su población. El promedio anual de inversión en los noventa fue de \$46.729 millones, cifra seis veces mayor a la de la década anterior (8).

Pese a que Chile ha demostrado un importante desarrollo socioeconómico y el Sistema de Salud ha ampliado su cobertura a nivel nacional, aún persisten muchas situaciones de inequidad en salud, que no solo se desarrollan a partir del Sistema de Salud imperante y el acceso inequitativo a los subsistemas asistenciales, sino que también se relacionan con importantes desigualdades en los determinantes sociales (ingreso económico, empleo, educación,

condiciones de vida, protección social) (9). Lo anterior ha suscitado que disminuir la brecha social -especialmente en materias de salud- hoy sea un eje fundamental. Prueba de esto es que desde el año 2000 se han impulsado una serie de medidas en Salud Pública que buscan responder a ésta problemática (10).

Desde el año 2005 está siendo implementada en nuestro país la Reforma de Salud. En ella se reconoció el acceso a la salud como un derecho y se establecieron garantías explícitas de oportunidad de atención y protección financiera para los/as pacientes, independiente de los niveles de ingreso de estos. El gran desafío de esta reforma era desarrollar un modelo de atención que tuviera como ejes centrales la promoción y la prevención, y que se centrara en la Atención Primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud de los/as chilenos/as, con una Atención Primaria altamente resolutiva, donde existirían equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, dotados de la tecnología y equipamiento necesario y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad. Este modelo es conocido como Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar (11).

Esta reforma fue inspirada en 5 leyes, que al día de hoy se encuentran aprobadas en su totalidad: Régimen de Garantías en Salud; Autoridad Sanitaria y Gestión; Ley Corta de ISAPRE; Modificaciones a la Ley de ISAPRE y Derechos y Deberes de los Pacientes.

Además, se aprobó una ley de financiamiento que contempla alzas de IVA e impuestos específicos para financiar dos destacadas iniciativas sociales: el Plan de Salud con Garantías Explícitas, para beneficiarios de FONASA, y el Chile Solidario, cuyo objetivo es brindar oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a familias indigentes (12).

Los pilares fundamentales sobre los cuales se sustenta la Reforma de Salud, son los siguientes:

Derecho a la salud: La Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Este derecho incluye el acceso a una atención oportuna y de calidad satisfactoria, y es independiente de la edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso de las personas. Tener derecho a la salud significa que los Estados deben crear o propiciar las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más

saludablemente posible, razón por la que es necesario establecer garantías explícitas de oportunidad, calidad y protección financiera, dotando además a las personas de los mecanismos y conocimientos necesarios para hacerlas exigibles (13).

Equidad en salud: La equidad en salud ha sido reconocida como uno de los principios prioritarios de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo. La definición de equidad más divulgada es la propuesta por Margaret Whitehead, quien aduce que este término tiene una dimensión moral y ética, que se refiere a *“diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”* (14).

Por el contrario, la inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchos ámbitos de la vida de las personas, entre ellos la salud. Estas diversas aristas, para Drago (15) necesariamente deben ser consideradas en su conjunto para una comprensión global de este fenómeno, que nos conduzca a tomar las medidas necesarias para retornar a un sistema universal e igualitario en el acceso a la atención en salud.

No obstante, para otros autores como Espinoza (16) existen desigualdades *“que son esperables, no modificables y justas, que no pueden ser consideradas inequidades (ej. Solo hombres desarrollan cáncer prostático)”*. Además señala que es destacable el hecho de que *“en Latinoamérica, Chile ha liderado la inclusión explícita de la equidad en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población...”*. La actual reforma de salud busca atender tanto las inequidades sociales en el acceso y uso del Sistema de Salud chileno, como responder a los cambios epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas. Es así como se creó el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) cuyo objetivo es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas (17).

Las situaciones de inequidad que aún persisten en Chile se relacionan principalmente con el acceso a los servicios; ya que pese a que las cifras parecen alentadoras, a veces esconden grandes diferencias geográficas y por nivel socioeconómico. Ejemplo de ello es la tasa de mortalidad infantil, que ha mostrado un evidente descenso- desde 32 por 1.000 nacidos/as

vivos/as en 1980 a 10 por 1.000 nacidos/as vivos/as en 1998 y 8 por cada 1000 nacidos/as vivos/as en 2005-. No obstante, en el 2005 se registró que la mortalidad infantil antes del primer año de vida en hijos/as de madres sin educación básica era de 30 por cada 1000 nacidos/as vivos/as, mientras que en mujeres con mayor nivel de instrucción era de 5,78 por mil nacidos/as vivos/as, registrándose diferencias de hasta 15 veces entre la mortalidad infantil de comunas urbanas con altos índices socioeconómicos y comunas rurales y de escasos recursos (8, 18).

Solidaridad en salud: Otro de los pilares sobre los que se sustenta la reforma de 2005 es la solidaridad, entendida como un esfuerzo social, cuyo objetivo es que las personas más vulnerables tengan iguales garantías que las más favorecidas. Dicho esfuerzo implica entre otras cosas, que los/as sanos/as solidaricen con los/as enfermos/as, los hombres con las mujeres, etc.

Eficiencia en Uso de Recursos: Actualmente se acepta que para que los/as ciudadanos/as puedan hacer efectivo su derecho a la salud, es necesario alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que se invertirán en el área. Los esfuerzos de inversión que el Estado ha realizado en la última década en el sistema de salud, tienen entre sus principales objetivos: recuperar la infraestructura del sector público, fortalecer la Atención de salud en su nivel primario y recuperar el poder adquisitivo de las rentas de los funcionarios del área de la salud; esfuerzos que se ven reflejados, por ejemplo, en el aumento significativo de la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas a la ciudadanía (8) (un claro ejemplo de ello son las patologías GES). Existe por tanto, una intención de lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos. De hecho, para autores como Catalá-López, generalmente la mayoría de las acciones de salud son eficientes, basta con el hecho de que salven una vida o, al menos, eviten el riesgo de contraer varias enfermedades, para que se justifiquen los recursos empleados. Lo que se busca cuando se realizan evaluaciones económicas es maximizar la eficiencia, o sea, obtener los mayores resultados con los recursos disponibles (19). Es por esta misma razón que el autor Fonseca Rodríguez propone que también en el ámbito sanitario pueden ser objeto de evaluación económica todas aquellas decisiones que impliquen un impacto en la salud y los recursos, y que tengan más de una opción efectiva de solución. Estas deben tener comprobada y avalada su efectividad o, al menos, su eficacia, como es el caso de muchos medicamentos (20). En este sentido, se ha demostrado la eficiencia en Salud Pública al comparar la inversión nacional y la que realizan otros países de América latina o de la OCDE, no obstante es fundamental continuar

avanzando progresivamente en esta materia (21).

Participación social en salud: La Organización Mundial de la Salud define la participación social en salud como una meta: *“es una dirección crucial para promover la equidad en salud, lo que implica participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades afectadas, para convertirse en protagonistas activos en la formación de su propia salud”* (22). El concepto de participación social en salud es tan amplio en su esencia, que permite doble concepto en su definición. Es así como Celedón y Orellana postulan que es medio y fin. Un medio porque se constituye como una *“estrategia de promoción de la salud, al hacer llegar los programas de salud, a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos, y a la movilización de los recursos de salud de la comunidad”* (22). Y también es un fin, toda vez que se considera como tal dentro de los determinantes sociales de la salud, a la persona que recibe prestaciones de salud como capaz de participar activamente en las decisiones de los sistemas que se relacionan a su vida, entendiéndose como un *“co-gestor de servicios públicos”* (23).

Definir un modelo de participación que se ajuste a la realidad nacional y su implementación, ha sido uno de los desafíos de la actual reforma de salud. Para conseguir esto, se ha requerido de un mejoramiento global del Sistema de Salud, para el cual ha sido necesario que exista directa comunicación con los actores sociales involucrados y de esa forma, generar mecanismos para conocer y aprovechar de mejor manera sus aportes. En la actualidad, el fomento de la participación de la sociedad en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en salud, junto a la legislación vigente, han entregado gran respaldo a la autoridad sanitaria, convirtiéndose en los pilares fundamentales para el empoderamiento de la misma (9).

2.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud -como estructura nacional- es de carácter mixto: contempla la participación de entidades tanto públicas como privadas. A través de esta modalidad el sector salud ha logrado un alto grado de cobertura legal y geográfica de la población (24, 25), situación que se condice con algunos principios económicos, que sugieren que los mejores resultados en

salud se obtienen mediante una combinación de la participación pública y privada (26).

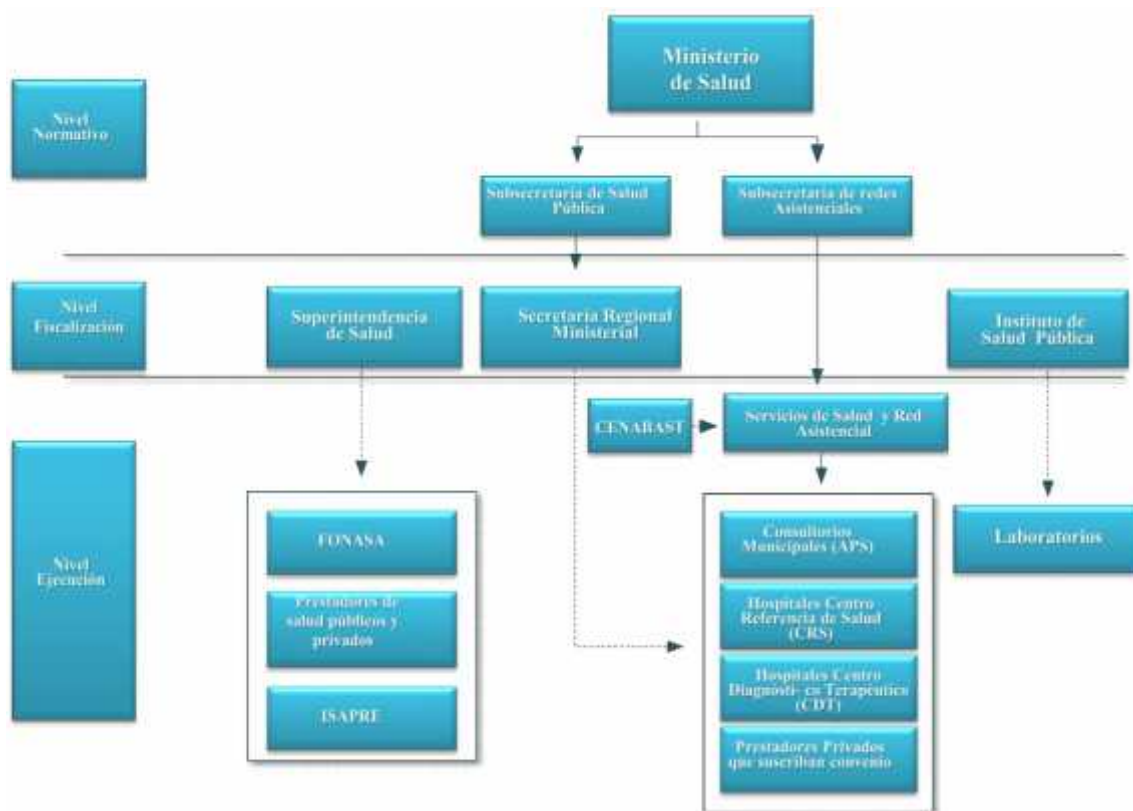
Uno de los aspectos importantes -dentro de la actual organización del Sistema de Salud- es el fortalecimiento de la conducción sanitaria por parte de la autoridad, donde el Ministerio de Salud -además de proveer la provisión de salud en el subsector público- es la organización pública en donde se deposita la autoridad sanitaria. En ese carácter, es el ente primario en ejercer la rectoría del sector y el responsable de velar por el bien público en materia de salud en representación del Estado (27). Por consiguiente, es indispensable comprender las funciones y responsabilidades propias de la autoridad, las que abarcan múltiples determinantes y áreas de intervención que inciden sobre la salud y cuyo cumplimiento asegura una buena práctica en materia de salud pública.

En este contexto, la función rectora del Ministerio de Salud se expresa en la conducción, la regulación, la fijación de políticas y planes generales de salud, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento, la armonización de la provisión de servicios y la supervisión de funcionamiento del sistema. Por lo tanto, ejerce liderazgo estratégico sobre todos los actores del sector salud (9, 28).

Para ejercer su rol, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial con otros Ministerios (principalmente con los Ministerios de Hacienda y Trabajo), organismos Públicos, organismos no gubernamentales y la sociedad organizada (10, 28).

No obstante, y en función de la descentralización, ha existido la tendencia a crear mecanismos institucionales complementarios, que de manera especializada y por separado llevan a cabo atribuciones diferenciadas, logrando viabilizar el ejercicio sanitario por organizaciones dependientes. En este sentido la organización posee 3 niveles: normativo, fiscalizador y ejecutor, tal como se observa en la Figura N° 2.1 expuesta a continuación:

FIGURA 2.1 Organización del Sistema de Salud Chileno.



Adaptado del Ministerio de Hacienda, Dirección de presupuestos. Sistema Público de Salud, Situación actual y Proyecciones fiscales 2013-2050

El nivel normativo está conformado por el Ministerio –donde el Ministro de Salud es la máxima autoridad dentro del organismo-. Forman parte del Ministerio la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) (29).

La Subsecretaría de Redes Asistenciales ejerce sus funciones sobre la organización de los sistemas prestadores de servicios, actuando esencialmente sobre los ejecutores del subsector público. Tienen a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles (30).

La Subsecretaría de Salud Pública es quien a través de la legislación, actúa en base a la promoción y protección de la salud, además de vigilar, prevenir y controlar las enfermedades que afecten a poblaciones o grupos de personas. Ejerce sus funciones de manera global sobre el sistema de salud, proponiendo políticas, normas, planes y programas, y velando por su cumplimiento (31).

Las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), son las entidades que representan al Ministerio en las regiones y quienes ejercen las funciones de regulación que antes estaban en manos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Para garantizar la fiscalización y regulación, el Ministerio cuenta con el Instituto de Salud Pública (ISP) -quienes actúan fundamentalmente sobre los laboratorios-, y se crea la Superintendencia de Salud, que supervigila y controla a las entidades aseguradoras (ISAPRE y FONASA) y fiscaliza a todos los prestadores de servicios de salud, especialmente en materias de las patologías GES (32).

Asimismo en sus funciones, el Ministerio es apoyado por sus otros organismos dependientes: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Central de Abastecimiento (CENABAST).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), corresponde al organismo público asegurador, que además cumple el rol de recaudar, administrar, distribuir y fiscalizar los recursos financieros del sector público de la Salud. Es la institución encargada de resguardar y administrar los recursos destinados a la provisión de servicios del sector, siendo imprescindible el eficiente manejo financiero de los fondos, en función de satisfacer las necesidades de salud de la población, de manera oportuna independiente de que las prestaciones se efectúen en la red pública o privada. Por lo tanto, sus objetivos estratégicos corresponden por un lado a entregar cobertura en salud con un mejor plan de beneficios y cumpliendo con las garantías y obligaciones fijadas por la ley y por otro, a optimizar los recursos financieros del sector salud a través de una eficiente recaudación, cobranza, pago a prestadores y un reforzamiento de la labor fiscalizadora, basado en la mejora continua de la gestión institucional (33).

2.3. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Los seguros de salud son mecanismos que permiten distribuir la carga del costo directo de la atención médica del paciente, ya sea durante un periodo (en vez de tener que hacerlo en el momento y en el lugar de la prestación), entre un grupo de gente que comparte el riesgo de los costos de la atención médica, o ambos (26).

En Chile todos los/las trabajadores/as dependientes tienen la obligación de destinar un porcentaje de su sueldo bruto a una aseguradora de salud. En el sector público es el Fondo Nacional de Salud (FONASA) quien se encarga de recaudar, administrar y distribuir los recursos provenientes de la cotización obligatoria, en función de las políticas, planes y normas que determina el Ministerio de Salud. Este seguro se efectúa en base a un sistema de reparto, en donde todos sus cotizantes aportan de forma proporcional a sus ingresos (7% de su renta), estos fondos se redistribuyen en forma solidaria a través de un plan universal para todos sus asegurados, otorgando cobertura de atención tanto a las personas que cotizan, como a aquellas que por carecer de recursos propios es financiada por el Estado a través de un aporte fiscal directo.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), se estima que la población en Chile es de 17.865.185 de habitantes (34) de los cuales el 75% se encuentra afiliado al Fondo Nacional de Salud. Es importante destacar que los grupos con mayor vulnerabilidad como lo son el 90 %, de los/as adultos/as mayores, el 68% de los niños entre 0 y 4 años y el 76% de las mujeres en edad fértil, son asegurados de FONASA (33). Por tanto, toda política pública que se implemente en el subsector público de salud es relevante debido a que es la mayor parte de la población chilena la que se verá beneficiada o afectada por estas.

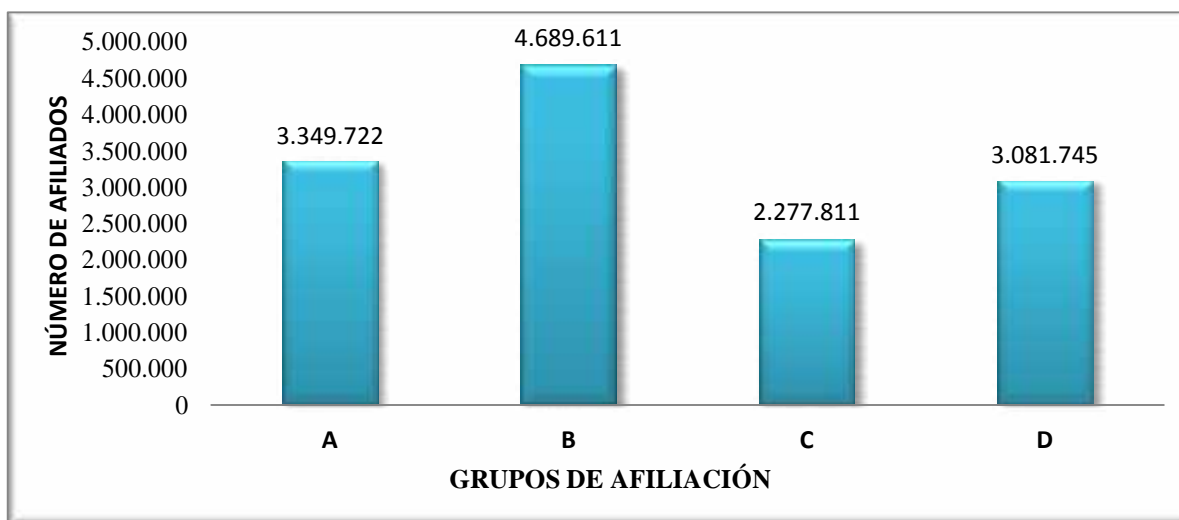
Los afiliados según sus ingresos, aportes al fondo y cargas, son catalogados en 4 tramos (35, 36), los cuales se especifican en la Tabla 2.1, mientras que los porcentajes de los afiliados según sus tramos se observan en el Gráfico 2.1, como se puede apreciar a continuación:

TABLA 2.1 Grupos de afiliados en FONASA.

TRAMO	AFILIADOS/AS		COPAGO
	RENTAS	CANTIDAD DE CARGAS	
A	Personas indigentes, beneficiarios/as de pensiones asistenciales (DL N°869, de 1975) y causantes del subsidio familiar (Ley N°18.020)	Independiente	0%
B	Personas con ingresos menores al ingreso mínimo mensual (personas entre 18 y 65 años)	Independiente	0%
C	Personas entre 18 y 65 años y con renta entre el ingreso mínimo mensual y que no exceda 1,46 veces dicho monto	Menores a 3 (de lo contrario serán considerados en el grupo B)	10%
D	Personas entre 18 y 65 años con renta superior a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual	Menores a 3 (de lo contrario serán considerados en el grupo C)	20%

Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la Biblioteca del Congreso Nacional

GRÁFICO 2.1 Afiliados a FONASA según tramo.



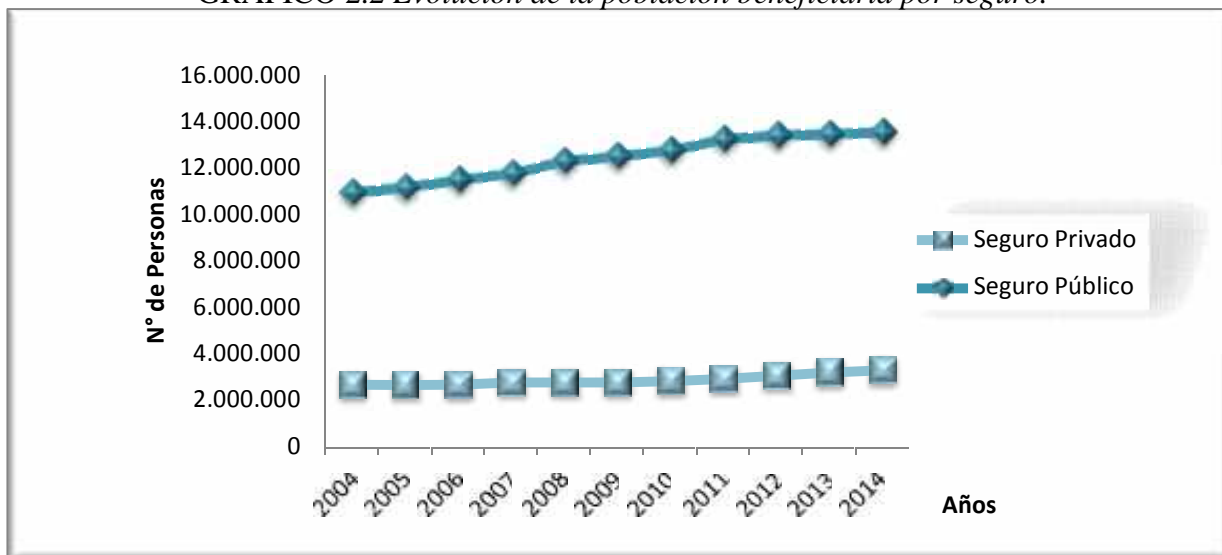
Elaboración propia a partir de datos de Cuenta pública FONASA 2014

En calidad de beneficiarios/as no cotizantes de FONASA, la cobertura se extiende a los familiares a cargo de los/as cotizantes que cumplan con los requisitos del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 150. Esta condición, vigente desde la instauración del sistema mixto a principios de los años ochenta, también es válida en el seguro privado (37, 38).

FONASA además, ofrece a sus beneficiarios/as dos modalidades de atención, la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). La primera corresponde a las atenciones que proporcionan los establecimientos públicos de salud; en los cuales algunos beneficiarios (tramo C y D) copagan por la atención recibida, hasta un 20% del costo de la prestación. La MLE en cambio, opera cuando los/as beneficiarios/as de FONASA se atienden con prestadores privados (y públicos en los llamados “pensionados” de los hospitales) previo copago, financiando las prestaciones reconocidas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de contratos con los distintos prestadores privados (39). Sólo pueden acceder a esta modalidad de atención los afiliados que cotizan en los tramos B, C y D (40, 41).

Las aseguradoras privadas, por otra parte, corresponden a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y otras entidades de grupos específicos de afiliados, como en el caso de las Cajas de previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. Las ISAPRE son las encargadas de financiar las atenciones y beneficios de salud, así como las actividades afines o complementarias a ese fin –como prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral- a las personas afiliadas, y sus cargas, que cotizan el valor del plan pactado. Estas entidades operan bajo contratos individuales pactados entre la aseguradora y sus afiliados, donde los beneficios están directamente relacionados con el monto de la prima cancelada; la permanencia de las/os aseguradas/os en estas instituciones se relaciona con la mantención del empleo formal, la posibilidad de aportar con los recursos necesarios para costear las cotizaciones oportunamente y la posibilidad de solventar las periódicas alzas en los planes (42, 43).

Las características propias de las aseguradoras determinan que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a contratos con las entidades privadas, concentrándose –finalmente- los grupos de mayor vulnerabilidad en FONASA, mientras que en las ISAPRE la cobertura de cotizantes es mayor en poblaciones de mayores ingresos, especialmente personas jóvenes (entre 20 y 44 años de edad) y sanas (33, 44, 45). En función de lo anterior, es que las cifras de afiliados a FONASA han aumentado, en mayor medida que los afiliados a las aseguradoras del sector privado, como se observa en el Gráfico 2.2 expuesto a continuación:

GRÁFICO 2.2 *Evolución de la población beneficiaria por seguro.*

Adaptado de Cuenta pública FONASA 2014

Cabe destacar que -según el actual Gobierno-, los esfuerzos realizados buscan fortalecer la salud pública en nuestro país, no solo para otorgar asistencia oportuna y de calidad a sus actuales beneficiarios/as, sino que además intentando que la población con mayores recursos se afilie al sector público y a través de sus aportes, aumentar el financiamiento y construir en forma solidaria un mejor sistema de salud para todas/os las/os chilenas/os (46, 47).

2.4. FINANCIAMIENTO

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el financiamiento “*es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, de modo de asegurar el acceso a toda la población tanto a los servicios de salud pública como a los cuidados individuales*” (40).

Cada país elige el modelo de financiamiento para su sistema de salud, a través de distintas combinaciones de las funciones antes nombradas. Esta configuración no solo está determinada por las necesidades de salud, sino fundamentalmente por las tensiones sociopolíticas que se presentan en el escenario nacional. En Chile se refleja a lo largo de la historia de su Sistema de Salud como la coyuntura política ha determinado avances o

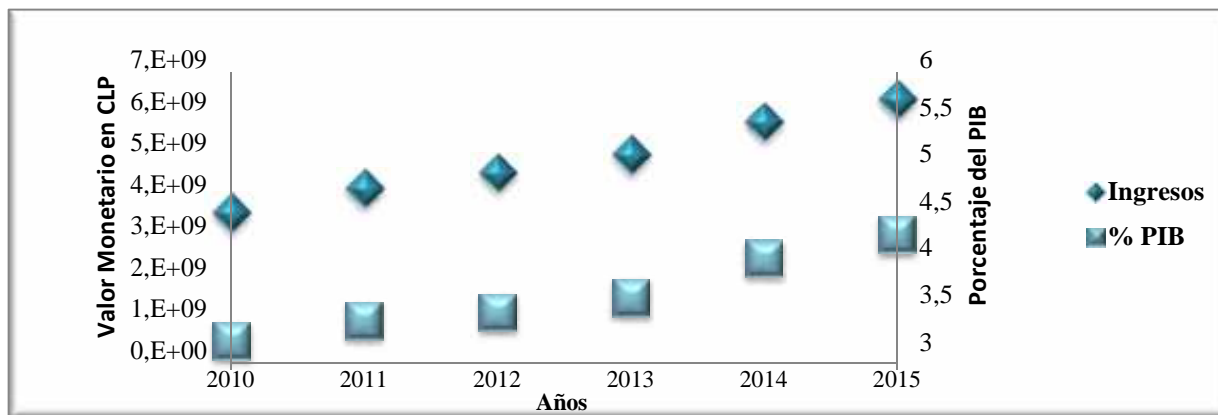
limitaciones en relación a las desigualdades en salud, y cómo en la actualidad, a pesar de los diagnósticos que se han realizado, no se han logrado establecer las reformas que se requieren (48).

En Chile las fuentes de financiamiento son múltiples y dada la complejidad del sistema se hace imposible determinar el financiamiento en su totalidad, no obstante, se identifican tres fuentes primordiales:

-) El Estado, a través de aportes fiscales (impuestos directos o indirectos), administrados tanto por el Gobierno, como por las municipalidades.
-) Las personas, a través de las cotizaciones obligatorias de los/as trabajadores/as y cotizaciones voluntarias (para adecuarse a los planes que otorgan las aseguradoras privadas); y gastos directos ya sean por bienes, como medicamentos o por servicios asistenciales de la salud (por personas que no se encuentran afiliadas a las aseguradoras o si bien se encuentran aseguradas, sus seguros cubren en forma parcial o no cubren dichas prestaciones).
-) Las empresas, a través del régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (49).

Como dijimos anteriormente, la institución estatal que se encarga de administrar, recaudar y distribuir los recursos para el subsector de salud público, es el Fondo Nacional de Salud. Esta entidad se financia con el aporte fiscal que ingresa a través de la Ley de Presupuestos, con los recursos que provienen de las cotizaciones de afiliados, el copago de los beneficiarios y las transferencias corrientes, siendo el primero la principal fuente de financiamiento. En 2012, el aporte fiscal contribuyó con el 58% de los recursos, las cotizaciones aportaron el 37%, el copago de los beneficiarios el 4% y las transferencias corrientes el restante 1% (50).

El gasto público en salud para el año 2015 correspondió al 4,21% del PIB, lo que representa un importante avance en materia de salud, al compararlo con el gasto correspondiente al año anterior que fue del 3,97 % del PIB -como se observa en el Gráfico 2.3-, y más aún si vemos la evolución del gasto público en el tiempo, que al inicio de los noventa solo correspondía al 1,6% del PIB.

GRÁFICO 2.3 *Ingresos en salud por año, en porcentajes del PIB y CLP.*

Elaboración propia a partir de datos entregados por la Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile

No obstante, el presupuesto público -en materia de salud- continúa siendo escaso al compararlo con el recomendado por la OMS-OPS, siendo 1,79% mayor este último (la OMS recomienda destinar el 6% del PIB). En una situación aún más deficitaria se encuentra el presupuesto de salud al evaluar el promedio de gasto público en países de la OCDE, con una diferencia del 2,49% del PIB (promedio de los países de la OCDE de 6,7%).

2.4.1. Financiamiento Atención Primaria

Durante la Dictadura Militar se efectuó el traspaso de la Atención Primaria de Salud (APS) a las municipalidades y se implementó en conjunto un mecanismo de financiamiento que reemplazaba la asignación de recursos centralizada -que realizaba en Ministerio de Salud-, por un mecanismo de asignación de recursos basados en el pago por las prestaciones efectuadas. No obstante, este presentaba la desventaja de estimular en exceso actividades curativas en desmedro de acciones preventivas, sin centrarse en la obtención de resultados sanitarios (51).

Mediante los servicios de salud regionales, FONASA otorga recursos tanto a los centros de salud de la red primaria municipal como a la no municipal que utilicen la modalidad de atención institucional. Hasta junio de 1994, el mecanismo de financiamiento de la APS municipal era del tipo pago por las atenciones prestadas, sin embargo, y debido a determinadas falencias propias de dicho sistema de financiamiento, ese mismo año se optó por el cambio a un sistema de pago per cápita que continúa vigente en la actualidad. Este mecanismo, establecido en el artículo 49 de la Ley N°19.378 de 1995 (52), constituye la fuente principal de financiamiento

de la APS municipal. Así, todas aquellas administraciones de salud municipal recibe desde el Ministerio de Salud y de manera mensual -a través de los Servicios de Salud y a través de las municipalidades que les corresponden-, un aporte monetario proveniente del Estado que consta de un aporte per cápita basal -determinado todos los años por decreto- y un componente variable. Es este último componente el que permite obtener mayor cantidad de recursos a través del ajuste del aporte basal, ya sea por condiciones de ruralidad, pobreza, presencia de adultos mayores o acceso a una atención de salud. Por ende, para que estos recursos sean asignados, el sistema per cápita requiere la inscripción de los usuarios beneficiarios en los consultorios de sus comunas respectivas, de modo de pagar el precio fijado por el MINSAL en relación a una canasta de prestaciones entregada en los centros de atención primaria con garantías explícitas de salud, la cual es definida a partir de una población tipo de 10.000 habitantes, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimiento asociados al personal médico y no médico que se desempeña en los distintos Servicios de Atención Primaria (53).

No obstante, el mecanismo de financiamiento de la canasta de servicios -definida en su momento como canasta básica- para algunos autores, como Vargas y Poblete, resulta insuficiente, razón por la cual las instituciones deben financiar ese déficit con sus propios recursos. Si estos no son capaces de generarlos, ese déficit se expresará en menos servicios básicos o listas de espera, acentuando la inequidad; ya que generalmente las personas de bajo nivel socioeconómico se concentran en los municipios con menos recursos (54).

2.4.2. Financiamiento Niveles de Atención Secundarios y Terciarios

Para financiar estos niveles de atención existen 2 programas principales, el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). El primero corresponde al financiamiento que comprenden las acciones de salud que realizan los Servicios de Salud y Establecimientos en forma habitual. Estos recursos cubren especialmente los gastos operacionales de carácter fijo. El financiamiento, se establece mediante un contrato de prestación de servicios entre el MINSAL, FONASA y el Servicio de Salud correspondiente, en donde se explicitan la cantidad de prestaciones que debe realizar el Servicio y que deben ser financiadas por FONASA. Por otro lado, el Programa de Prestaciones Valoradas comprende aquellas acciones de salud variables realizadas por los Servicios de Salud y por instituciones privadas en convenio con FONASA. Se pagan al Servicio las prestaciones convenidas que sean

efectivamente realizadas, debidamente registradas e informadas. Las prestaciones consideradas se agrupan en los siguientes programas: Programa cierre de brechas prestaciones más frecuentes; Programa de Prestaciones complejas; Programa GES; Programa de Urgencias, Camas Críticas y Atención Hospitalarias; Programa de Salud Mental; Programa Otras Prestaciones Valoradas y Convenios celebrados por servicios de salud con terceros (55).

Existen otros gastos que le competen a FONASA, como lo son los Subsidios de Incapacidad Laboral (pago que se efectúa al trabajador/a cada vez que hace uso de licencia médica) y los gastos de inversión los cuales corresponden a inversiones sectoriales en infraestructura ya sea en instalaciones, maquinaria, equipamiento GES y no GES, ambulancias, equipamiento médico, entre otros (56, 57).

2.5. PRESTACIÓN O PROVISIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES

Se entiende como prestación de salud al conjunto de servicios de salud que una organización o individuo suministra a una persona (39). El subsector privado prestador corresponde a las instituciones privadas o estatales que no pertenecen al SNSS; en su mayoría funciona con fines de lucro, por el contrario, las organizaciones sin fines de lucro se vinculan principalmente a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG) (9, 24). Este sector es bastante amplio y distribuido a través de todo el país; está formado -en general- por entidades como clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y por los profesionales -que otorgan las prestaciones de servicios de salud- de manera individual. Estas entidades cuentan con la asociación Clínicas de Chile que involucra a los principales prestadores de salud privados del país, donde una de sus funciones primordiales es la colaboración con las autoridades y demás organismos públicos y privados que forman parte del sector salud, entregando su disposición al aporte de soluciones para resolver los problemas de salud en Chile (58).

Por otro lado, en el sector público, la provisión de servicios de salud está a cargo del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) quien posee una amplia red de prestadores en los distintos niveles de atención y sus servicios son abiertos a toda la población (con costos variables de las prestaciones), poniendo principal énfasis en los afiliados de la aseguradora

pública que abarca a más del 75% de la población (59).

El SNSS es el principal proveedor de servicios asistenciales en salud; está formado por órganos dependientes del Ministerio de Salud y otras instituciones que a través de convenios forman parte del organismo, como lo son: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, las Municipalidades y servicios delegados.

Para prestar los servicios correspondientes, el SNSS forma una red asistencial, que involucra los distintos niveles de atención y se encuentra representado por sus 29 Servicios de Salud, que siendo organismos funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, son responsables de ejercer la acción sanitaria sobre su territorio definido, ya sea regional o subregional. A cada uno de ellos le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para integrar las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, según las necesidades de la población y las normas, políticas, planes y programas definidos por la autoridad sanitaria (60).

2.6. RED ASISTENCIAL

La Red Asistencial de salud es un sistema de organización que involucra al conjunto de establecimientos asistenciales de los distintos niveles de atención tanto públicos como privados (con suscripción de convenios) que forman parte del Servicio de Salud respectivo. En el que estos centros de salud, colaboran, coordinan, potencian y se complementan entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población en base al tipo de actividad, complejidad y especialidad de cada institución. La red asistencial debe proveer servicios eficientes, equitativos, de buena calidad y permitir que la población acceda a ellos, siendo esta última la función más visible para la población (61, 62).

Las bases que sustentan la Red Asistencial se encuentran en la legislación vigente, a través de la incorporación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el nuevo diseño de administración -llamado auto gestión hospitalaria en red-. Además, se forma el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), constituido por representantes de establecimientos de

salud públicos y privados -de todos los niveles de atención- que integran la Red Asistencial del Servicio y es presidida por el /la gestor/a de la Red, que según la legislación, le corresponde a la dirección de cada Servicio de Salud, en quién además recae la responsabilidad del funcionamiento –articulación, integración y supervisión- de la red y la coordinación con otras redes (63). Es preciso hacer mención que el/la gestor/a de red se ve -en ocasiones- limitado/a por condicionantes legales y administrativas, al no tener la condición de superior jerárquico directo en relación a Atención Primaria de Salud (APS).

Sin duda, es rol clave de los hospitales lograr eficacia en el quehacer asistencial, ya que la ciudadanía da por supuesta una base de calidad técnica. Dicha misión pierde efectividad en contribuir a la salud de las poblaciones cuando los sistemas sanitarios, entre otros aspectos, están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención de amplia cobertura y alta capacidad de resolución (2).

La mayor proporción de infraestructura asistencial se encuentra en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y está conformada por la Atención Primaria de Salud, que en su mayoría está delegada a la Administración Municipal, establecimientos hospitalarios y centros ambulatorios de baja, mediana y alta complejidad asistencial ya sean públicos o privados (adsritos bajo convenio) (64).

En el año 2012 se contabilizaron 2.696 establecimientos de salud, de los cuales un 93,1% eran públicos, tal como se observa en el Anexo A “Establecimientos de Salud Sector Público”. Los establecimientos de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) constituyen un 85,5% del total de los establecimientos, los que en su gran mayoría y en similares proporciones corresponden a Centros de Salud de Atención Primaria y Postas de Salud Rural. El número total de hospitales registrado durante el año 2012 fue de 392. Dentro de este total, el 47 % corresponde a hospitales privados y el restante 53% lo constituyen hospitales públicos. Este último grupo, a su vez se divide en dos tipos de establecimientos: hospitales del SNSS, los que conforman el 94% del total; mientras que el restante 6% corresponde a hospitales de Fuerzas Armadas y de Orden, Gendarmería y Universidad de Chile. El número total de camas hospitalarias en el 2012 fue de 37.854, de las cuales 28.854 pertenecen a establecimientos del sector público y las 9.000 restantes al sector privado. La disponibilidad de camas es de 2,2 por cada 1.000 habitantes (65).

La puerta de entrada de los/as usuarios/as a la red Asistencial de cada Servicio de Salud es la Atención Primaria, la que está compuesta por establecimientos de baja complejidad. Si el/la profesional responsable de este sector lo considera necesario, el/la paciente debe continuar hacia otros niveles de mayor complejidad. Es importante recordar que en dichos niveles de atención solo se reciben derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley (12).

2.6.1. Niveles de atención de Salud

Por lo general, se habla de tres niveles de atención de salud: primario, secundario y terciario, los cuales se describen a continuación:

2.6.1.1. Atención Primaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define Atención Primaria de Salud como *“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos/as los/as individuos/as y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos/as, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”*(OMS).

Este nivel posee una mínima complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio donde se ejecutan esencialmente los programas básicos de salud de las personas, buscando principalmente la prevención de las enfermedades a través de actividades de promoción de la salud. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan. El recurso humano considerado para este nivel varía según las acciones que se realicen y el número de usuarios que se atiendan, esencialmente se consideran médicos/as generales, otros profesionales de la salud como matronas/es, enfermeras/os, kinesiólogos/as y personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria.

En países de todo el mundo se ha reconocido que una red eficiente de Atención Primaria es el mejor método para lograr objetivos de prevención, uso más eficiente de los recursos disponibles (en particular, menos gastos en atención especializada y atención hospitalaria) y acceso a la atención básica de la población, entre otros.

Actualmente se reconoce como un hito histórico para la Atención Primaria de Salud lo acontecido el 6 de Septiembre de 1978, día en que se realizó el evento de política de salud internacional más importante de las últimas décadas, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en Kazajistán. Esta conferencia fue organizada por la OMS u la UNICEF y en ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, quienes firmaron la declaración de Alma-Ata que explicita el rol clave de la Atención Primaria en la potenciación del desarrollo de los pueblos. Su lema fue “Salud para todos/as en el año 2000”. En ella se expresó además la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los Gobiernos, trabajadores/as de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de Atención Primaria de Salud para todos/as los/as individuos/as en el mundo. Estas conclusiones adquieren gran relevancia hoy, décadas más tarde, como expresan algunos autores: *“evidencias científicas confirman que los sistemas de salud con Atención Primaria de Salud (APS) más fuerte, muestran mejores indicadores sanitarios, menores inequidades y con un menor costo. Es decir, se genera un sistema más efectivo, eficiente e igualitario”* (66).

Ya hace más de 3 décadas se predecía la importancia de la Atención Primaria a nivel mundial y desde ese entonces se ha convertido en el eje medular de los programas de salud de muchos países, y Chile no ha sido la excepción.

Los establecimientos de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) fueron 2.304 registrados en el 2012 (65) y constituyen un 85,5% del total de los establecimientos, los que en su gran mayoría corresponden a dispositivos de Atención Primaria, registrándose alrededor de 2.286 dispositivos, clasificándose en Servicio de Atención Primaria de urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Postas de Salud Rurales, Consultorio General Rural (CGR), Centros de Salud Rural o Estación médico rural (CSR), Consultorios de salud mental (COSAM), Consultorios Adosados de Atención Primaria (CAAP), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Centros de salud familiar (CESFAM), Centros de salud Urbano (CSU) (67,68,69). Las características de estos dispositivos y la cantidad de centros se detallan en el Anexo B.

2.6.1.2. Atención Secundaria

Se caracteriza -al igual que el nivel terciario- por servir de referencia para la Atención Primaria, ya que sus recursos para satisfacer las demandas son más complejos. En caso que una persona haya sido atendida en el nivel primario o en las unidades de Urgencia, y el o la profesional de la salud -que lo ha evaluado- determina que requiere de una atención de mayor complejidad, ese paciente es derivado a un Hospital o Consultorio de Especialidad, en ningún caso el usuario/a puede por su propia cuenta solicitar atención a nivel secundario (70).

Los establecimientos de este nivel, son hospitales de mediana complejidad y Centros con tecnología de especialidad, entre los cuales cuentan los Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), también conocido como Policlínicos de Especialidades, Centros Diagnóstico Terapéuticos (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS). Según datos del INE, en el año 2012 existían 117 instituciones (49).

2.6.1.3. Atención Terciaria

El nivel terciario está orientado a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia para la derivación de pacientes de su área de influencia más inmediata, como así también de áreas de carácter regional, supraregional y en oportunidades nacional. Estos establecimientos -si bien realizan actividades de alta complejidad-, también llegan a desarrollar funciones correspondientes al nivel secundario, es decir, solucionan a su vez los problemas de frecuencia intermedia de la población a su cargo. Corresponden a establecimientos hospitalarios especializados de intermedia y alta complejidad, se ubican bajo el nombre de Institutos, Hospitales de Especialidades o Centros Clínicos Especializados, los cuales están determinados por el Ministerio de Salud (49). Al 2012 existían 86 establecimientos a lo largo del país (65).

2.6.2. Red Asistencial de Urgencia

La Red Asistencial de Urgencia es la organización que involucra los establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad que tienen participación en la provisión de servicios asistenciales, tanto de emergencia como de urgencia. La función de esta red es otorgar atención oportuna y de calidad a los/as usuarios/as con patologías de urgencia y emergencia.

Para comprender la red asistencial de urgencia, es indispensable entender que la atención de emergencia y urgencia -según la norma- “*es toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable*” (71). No obstante, la diferencia entre un caso de urgencia o emergencia se establece a través de la gravedad de la enfermedad, donde la atención médica de emergencia corresponde a las prestaciones efectuadas a una persona que se encuentra en riesgo vital o cuadro clínico de gravedad (con posibilidades de daño irreversible), mientras que la atención de urgencia es la atención que reciben las personas que se sienten enfermas y consideran que su dolencia requiere de atención que no puede ser postergada. En general ambos términos se utilizan indistintamente debido a que los centros asistenciales otorgan asistencia como área de atención única (72).

La red de urgencia tiene una progresiva atención en complejidad que involucra diversos componentes que van desde los Servicios de Atención Primarios de Urgencia hasta las unidades de pacientes críticos, donde cada uno tiene un rol específico y complementario con el siguiente. El mayor desafío lo representa su articulación, que exige de flujos expeditos entre las unidades (73). Estas corresponden a:

-) *Sistema de Atención Primaria de Urgencia:* habitualmente se ubican adosados a los consultorios de Atención Primaria que también brindan atención de urgencia espontánea para las personas que así lo soliciten.
-) *Sistema de Atención Prehospitalaria*
-) *Atención Hospitalaria:* en este nivel pueden resolver casos de mayor gravedad, poseen mayor apoyo tecnológico y su recurso humano es especializado, lo cual dependerá del nivel de complejidad que tenga el recinto hospitalario. Este cuenta con múltiples servicios para la atención de pacientes con necesidades urgentes: Unidad de Emergencia Hospitalaria (generalmente funciona como puerta de entrada a la atención hospitalaria de urgencia y es conocido como Posta o Servicio de Urgencia), camas de hospitalización de agudos y la Unidad de Paciente Crítico.

Como política, muchos de los establecimientos de la red de urgencia utilizan un sistema de categorización, el cual busca visibilizar y clasificar a los pacientes según el riesgo que representa la patología que les aqueja. Este proceso permite la gestión del servicio en función del

riesgo clínico, buscando manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de paciente. Esta medida es de vital importancia en los centros asistenciales de urgencia en nuestro país, especialmente porque la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Para lograr la categorización de los/as pacientes se considera el motivo de consulta y se indaga especialmente en discriminadores generales como riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) (74). La clasificación establece un sistema de 5 niveles y a cada una de estas categorías se le atribuye un número, un color y un nombre que se definió en términos de “tiempo máximo para el primer contacto con el/la terapeuta” similar al que se muestra en la Tabla 2.2.

TABLA 2.2 *Escala de Categorización de Demanda.*

Tipo de atención	Categorización	Color	Tiempo máximo
Emergencia, atención inmediata	C1	ROJO	Atención inmediata.
Emergencia evidente, atención muy urgente	C2	NARANJA	Atención antes de 30 minutos.
Atención urgente	C3	AMARILLO	Atención antes de 30 minutos o en su defecto, reevaluar.
Atención normal	C4	VERDE	Atención antes de 180 minutos o en su defecto, reevaluar.
Atención no urgente	C5	AZUL	Atención general.

Elaboración propia a partir “El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias”

2.6.2.1 Atención Primaria de Urgencia

La atención primaria de urgencia tiene como objetivo entregar atención de calidad y oportuna a pacientes con patologías de baja complejidad con categorización especialmente C4 y C5 y en ocasiones C3, lo cual a su vez permite disminuir la congestión de los centros de mayor complejidad, que deberían abocarse primordialmente a la atención de pacientes C1, C2 y algunos C3. No obstante, en caso de que lleguen a sus dependencias pacientes C1 y C2, el personal tiene la obligación de otorgar la primera asistencia (dentro de sus capacidades), para luego ser trasladados a los servicios de emergencia disponible.

La incorporación de estos dispositivos a la red asistencial de urgencia ha producido que la atención de urgencias de nivel primario, sea cada vez más relevante. Las atenciones de urgencias realizadas en los SAPU, entre los años 2002 y 2011, aumentaron en un 125% pasando de ser 5,1 millones a 11,5 millones, mientras que en el mismo periodo las atenciones de urgencia

en los Hospitales disminuyeron un 10%, siendo alrededor de 7 millones de atenciones anuales. Actualmente las atenciones en los SAPU corresponden al 62% del total de atenciones de urgencias del Sistema Público de Salud (75).

Los centros de Atención primaria de urgencia se exponen a continuación:

a) Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

El Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia fue creado el año 1990, funcionando en sus inicios a través de una red de dispositivos de atención de urgencia de nivel básico, en barrios de comunas urbanas y/o rurales de mayor vulnerabilidad poblacional, con dificultades de acceso, dispersión o lejanía de centros de salud de mayor nivel resolutivo. Estos servicios fueron concebidos como complementarios a la atención regular de la APS, dispuestos para funcionar en horarios alternos en los propios consultorios madre. Su principal función es acercar la atención de emergencia a la comunidad y acoger y resolver las patologías de emergencia menos complejas y si corresponde, derivar hacia un centro asistencial de mayor especialización (76). Estas unidades cuentan con médico/a, enfermero/a y técnico/a paramédico/a, y si bien sus prestaciones son básicas, en algunos dispositivos cuentan con atención odontológica las cuales se realiza debido a aportes estatales asociados al funcionamiento de estos centros.

Estos dispositivos operan en forma regular todo el año, entregando aquellas prestaciones que, siendo de baja complejidad, aseguran un acceso inmediato y una atención oportuna para resolver situaciones de urgencia y eventualmente salvar situaciones emergentes que pongan en riesgo la integridad de la salud y la vida de las personas, constituyéndose en la primera instancia de atención de la Red de Urgencia del Sistema Público de Salud.

Existen 3 tipos de estos dispositivos: los SAPU cortos, los SAPU largos y los SAPU avanzados. Los dos primeros forman casi la totalidad de estas unidades, y se diferencian entre sí por la cantidad de horas que funcionan a la semana y su distribución: los SAPU cortos se encuentran activos 67 horas a la semana, distribuidas en días hábiles de 17:00 a 24:00 horas y días inhábiles de 8:00 a 24:00 horas, mientras que los SAPU largos operan 123 horas semanales distribuidas en días hábiles de 17:00 a 8:00 horas del día siguiente y los días inhábiles las 24 horas (de 8:00 a 8:00 horas del día siguiente) (77). A diferencia de los SAPU cortos y largos, los

SAPU avanzados funcionan las 24 horas del día durante todo el año, y además cuenta con camillas de observación, exámenes de laboratorio y exámenes radiológicos.

b) Servicio de Urgencia Rural (SUR):

Este programa tiene como objetivo otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia/emergencia médica a la población de las localidades rurales en la que no existe otro establecimiento asistencial que cubra la demanda de urgencia en horarios inhábiles. Existen tres modalidades según corresponda la población designada (78), sus funcionamientos y recursos humanos se describen a continuación en la Tabla 2.3.

TABLA 2.3 *Modalidades de los Servicios de Urgencia Rural.*

	MODALIDAD SUR		
	BAJA	MEDIA	ALTA
Población adscrita	Menor a 10.000 habitantes	de 10.000 a 15.000 habitantes	Superior a 15.000 habitantes
Médico/a	U otro profesional de llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	2: uno residente (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes) y de llamada (de 23:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y sábados, domingos y festivos 24 horas)
Técnico/paramédico/a	Residente (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	Residente (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	Residente (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes, y 24 horas sábados, domingos y festivos)
Chofer	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos)
Camillero	-	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos)	De llamada (de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos)

Elaboración propia a partir de información entregada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

2.6.3. Situación Local

La región de Valparaíso cuenta con una superficie total de 16.303,4 km², de los cuales 394 km² corresponden a territorio insular compuesto por Isla de Pascua, Sala y Gómez, San Félix y San Ambrosio, y el archipiélago de Juan Fernández (todos pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio).

En este territorio habitan 1.832.379 personas aproximadamente, y un tercio de esa población se concentra en las comunas de estudio: Valparaíso cuenta con 295.489 habitantes, mientras que la comuna de Viña del Mar tiene una población de 323.530 habitantes (34).

La red asistencial de la región de Valparaíso está formada por 3 Servicios de Salud - Valparaíso San Antonio, Viña del Mar Quillota y Aconcagua (79)- dado que el escenario de nuestro estudio corresponde a las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, nos enfocaremos en los Servicios de Salud que les competen a estas comunas.

2.6.3.1. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA)

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, ejerce sus funciones sobre las comunas pertenecientes a la provincia de san Antonio y algunas comunas de las provincias de Valparaíso. De esta forma contempla a las comunas de Santo Domingo, San Antonio, Cartagena, El Tabo, El Quisco, Algarrobo, Casablanca, Valparaíso y Juan Fernández. Comprendiendo una población de 479.440 personas, de las cuales el 86,46%, (correspondiente a 414.539 personas) está inscrita y validada en la Red Asistencial (65, 80).

La Red Asistencial del SSVS está conformada por centros de atención dependientes tanto del Servicio de Salud como de las municipalidades. En Atención Primaria -la Red Asistencial- cuenta con 64 centros de atención -solo 2 son dependientes del Servicio de Salud-, de estos 25 corresponden a Centros de Salud Familiar (CESFAM), 20 a Postas de Salud Rural (PSR), 4 a Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 3 a Servicios de Urgencia Rural (SUR) y 12 a Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), sin embargo, 2 de estos últimos funcionan solo durante la época estival. Respecto a este punto, es importante destacar que si bien la población asignada al Servicio de Salud e inscrita en la Red de Atención Primaria está definida, durante este periodo los servicios sanitarios deben albergar a una enorme población flotante, lo que implica un aumento de la demanda asistencial (81).

Además cuenta con 5 Hospitales -todos dependientes del Servicio de Salud-, de los cuales 2 corresponden a Hospitales de alta complejidad (Carlos Van Buren y Eduardo Pereira), uno de mediana complejidad (Claudio Vicuña), uno de baja complejidad (H. San José de Casablanca) y el Hospital Psiquiátrico del Salvador. También cuenta con un centro de Sangre y Tejidos y un Centro de Especialidades Odontológicas.

La Red Asistencial de Urgencia -en el Servicio de Salud- involucra a los 3 servicios de emergencia pertenecientes a los Hospitales Claudio Vicuña de San Antonio, San José de Casablanca y Carlos Van Buren de Valparaíso, los cuales entregan atención especializada de urgencia las 24 horas del día, todos los días del año.

La Red también cuenta con centros de Atención Primaria de Urgencia (SAPU y SUR), 12 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU Cortos y Largos) pertenecientes a las comunas de Valparaíso (Reina Isabel, Quebrada Verde, Placilla, Mena y Placeres), San Antonio (Néstor Fernández Thomas, Bellavista y Barrancas), Cartagena, El Tabo, El Quisco y Algarrobo y 3 Servicios de Urgencia Rural pertenecientes a los sectores de El Tabo, El Quisco y Juan Fernández.

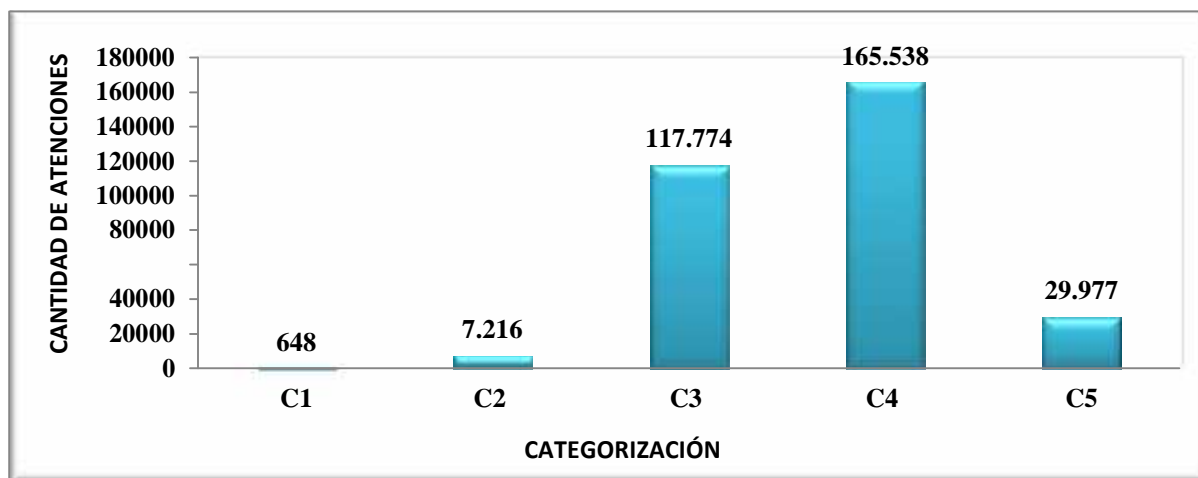
La Red Asistencial durante el 2013 entregó 6.307.502 prestaciones a sus usuarios/as, de las cuales 1.627.895 correspondían a prestaciones otorgadas por los centros de Atención Primaria, 419.355 atenciones por especialistas, 3.271.462 son prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico y 69.302 pertenecen a prestaciones hospitalarias.

El mismo año, la Red de Urgencia efectuó 755.258 atenciones de urgencia: 401.990 fueron efectuadas en los centros de urgencia hospitalarios y 364.105 atenciones fueron realizadas en los centros de urgencia de Atención Primaria. Según la información que se expresa en el Anexo C “Atenciones de Urgencia en el SSVSA” la situación de la provincia se condice con lo que ocurre en el resto del país, en el cual -desde la implementación de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria- las atenciones de urgencia de los recintos hospitalarios han disminuido paulatinamente, mientras que aumentan las atenciones otorgadas por los primeros (82).

Los mismos datos del año 2012 corresponden a 438.738 atenciones de urgencia realizadas en hospitales y 469.321 en APS, lo cual muestra como la población migra lentamente desde los servicios de urgencia hospitalarios a los centros de urgencia de atención primaria. Sin

embargo los servicios de urgencia de los hospitales siguen viéndose atochados por patologías de baja complejidad, tal como lo demuestra el SSVSA en su cuenta pública del 2013, donde de un total de 321.153 categorizaciones que se realizaron en los distintos centros de urgencia pertenecientes a la Red, solo 7.864 atenciones correspondían a categorizaciones C1 y C2 -que consideran a pacientes con patologías graves y/o con riesgo vital- representando solo un 2,44% de las atenciones de urgencia, tal como se muestra en el Gráfico 2.4 a continuación:

GRÁFICO 2.4 *Categorización de Atenciones de Urgencia del SSVSA.*



Elaboración propia a partir de datos entregados por el SSVSA

El Hospital Carlos Van Buren -perteneciente a la comuna de Valparaíso- es el Hospital con mayor complejidad de la Red Asistencial de la zona. Su población asignada sobrepasa los límites del Servicio de Salud e incluso regionales, abarcando a cerca de 3 millones de personas, debido a que pertenece a la Red integrada de salud pública y es referente para la IV y V región en Oncología y para la III, IV y V región en neurocirugía e imagenología compleja.

La unidad de emergencia -correspondiente al Hospital- durante el 2014 alcanzó un promedio de atenciones de 710 atenciones por día, disminuyendo un 8,22% respecto al año anterior (83).

2.6.3.2. Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVMQ)

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota está compuesto por las comunas pertenecientes a la parte sur de la provincia de Valparaíso y las provincias de Quillota y Petorca, correspondientes a 18 comunas; con una población estimada de 1.032.661 habitantes. Sin

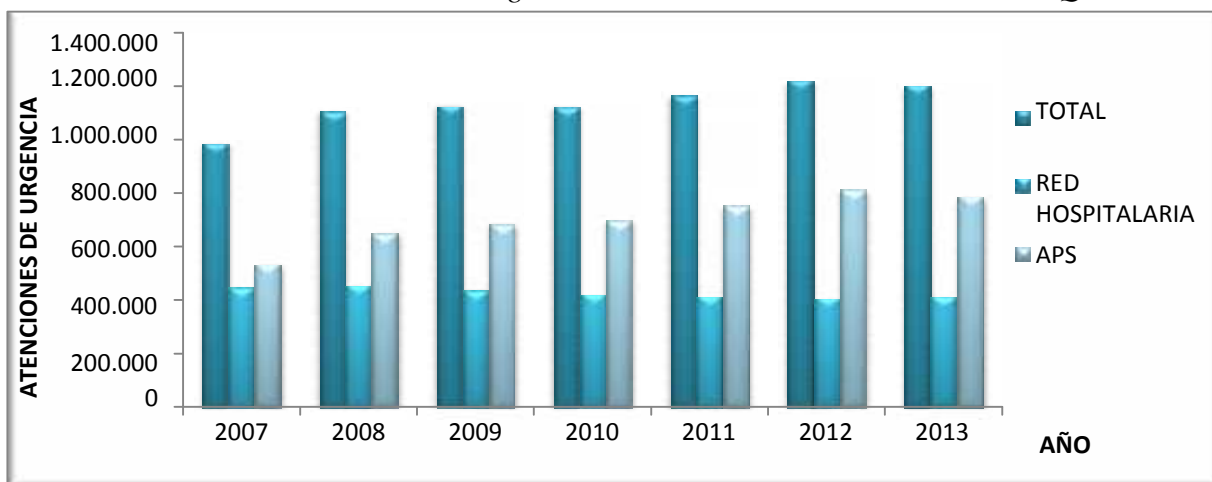
embargo, Viña del Mar concentra al 26,5% de las personas, formando un complejo urbano junto a la otra comuna de estudio: Valparaíso.

La Red Asistencial de la provincia está compuesta por múltiples centros hospitalarios con distintos niveles de complejidad. En la comuna de Viña del Mar se encuentra el Hospital Gustavo Fricke, centro de mayor complejidad del SSVMQ, de referencia regional, supraregional y nacional en áreas como cardiología. Así mismo, la red cuenta con 2 Hospitales de mediana complejidad que se ubican en las comunas de Quillota y Quilpué, el Hospital de San Martín de Quillota (centro de referencia de las provincias Quillota y Petorca) y el Hospital de Quilpué; contando además con Hospitales de baja complejidad en 8 de sus comunas, que corresponden al Hospital Adriana Cousiño de Quintero, el Hospital San Agustín de La Ligua, el Hospital Víctor Moll de Cabildo, el Hospital de Petorca, el Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera, el Hospital Santo Tomás de Limache, el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde y el Hospital Juana Ross de Edwards de Peñablanca (84).

Por otro lado, esta Red Asistencial cuenta con 78 centros de Atención Primaria correspondientes a 29 Postas de Salud Rural, 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 30 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 7 Centros de Salud (CES), 2 Centros de Salud Mental Comunitaria y 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

La comuna de Viña del Mar cuenta con el Hospital de mayor complejidad: Hospital Dr. Gustavo Fricke, 10 CESFAM y 4 CECOSF (81, 85).

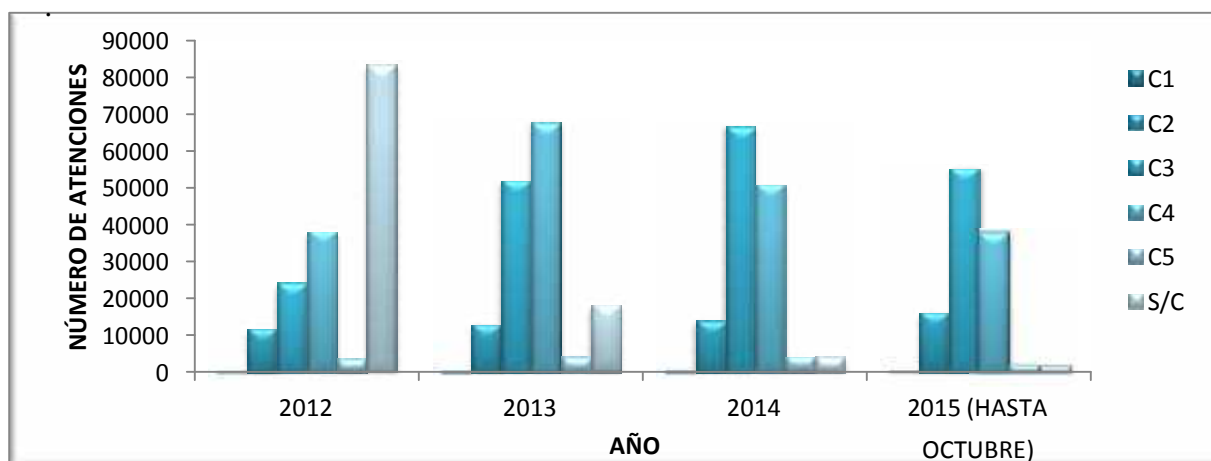
La Red Asistencial de Urgencia -en el Servicio de Salud- comprende los 10 servicios de emergencia pertenecientes a los Hospitales de Viña del Mar, Quillota, Quilpué, Quintero, La Ligua, Cabildo, Petorca, La Calera, Limache y Peñablanca; y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de Las Torres, Artificio, Concón, Gómez Carreño, Dr. Kaplan, Miraflores, Nueva Aurora y Pompeya (86), y sus atenciones de urgencia están representadas en el Gráfico 2.5 expuesto en la siguiente página:

GRÁFICO 2.5 *Atenciones de Urgencia del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.*

Elaboración propia a partir de datos DEIS, MINSAL

La Red de Atención de urgencia en la comuna de Viña del Mar, comprende las atenciones de urgencia y emergencia del Hospital Dr. Gustavo Fricke y los servicios de Urgencia de Atención Primaria. 3 de ellos son SAPU cortos, es decir su funcionamiento se efectúa en horario inhábil entre las 17:00 y las 24:00 horas de Lunes a Viernes y de 8:00 a 24:00 horas los días Sábados, Domingos y Festivos. Estos corresponden a los servicios de Reñaca Alto –Dr. Kaplan-, Gómez Carreño y Las Torres con 32.000, 22.000 y 35.000 atenciones anuales respectivamente; mientras que otros 2, los dispositivos de Miraflores y Nueva Aurora, tienen horario de atención de 8:00 a 24:00 horas todos los días del año, los cuales efectúan alrededor de 66.000 y 51.000 atenciones anuales respectivamente (87).

Por su parte, el Hospital Dr. G. Fricke durante el 2014 realizó 140.123 atenciones de urgencia, sin embargo- y de acuerdo a la categorización de las patologías de los/as pacientes atendidos/as-, sigue siendo muy alto el número de pacientes con categorizaciones que no competen a este tipo de centro asistencial, entorpeciendo la atención de los pacientes prioritarios, tal como se muestra en el Gráfico 2.6. a continuación:

GRÁFICO 2.6 *Atenciones de Urgencia por categorización, Hospital Dr. Gustavo Fricke*

Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por el SSVMQ.

2.6.4. Debilidades de la Red Asistencial

Las principales debilidades de la red asistencial tienen relación con los recursos asociados, ya que si bien el gasto público en salud ha aumentado, este sigue siendo insuficiente. El 4,2% del PIB que destina nuestro país está muy por debajo de lo que recomienda la OMS (6% PIB) y menor aún, al promedio de los países adscritos a la OCDE (6,7% del PIB). Además, es importante destacar los recursos destinados a los subsistemas de salud, donde el 40% de estos se gastan en el 18% de la población (sector privado) mientras que el 60% se utiliza en el 82% de la población que pertenece a FONASA (75).

El escaso gasto público en salud ha producido un desfinanciamiento estructural del Sistema en todos los niveles de atención y los pagos que ejerce FONASA por prestaciones a los establecimientos asistenciales -al igual que en la Atención Primaria- son menores al costo real asociado a las prestaciones, es decir, las instituciones gastan más de lo que facturan (88), manifestándose en diversas insuficiencias de recursos y en una deuda creciente de los Hospitales. Los presupuestos no acordes con las reales necesidades, donde FONASA entrega recursos asociados a prestaciones, con valor único -subvaloradas- (47) sin considerar variables como distancias, valor de insumos, costo especialidades médicas, costo y acceso al recurso humano sanitario, tecnología necesaria y su mantenimiento, entre otras, no da cuenta íntegramente de lo variable de los costos de producción; lo obsoleto del equipamiento e infraestructura; la falta de especialistas, médicos trabajando exclusivamente en el sector privado -que según datos del

Colegio Médico representan el 52% del gremio-, destinando el 62% de las horas disponibles en el país para atender solo a la población con capacidad de pago (47). Por otro lado, en el centro del país se concentra la mayor cantidad de especialistas distribuyéndose en las zonas extremas mayor cantidad de habitantes por cada especialista.

Lo anterior se traduce en la generación de largas listas de espera, lo que ha conllevado –entre otros temas- a la compra de servicios sanitarios al sistema privado. Este fenómeno ha sido favorecido principalmente por la incorporación de las patologías GES, ante las cuales las instituciones públicas no han podido atender las demandas en los plazos correspondientes, obligándose a traspasar fondos al sector privado, aumentando la deuda y el desfinanciamiento de los primeros. La ausencia de recursos para otorgar a la ciudadanía las atenciones necesarias, reduce el número de atenciones –aumentando las listas de espera- u otorga atenciones de menor calidad por la falta de insumos, personal o infraestructura, entre otras.

Otro elemento relevante, tiene relación con el horario productivo del equipo de salud, infraestructura, equipamiento y otros recursos que en promedio funcionan cinco horas diarias, en sus actividades y prestaciones electivas, cuyas jornadas de atenciones de especialidades médicas, se concentran en un 70% en horarios de mañana, dejando una gran brecha de atención en horarios vespertinos e imposibilitando la atención de un grupo importante de usuarios/as.

Todo lo anterior, determina la insuficiente capacidad resolutive de la Atención Primaria, lo que deriva en que estos dispositivos no materialicen su principal propósito de ser la puerta de entrada al sistema de salud. Precisamente a esto hacen referencia algunos estudios de opinión, en los cuales los usuarios del sector público, en general, se manifiestan satisfechos con la atención, y la principal crítica apunta más bien al tiempo de espera para acceder a la atención (89, 90).

El desconocimiento acerca de los distintos niveles de atención existentes y el tipo de servicio al cual acudir de acuerdo a la complejidad de los pacientes son otros hechos que repercuten en la demanda de los servicios de urgencia, provocando el colapso de estos últimos, debido a la concentración de pacientes que no presentan problemas urgentes. Recordemos que en promedio el 70-80% de las atenciones de los servicios de urgencia del país, son padecimientos que debieron ser resueltos o controlados en la atención primaria. Otro factor importante en la Atención Primaria es la falta de la provisión de exámenes, que muchas veces terminan

realizándolos los hospitales, transformándose en un incentivo para que las personas y pacientes vayan a los centros de urgencia, entrando en un círculo de ineficiencia y costos que en nada favorece a las partes, primordialmente a los/as enfermos/as (91).

En relación al tema, el Colegio Médico es categórico al decir que” *la atención de urgencia es un signo de los problemas sistémicos, que se han ido acumulando como consecuencia de un modelo de atención inadecuado, que no se ajusta a las necesidades de la población, que presenta escasez de recursos financieros, profesionales y técnicos, y la inexistencia de una verdadera red asistencial de urgencias que atienda una demanda determinada, por niveles resolutivos de complejidad*” (75).

2.6.5. Medidas para fortalecer La Red Asistencial

El 28 de mayo de 2014, en el marco de los primeros 100 días de su Gobierno, la Presidenta de Chile, Michelle Bachelet, acompañada de Angélica Verdugo -la Subsecretaria de Redes Asistenciales en ese entonces-, anunció el Plan Nacional de Inversión Pública en Salud 2014 – 2018. Este plan contempla entre otras cosas, la inyección de 4.000 millones de dólares en inversión pública en los próximos 4 años. Este importante esfuerzo en salud busca mejorar la actual capacidad diagnóstica y resolutiva, mediante la ampliación y el fortalecimiento de la red asistencial no solo en su nivel primario, si no en todos sus niveles.

El programa contempla: la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar en fase de construcción otros 20 y avances en estudios técnicos de arquitectura e ingeniería y licitación de obras civiles de otros 20 más; contratar 33 horas médicas, lo que equivale a 750 médicos/as especialistas e implementar el Fondo Nacional de Medicamentos. Finalmente y buscando fortalecer la Red de Atención Primaria de Salud, se pondrán en funcionamiento 100 nuevos Centros de Salud Familiar (CESFAM), 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR (92).

2.7 SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución o SAR son dispositivos pertenecientes a la Red de Atención Primaria Comunal y la Red de Urgencia que coordina los distintos niveles de atención. No son SAPU propiamente tales, sino dispositivos cuya mayor capacidad resolutive les permite funcionar como centros de referencia de la Red SAPU comunal (92).

El modelo en el cual está inmerso este proyecto, está basado en una atención de urgencia enfocada en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), cuyo punto de acceso y lugar de resolución de la mayoría de los problemas percibidos como urgentes por los usuarios, sean los centros de Atención Primaria. Se pretende que a través de los SAR aumente el acceso de los usuarios a la red pública del sistema de urgencia, razón por la cual se necesita que estos centros sean capaces de orientar y referir a los pacientes que necesiten continuar con su atención al CESFAM que le corresponda, atender patologías de urgencia de acuerdo al nivel de complejidad de estas y si fuera necesario, derivar oportunamente y en buenas condiciones a aquellos pacientes de mayor complejidad. Es por esto que contempla la existencia de protocolos que permitan la derivación de pacientes en casos determinados, pasantías de formación de los médicos de SAPU y SAR en hospitales y el establecimiento de sistemas de información clínica en red (93).

2.7.1. Objetivos

El principal objetivo de los SAR es entregar atención médica de urgencia, oportuna, resolutive y de calidad a la población, en horario inhábil (complementario al funcionamiento de CESFAM y SAPU), mediante un funcionamiento vespertino-nocturno de 17:00 PM a 08:00 AM y en días no hábiles con un funcionamiento de 24 horas, que otorguen atención médica y procedimientos relacionados con las categorías C3-C4-C5, evitando así que los usuarios concurren a los Servicios de Urgencia de los hospitales -en casos que se trate de patologías de baja complejidad-, asegurando la continuidad de la atención de los pacientes a través de su derivación al equipo de cabecera respectivo -en los casos que así lo exijan- (94).

Otras metas de los SAR, no menos importantes son:

-) Gestionar adecuadamente las demandas de atención de urgencia que requieren de consultas y referencias a otros niveles.
-) Otorgar tratamientos y practicar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes en situación crítica.
-) Derivar y trasladar de manera oportuna y en condiciones seguras a pacientes cuya complejidad o recursos requeridos para su atención, exijan atención en establecimientos de mayor capacidad resolutive, como hospitales.
-) Coordinar la continuidad de la atención de la población inscrita en la red de APS, refiriendo los casos de víctimas de maltrato u otras patologías psicosociales identificadas.
-) Organizar eficientemente la continuidad en la atención de los usuarios de la red de APS, realizando la derivación de los pacientes a sus CESFAM de origen, en los casos que corresponda.
-) Servir como referencia a dispositivos de complejidad menor pertenecientes a la Red de Urgencia Comunal.
-) Promover la disponibilidad de apoyo diagnóstico, exámenes y procedimientos a la red comunal, ya sea para la urgencia en horario inhábil, o para requerimientos programados en horario hábil.
-) Habilitar los servicios de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria.

Con estas medidas se buscar reforzar las atenciones de urgencias, ya que algunos de los problemas más significativos en la salud chilena actual dicen relación con el difícil acceso a la atención médica en horarios nocturnos y días inhábiles, unidades de emergencia hospitalaria saturadas con atenciones de urgencias de baja complejidad y médicos con escaso acceso a equipos o tecnología inmediatos que permitan diagnosticar adecuadamente (95).

2.7.2. Implementación

Los SAR comenzarán a operar bajo dos modalidades: habilitación de espacios, a través de la realización de ampliaciones y modificaciones a los SAPU ya existentes; o mediante la construcción de nueva infraestructura. Estas implementaciones podrían ser asociadas a un CESFAM ya existente o un centro asistencial independiente (96).

El detalle de los SAR que se pondrán en marcha en los próximos años se resume en la Tabla 2.4 que se presenta a continuación:

TABLA 2.4 *Detalle de Número de SAR a habilitar por año.*

AÑO	2014	2015	2016	2017	TOTAL
N° SAR A HABILITAR	14	38	40	40	132

Elaboración propia a partir de Manual Operativo Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)

Estos dispositivos estarán ubicados preferentemente en zonas de alta densidad poblacional, 1 en todas las comunas con más de 30.000 habitantes, 2 en las comunas con más de 100.000 habitantes y 3 en las comunas con más de 200.000 habitantes o que estén próximas a carreteras o vías urbanas de comunicación importantes (97).

2.7.3. Cartera de prestaciones

Los SAR contarán con equipos de Imagenología, kit para exámenes de laboratorio y soporte para Telemedicina, como elementos fundamentales que persiguen aumentar la resolutivez. Las prestaciones entregadas que se realizarán son las siguientes:

-) Consulta médica de urgencia.
-) Procedimientos diagnóstico-terapéuticos que estén asociados a la cartera de prestaciones.
-) Toma de muestra de alcoholemia. No obstante la implementación de esta prestación queda sujeta a la decisión de la Red de Urgencia y APS de cada Servicio de Salud.

En función de su cartera de prestaciones, el dispositivo contará, con múltiples elementos de apoyo diagnóstico como:

Equipos Imagenológicos Osteopulmonares: Son equipos de rayos X digitales utilizados en la evaluación de huesos y pulmones, que luego son transmitidas al Hospital base de referencia para que allí un especialista, desde su monitor, pueda descartar o diagnosticar afecciones óseas y pulmonares. Así, patologías como las fracturas, esguinces y bronquitis podrán ser diagnosticadas a nivel primario siendo derivados al hospital solo aquellos casos cuya

gravedad lo requiera. Es importante señalar que el uso nocturno de estos equipos está enfocado a la resolución de las patologías de urgencia, actuando como instrumento de la red de urgencia, mientras que su uso diurno está asociado a prestar servicios a la red comunal de APS, permitiendo así aumentar la resolutivez a nivel comunal.

Exámenes de Laboratorio: Este tipo de exámenes se realizarán mediante un kit de laboratorio básico que consta de un set de elementos reactivos -cintas Point Of Care-. Este kit permite la realización de exámenes como hemogramas, orina completa, electrolitos y detección de alteraciones en las enzimas cardíacas –que igualmente se analizará en algunos casos, en función de la demanda- y la detección temprana de trastornos como infecciones, anemias, alzas en la glicemia y colesterol; derivando a la urgencia hospitalaria solo a aquellos pacientes cuya gravedad lo exija. Es importante mencionar que los equipos que se utilizarán para estos fines son altamente automatizados y los resultados obtenidos pueden presentar inexactitud en comparación a resultados proporcionados por un laboratorio, o ser sobre utilizados o utilizados inapropiadamente -entre otras desventajas-, principalmente debido a elevada rotación del personal a cargo de estos equipos y al alto número de funcionarios capacitados para operarlos pero con un menor nivel de especialización (98).

Telemedicina: Incluye un equipo de Telecardiología para la realización de electrocardiogramas, cuyos datos serán transmitidos a distancia para que puedan ser leídos e interpretados por el especialista en el hospital. La Teleconsulta también forma parte del proyecto de Telemedicina, cuya implementación en primera instancia está concebida para lugares apartados o aislados. Se busca darle 2 usos básicos: auxilio de profesional de urgencia en hospital base durante la noche (actuando de esta manera como dispositivo de la Red de Urgencia) y auxilio de especialistas durante el día, en estrecha coordinación con los CESFAM y equipos de cabecera (actuando ahora como dispositivo de la Red Comunal de APS). Prestaciones adicionales, como lo son Tele-Laboratorio y Tele-Radiología serán implementadas sólo si se requiriera validar informes por el/la Tecnólogo/a médico/a (93). Bajo esta modalidad y en función de acortar las distancias y potenciar la red asistencial es que se implementarán además:

-) *Tele-Consulta:* Permite realizar consultas desde el equipo del SAR a un/una profesional especialista u otro que se encuentre en el nivel secundario o terciario.
-) *Tele-educación:* actividades de tipo formativas que se efectuarán a nivel de la comunidad,

con la realización de actividades de educación sanitarias realizadas por profesionales de determinados temas (médico/a, enfermera/o, matró/a, encargada/o de Programa del Servicio de Salud, externo al sistema) dirigidas a la comunidad; y a nivel del equipo de salud.

-) *Coordinación de la Red y Gestión Territorial:* A través de la realización de actividades de video conferencias entre los centros de salud y las direcciones de servicio y el MINSAL (96).

2.7.4. Recursos e inversión

Se estima que en los 4 años de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet la inversión en el proyecto SAR será de aproximadamente 114 mil millones de pesos en infraestructura y 64 mil 086 millones de pesos en gastos operacionales, constituyendo una inversión total de 208 mil 288 millones de pesos. Es importante aclarar que se entienden como costos de operación a aquellos costos en los que el país incurre para financiar tanto los recursos humanos como los bienes y servicios de consumo de cada alternativa a desarrollar, y por costos de mantención a aquellos recursos destinados a preservar de manera óptima la operación tanto de la infraestructura física, como la de los equipos y equipamiento considerados. En la Tabla 2.5 se detallan los costos operacionales y de mantención de los SAR el año 2015. Estos incluyen los 14 del año 2014 y los 38 que se pondrán en marcha el año 2015 (97).

TABLA 2.5 *Costos operacionales y de mantención SAR.*

ÍTEM	COSTO MENSUAL EN \$	COSTO ANUAL EN \$
RECURSOS HUMANOS	30.978.000	371.736.000
INSUMOS Y MEDICAMENTOS	14.970.403	179.644.836
OTROS GASTOS DE OPERACIÓN	3.900.000	46.800.000
TELEMEDICINA	709.800	8.517.600
TOTAL	50.558.203	606.698.436

Elaboración a partir de Servicio de Atención Primario de Urgencia de Alta Resolución SAR.

En términos de recursos humanos, a continuación se detalla en la Tabla 2.6 el contemplado para los SAR:

TABLA 2.6 *Recurso Humano del SAR.*

RECURSO HUMANO	CANTIDAD REQUERIDA
MÉDICO	1. El segundo según demanda.
ENFERMERA	1
KINESIÓLOGO	1
TENS	1
TÉCNICO DE RAYOS	2. El tercero según demanda.
ADMINISTRATIVO	1
CHOFER DE AMBULANCIA	1
AGENTE COMUNITARIO	1

Elaborada a partir de Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR).

2.7.5. SAR en la localidad

Los Servicios De Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad que se instalarán en la región de Valparaíso son 15 según la información entregada por el Gobierno (99, 100).

En el territorio del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, se ubicarán 7 de estos dispositivos. El primer dispositivo que se instalará será en la comuna de Concón, cuyo proyecto contempla la construcción de un SAR de 478 m², y se encontrará adosado al Centro de Salud familiar de la comuna y su administración dependerá de esta última. Al ser el primer servicio en instalarse, le corresponde cubrir una población de más de 100.000 personas. Esta nueva unidad de urgencia significa una inversión sectorial de \$929.299.000.- (101).

Si bien, la instalación de este nuevo dispositivo estaba contemplada para el 2015, al consultar a las autoridades locales, se nos informó que estos centros se encontraban en proceso de obtención del Permiso de Obras municipal y la ejecución de las obras debieran comenzar en el segundo trimestre del año 2016 (102).

En el territorio perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota, también se contemplan otros 6 dispositivos, los que se situarán en las comunas de Quillota y Quilpué

durante el 2016; Villa Alemana y La Calera para el periodo 2017 y 2 se ubicarán en la comuna de estudio –Viña del Mar- adosados a los CESFAM, en sector de Miraflores (2017) y el otro en el sector de Nueva Aurora. Este último se encuentra a la espera de la obtención de los recursos, ya que los antecedentes ya fueron ingresados al Banco Integrado de Proyectos. Sin embargo, -para su ejecución- hay que considerar dos aristas importantes: actualmente se está realizando el diseño del nuevo CESFAM de Nueva Aurora -al cual estará adosado el futuro SAR-, estimándose como fecha de término a finales de Febrero de 2016, y se trabaja en la obtención de los recursos necesarios para la habilitación del SAPU provisorio, mientras se realizan las obras (102).

En la comuna de Valparaíso está considerada la instalación de 3 dispositivos, uno en Quebrada Verde, otro en Placilla (la construcción implica además al CESFAM de Placilla al que estará adosado; a Abril del 2015, ya tenían considerado el terreno donde se instalarían de ambos proyectos) (103) y el último en el plan de Valparaíso a pocos metros del Hospital Carlos Van Buren, adosado al centro de atención “Consultorio del Adulto”. Este último SAR se ubicaría en un solo nivel del recinto -el primer piso-, con un área de 504 m² (104), y cuyos costos de habilitación son superiores a los \$523.000.000, mientras que la inversión total del proyecto alcanza los \$ 906.000.000. La ejecución de las Obras, a Diciembre del 2015 tenía un 84% de avance -según relataron las autoridades locales- (105).

Es importante destacar que dicho dispositivo es el único que dependerá directamente del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, debido a que la Corporación Municipal de Valparaíso no contaba con terrenos ni centros asistenciales en dicho sector y por razones estratégicas era importante su ubicación en el lugar. El nuevo centro asistencial busca transformarse en el centro de referencia de la comuna de Valparaíso y según el director del Servicio de Salud su funcionamiento podría comenzar durante el mes de Enero del 2016 (106).

2.8. TECNOLOGÍA MÉDICA

Para comprender en profundidad el fenómeno que guía esta investigación, igualmente resulta indispensable conocer qué es la Tecnología Médica, el rol que cumple el/la profesional tecnólogo/a médico dentro del equipo de salud y cuál es la situación en la que se encuentra la tecnología médica actualmente.

La carrera de Tecnología Médica surge como respuesta a la necesidad de contar con especialistas altamente preparados en los ámbitos de la ciencia y la tecnología, dispuestos a contribuir a los desafíos de la medicina actual, que requiere de un alto nivel de complejidad técnica y que debe llegar en forma oportuna, eficiente y altruista a la totalidad de la población.

La historia de la carrera de Tecnología Médica comienza en 1948, cuando la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social fundó la Escuela Técnica y Administración Hospitalaria, sin embargo, no fue hasta 1960 que se crearon la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad Austral de Chile y el Consejo Superior de la Universidad de Chile fundó la Escuela de Tecnología Médica anexa a la Facultad de Medicina. No obstante, las bases del actual sistema de especialidades fue emitido solo en 1979 con el Decreto Universitario N° 15.082, ante lo cual la Universidad de Chile aprobó el Reglamento de la Carrera de Tecnología Médica, con menciones en Laboratorio Clínico, Banco de Sangre y Hematología; Radiología y Física Médica; Oftalmología; Técnica Histológica y Citodiagnóstico y Otorrinolaringología, definiendo además los planes de estudios de cada una de ellas.

El plan de estudios tipo de esta carrera contempla un ciclo de formación científico-tecnológica y humanista, seguido de un ciclo de especialización en alguna de las siguientes menciones: Bioanálisis clínico, Hematología y Banco de Sangre; Morfofisiopatología y Citodiagnóstico; Oftalmología; Otorrinolaringología y Radiología y Física Médica. Posteriormente, el noveno y décimo semestres se dedican a la realización de la práctica profesional (internado) y a la elaboración de un trabajo de investigación (tesis) en forma sucesiva. Finalmente, para la obtención de la Licenciatura y Título Profesional con la mención cursada, se debe rendir un examen de título y grado, que evidencie las competencias adquiridas en los años de estudios anteriores.

2.8.1. Ejercicio del/la Tecnólogo/a Médico/a en Chile

En su quehacer profesional el/la tecnólogo/a médico/a se puede desempeñar en los siguientes roles, sin ser necesariamente alguno excluyente de otro; a menos que las condiciones laborales o académicas así lo indiquen:

Rol Asistencial: Es aquel que desempeña el/la tecnólogo/a médico/a en un servicio de salud estatal, municipal o privado, aportando los conocimientos científicos y tecnológicos propios de su mención en el montaje, ejecución, supervisión y control de técnicas imprescindibles en el diagnóstico y tratamiento del paciente, para prevenir, mantener y/o recuperar la salud de estos, ya sea a nivel individual o colectivo. Para efectos del presente trabajo de investigación, procederemos a describir en detalle aquellas 2 especialidades insertas dentro

del rol asistencial del tecnólogo/a médico/a especialmente relevantes en esta investigación, debido a que ambas se relacionan con algunas de las prestaciones que los SAR entregarán dentro de su cartera de atenciones:

- *Radiología y Física Médica:* en esta especialidad el/la tecnólogo/a médico/a con conocimientos adquiridos relaciona, aplica y evalúa en las áreas de radiodiagnóstico, medicina nuclear, ultrasonido, resonancia nuclear magnética, radioterapia y electromedicina, permitiéndole contribuir al diagnóstico, fomento, recuperación y rehabilitación de salud.
- *Bioanálisis clínico, Hematología y Banco de Sangre:* el/la tecnólogo/a médico/a, en esta especialidad, aplica los conocimientos y habilidades adquiridas en el área de bioanálisis clínico, bioquímica, biotecnología, inmunología, hematología, banco de sangre, inmunohematología, parasitología y microbiología que le permitan planificar, ejecutar y evaluar diferentes exámenes, técnicas y procedimientos en los cuales se apoya el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, participando así en la protección, recuperación y rehabilitación de la salud (107).

Rol Administrativo: Cuando el/la tecnólogo/a médico/a asume este rol, tiene a su cargo la organización, coordinación y dirección de las distintas funciones realizadas en los servicios donde se desempeña. Además debe supervisar el personal a su cargo y ser responsable del equipo de recursos humanos que se requiera para el buen funcionamiento de su servicio, de proveer insumos en los tiempos pertinentes y mantener en óptimas condiciones equipos e instrumental. En el ámbito privado incluso, el Decreto Supremo 170/77, reconoce su competencia para ejercer el cargo de director técnico en los laboratorios clínicos.

Rol Docente: El/la tecnólogo/a médico/a participa generalmente en el ámbito universitario, en actividades docentes de escuelas de la salud ya sea como profesor, coordinador, director o catedrático de asignaturas sobre ciencias básicas, aplicadas y especializadas de las distintas menciones. En los servicios de salud puede participar en la capacitación de otros profesionales, colaborar en la formación de alumnos, en prácticas profesionales, etc.

Rol en Extensión: El/la tecnólogo/a médico/a puede planificar y/o participar en campañas de prevención y educación relativas a la salud y también en el diagnóstico de patologías incluidas en los programas de salud.

Rol de Investigación: El/la tecnólogo/a médico/a puede participar en trabajos de investigación en ciencias básicas o aplicadas como autor/a, coautor/a, colaborador/a técnico/a o

asesor/a. También está facultado/a para publicar sus estudios en revistas nacionales o extranjeras, dirigir o asesorar a tesis y organizar y participar en congresos, jornadas o seminarios, nacionales o internacionales.

Actualmente el/la tecnólogo/a médico/a se ha convertido en un/a profesional indispensable en el equipo multidisciplinario de salud, con un rol muy importante en el diagnóstico y tratamiento de los/as pacientes; debido a la altamente tecnologizada medicina actual, que a diferencia de la de algunas décadas atrás, en la que el diagnóstico se efectuaba principalmente en base a la clínica de los/as pacientes basada en signos y síntomas, hoy exige la realización de exámenes de calidad y diagnósticos, altamente fidedignos y realizados por profesionales calificados/as especialmente para ello.

Debido a que la profesión de Tecnología Médica comprende distintas especialidades, es difícil definir la cantidad de tecnólogos/as médicos/as por mención que ejercen en nuestro país. Al tratar de establecer el número de profesionales laboralmente activos- no solo por mención, sino que también en función de los subsistemas o niveles de atención en los que se desempeñan-, esta tarea resulta bastante compleja e imposible en algunos casos, principalmente debido a la escasa información disponible incluso a nivel de Subsecretarías y otras autoridades sanitarias. Es importante destacar que durante en la investigación nos encontramos con el acta de una de las reuniones sostenida por el Colegio de Tecnólogos/as Médico/as y las autoridades ministeriales, donde estas últimas acuerdan –entre otros puntos- *“Realizar un diagnóstico acerca de la cantidad de tecnólogos/as médico/as que existen en el país por mención y región y su distribución entre sector público y privado”* (108), acuerdo que a Diciembre de 2015 -según el gremio- las autoridades no han cumplido.

No obstante, es posible determinar el número total aproximado de tecnólogos/as médicos/as que ejercen en el país. Según la Superintendencia de Salud, a junio del 2013 se encontraban registrados 8.695 tecnólogos/as médicos/as (109), correspondiendo al 3,18% del total de las/os profesionales de la salud (en dicho periodo), mientras que el Colegio de Tecnólogos/as Médico/as en una de sus declaraciones públicas -a finales del 2014-, hace referencia a que la comunidad de tecnología médica estaba formada por 10.000 profesionales y 9.000 estudiantes (110), de los cuales 2300 pertenecían al SNSS. Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) -en su compendio 2013- determinó que en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a nivel regional habían 204 tecnólogos/as médicos /as contratados en los distintos niveles de atención (111). Es importante destacar que debido la especialización de los/las profesionales de esta área, la mayor parte de ellos/as se encuentran en los

establecimientos de niveles secundarios o terciarios -de la zona centro del país-, correspondiendo a una cifra menor los profesionales que ejercen sus funciones en la Atención Primaria, y quienes en su mayoría corresponden a los/las tecnólogos/as médicos/as con mención en oftalmología, cumpliendo con su labor en las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).

Por otro lado, en actas de las reuniones entre el Colegio de Tecnólogos/as Médico/as y la autoridad sanitaria, se han acordado estudiar la incorporación del resto de las menciones a la Atención Primaria de salud, por ejemplo la incorporación de los Tecnólogos Médicos de morfofisiopatología y citodiagnóstico a la resolución de exámenes de Papanicolau y el aumento en la cobertura de las UAPOS (108).

Según el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, en el sector público de la comuna de Viña del Mar hay contratados/as 41 tecnólogos/as médicos/as en el centro de alta complejidad Hospital Gustavo Fricke, mientras que solo 5 ejercen sus funciones en servicios de Atención Primaria, específicamente en las UAPO de los CESFAM. En estos casos se hace referencia a los profesionales con mención en Oftalmología. (Información entregada bajo la ley de transparencia). La comuna de Valparaíso por su parte, en Atención Primaria considera 140 horas para los/las profesionales tecnólogo/as médico/as.

Debido a las características tan amplias del subsistema de salud privado, es complejo determinar la ubicación de los/las tecnólogos/as médicos/as en dicho campo. Sin embargo, es importante señalar las prestaciones que el subsistema privado de salud le concede a los usuarios pertenecientes a FONASA a través del sistema de libre elección, del cual podemos destacar la gran cantidad de exámenes que se realizaron durante el año 2012 –tal como se expone en la Tabla 2.7-, superando incluso a las consultas médicas (111), revelando la valoración que hoy tienen los procedimientos de apoyo diagnóstico en la salud de la población.

TABLA 2.7 *Prestaciones MLE para usuarios de FONASA.*

PRESTACIONES	A NIVEL NACIONAL	REGIÓN DE VALPARAÍSO
CONSULTAS MÉDICAS	14.182.205	1.720.951
TOTAL DE EXÁMENES	19.912.154	2.231.752
EXÁMENES DE LABORATORIO	15.743.621	1.808.537
EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA	3.691.232	378.554

Elaboración propia a partir de datos entregados por INE.

2.9. CONTROVERSIAS EN EL PROYECTO SAR

Es importante añadir a la información anteriormente expuesta, que la implementación de los SAR no ha estado ajena de polémicas, especialmente porque el Gobierno actual -a través de esta medida- busca otorgar mayor resolutiveidad a la Atención Primaria de urgencia. La controversia surge a propósito del recurso humano contemplado en estos nuevos dispositivos, el cual no considera al profesional tecnólogo/a médico/a entre sus funcionarios/as, pese a que son precisamente los exámenes de laboratorio y radiología los que primordialmente contribuirán al aumento de resolutiveidad-, adjudicando la toma de exámenes radiológicos a técnicos paramédicos con especialización en radiología y sin especificar qué profesional estará a cargo de los exámenes de laboratorio clínico.

2.9.1. Posiciones frente a la situación

Frente a la situación que involucra a los SAR, la comunidad de Tecnología Médica, representada por su gremio -el Colegio de Tecnólogos Médicos-, ha exigido la incorporación inmediata del/la profesional tecnólogo/a médico/a al recurso humano de estos nuevos dispositivos; principalmente por la calificación que presentan estos/as profesionales y el rol que cumplen dentro del equipo de salud. No obstante, este requerimiento también se efectúa por la defensa de la salud pública y la tan nombrada “equidad”, toda vez que un porcentaje importante de la población, solo tiene acceso a la salud pública y bajo la premisa de que cada ser humano tiene el derecho a recibir atención oportuna y de calidad, lo que se traduce –entre otros temas- en la atención con los profesionales calificados para cada acción.

Ejemplo de lo recién expuesto, son las declaraciones de la presidenta del Colegio de Tecnólogos Médicos, Verónica Rosales, quien califica la decisión del MINSAL como *“altamente discriminatoria porque obliga sólo a los usuarios de la salud pública, de los sectores más vulnerables, a tomarse exámenes clínicos con personal sin las competencias necesarias, corriendo el riesgo de recibir resultados erróneos y que ello pueda conducir a malas decisiones, con gran repercusión sobre su salud”*. También sostuvo que la Ministra de Salud –de ese entonces- Sra. Helia Molina, deberá asumir las consecuencias de la decisión adoptada por la cartera de Salud, *“porque está poniendo en riesgo la salud de las pacientes que tengan que realizarse, por ejemplo, una mamografía, ellas al ser atendidas por funcionarios sin*

conocimientos, quedan expuestas a recibir dosis de radiación, lo que puede desencadenar en un cáncer, que es justo lo que se intenta prevenir” (112).

Por otro lado, el Ministerio de Salud junto a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, han informado a través de múltiples manifestaciones (declaraciones públicas, comunicados, entre otras) que los auxiliares paramédicos están facultados para realizar procedimientos de apoyo diagnóstico radiológico, amparándose esencialmente en la falta de recursos económicos y en su facultad de normar, específicamente autorizando a estos funcionarios a realizar acciones distintas a las establecidas por la legislación (113).

Por su parte, la Contraloría General de la República -en su pronunciamiento frente a la situación que acontece-, ha visibilizado que el marco regulatorio no permite -en estas circunstancias- que el técnico en radiodiagnóstico realice los exámenes correspondientes.

2.9.2. Marco Jurídico

Para comprender la problemática de la nueva unidad sanitaria, es imprescindible abocarnos a la legislación que involucra a los procedimientos de apoyo diagnósticos -tanto en laboratorio clínico como los que utilizan radiaciones ionizantes- y los márgenes de acción o facultades de los/as distintos/as funcionarios/as implicados/as.

El Código Sanitario establece en su artículo 112 que para desempeñarse en las actividades relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud se debe obtener el respectivo título en alguna de las Universidades reconocidas por el Estado y estar habilitado/a legalmente para el ejercicio de su profesión. Asimismo, establece que las profesiones auxiliares -a las antes mencionadas- deben ser determinadas bajo un reglamento y autorizadas por el Director General de Salud (114).

No obstante, la autoridad sanitaria hace referencia al artículo 112, inciso segundo del Código Sanitario, -el cual señala que los/as técnicos/as paramédicos/as podrán ejercer las profesiones de la salud y desempeñarse en las actividades relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, siempre y cuando cuenten con la autorización de la autoridad sanitaria-, expresando que con el proceder del Ministerio de Salud, al aprobar la implementación de los SAR (resolución exenta N° 872, de 2014) otorga la autorización a los/as técnicos/as paramédicos/as de radiología a realizar exámenes radiográficos (115), desconociendo así el

reglamento que impera sobre dichos funcionarios de la salud –Decreto N° 1704 de 1993 del Ministerio de Salud, “Reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares”-, ordenanza que define las directrices para estos funcionarios, el que en su artículo 3° indica que el/la técnico/a paramédico/a de Radiología, Radioterapia, Laboratorio y Banco de Sangre, es la persona capacitada para desempeñarse en las funciones que le competen, bajo la supervisión directa del/la profesional correspondiente. Dicho documento –además- especifica las funciones que le competen, estableciendo en cada una de ellas las labores de apoyo que entregan a los/as profesionales responsables, ya sea en tareas como la atención de pacientes; en la ejecución de las técnicas; en la preparación del material de uso, la sala y de las muestras -para que el profesional proceda con el examen o la terapia- y en las actividades educativas para informar a los/as pacientes (preparación previa, cuidados posteriores, importancia de la toma oportuna de exámenes, entre otros) (116).

En cuanto a lo que respecta a laboratorios clínicos, la norma se encuentra en el Decreto N° 20, emitido en 2011, donde especifica en su Artículo 1°, que laboratorio clínico “*es aquel servicio, unidad o establecimiento público o privado que tiene por objeto la ejecución de exámenes o análisis de apoyo clínico y diagnóstico en salud humana, tales como exámenes hematológicos, bioquímicos, hormonales, genéticos, inmunológicos, microbiológicos, parasitológicos, virológicos, citológicos, histopatológicos y toxicológicos, con fines de prevención, diagnóstico o control de tratamiento de las enfermedades, estados fisiológicos o condiciones de filiación*” lo cual claramente hace referencia a las prestaciones que se realizarán en las dependencias de los nuevos dispositivos, y al referirse a la dirección técnica de estos servicios otorga la ejecución exclusiva a los/as siguientes profesionales: “*Médico Cirujano, con especialización en Laboratorios Clínicos, o Anatomía Patológica, certificada, en su caso, o bien, Tecnólogo/a Médico/a con mención en Laboratorios clínicos, Morfocitopatología y Citodiagnóstico, Químico/a Farmacéutico/a o Bioquímico/a, todos/as con experiencia de al menos un año en el área de Laboratorios Clínicos*” (117), de los/as cuales ninguno/a es considerado/a dentro del recurso humano de los SAR.

Por otro lado, en cuanto al radiodiagnóstico, la norma en su Artículo 86° exige que las personas que se desempeñen en instalaciones radiactivas, ya sea en la manipulación de elementos radiactivos o en la operación de aparatos que generen radiaciones ionizantes, deben

contar con la autorización sanitaria emitida por el Servicio de Salud correspondiente y para esta autorización es imprescindible contar con la licencia secundaria, la aprobación de un curso de protección radiológica (o en su defecto, experiencia práctica) (118), además de su historial dosimétrico. Sin embargo, la Contraloría General de la República especifica que la sola autorización no habilita para la realización de ningún tipo de acción relacionada a las actividades propias de la medicina o auxiliares a ésta (115) y que toda persona que obtenga su título por estudios efectuados en Liceos Técnico Profesionales, en Centros de Formación Técnica u otros establecimientos de educación superior reconocidos oficialmente, se encuentran habilitados para ejercer su especialidad sin la necesidad de demostrar sus conocimientos o competencias (114).

El ejercicio ilegal de la profesión se encuentra normado en el Código Penal, en su Artículo 213°, estableciendo la consideración del ejercicio ilegal de la profesión cuando la persona finja ser autoridad, funcionario/a público/a o titular de una profesión que, por disposición de la Ley requiera título o el cumplimiento de determinados requisitos, y ejerciere actos propios de dichos cargos o profesiones. Lo anterior se materializa en dos elementos: fingir ser titular de una profesión que requiera de título y ejecutar actos propios de dicha profesión (119). En relación a la Tecnología Médica, en la Ley 17.164, en su Artículo 27°, se identifica dicho ejercicio ilegal a través de la persona que ejerza actos propios de la profesión de Tecnólogo/a médico/a, en forma remunerada o no, sin estar en posesión del título respectivo (120).

2.10 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como egresadas de la Escuela de Tecnología Médica, tenemos un claro posicionamiento frente a la situación, conocemos a cabalidad la función de nuestra profesión dentro del equipo de salud y no buscamos posicionar el rol del/la tecnólogo/a médico/a, -puesto que eso- ya está explícito y amparado en la legislación vigente. No obstante, y a propósito de la ausencia de discurso por parte de la comunidad médica y en función del rol que cumple el /la profesional médico/a dentro de nuestra sociedad, nos surge la inquietud de cuál es la percepción de estos/as frente a la problemática de exclusión de tecnólogos/as médicos/as de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución.

Para estos efectos, es que es preciso recordar que los/as médicos/as cirujanos/as son profesionales del área de la salud, entre cuyas facultades se encuentran la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya sea en las personas o en las comunidades, sustentándose sobre la base del conocimiento integral del desarrollo normal del ser humano y de la sociedad. Sus labores promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras le permiten realizar diagnósticos de manera oportuna de las patologías humanas, basados en el conocimiento médico actualizado (121) y el trabajo interdisciplinario que realiza en conjunto con los demás profesionales de la salud. Históricamente hemos sido testigos de cómo la profesión médica ha cobrado mayor relevancia dentro de las profesiones de salud, instaurándose la cultura medicalizada, hecho que es constatable a través de una revisión de la literatura acerca de la profesión médica y sus aristas, en la que se explica cómo los/as médicos/as ostentan el control sobre el sistema de trabajo, las decisiones y políticas que giran en torno al sector de la salud (122). Esta característica de la profesión médica no se debe solamente a la importancia social que se le atribuye a los/as médicos/as por encargarse de una labor tan valorada como lo son el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, si no que más bien, se relaciona con la organización de la profesión, que consta de un extenso período formativo de sólidos conocimientos teóricos y una orientación hacia el servicio comunitario. Todo esto, sumado al dominio que los /as médicos/as ejercen sobre el ámbito de competencia en la atención de salud, que implica el convencimiento colectivo de que son médicos/as los/as profesionales que más capacitados/as se encuentran para manejar todo aquello relativo a la asistencia sanitaria, percepción que además es compartida por instituciones externas –entre ellas el Estado-, por los/las pacientes, y por los/as propios/as médicos/as (123). En este sentido, su percepción es de gran importancia, especialmente por el rol sanitario que cumplen en nuestro país, y primordialmente porque es el/la profesional que debe decidir y proceder en función de los resultados de los exámenes que se ejecuten. La percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (124).

Respecto al sector donde indagaremos, se ha decidido escoger el Servicio de Salud Público, ya que los profesionales que ahí se desempeñan conocen las fortalezas y falencias del sistema, de modo que sus percepciones son significativas y relevantes para este estudio.

Finalmente, debemos señalar que la opción de centrar el estudio en los/as médicos/as de las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar, responde en primera instancia a un factor geográfico y de gestión. Así mismo se ha querido contribuir a la descentralización del conocimiento, ya que la mayoría de las de las discusiones en torno a la implementación de los SAR se centran y generan en la capital de nuestro país, Santiago.

Otro elemento importante de definir para la presente investigación, es el trabajo multiprofesional e interdisciplinario en salud. Se habla de que el trabajo en equipo es multiprofesional cuando intervienen miembros de diferentes disciplinas, frente a cualquier situación, independiente de la interrelación e interacción entre ellos. El trabajo multiprofesional es, a su vez, interdisciplinario cuando existe una efectiva comunicación e interacción dinámica entre los miembros de las diferentes disciplinas, lo cual asegura, por ende, su eficaz intervención (125).

CAPITULO 3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las percepciones de los/as Médicos/as del Servicio Público de Valparaíso y Viña del Mar, acerca de la pertinencia de incluir a los/as Tecnólogos/as médicos/as en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-) Explorar la opinión acerca de los SAR, su implementación y funcionamiento.
-) Explorar la valoración del trabajo interdisciplinario en la Atención Primaria de Urgencia.
-) Identificar el conocimiento y valoración de la labor del tecnólogo/a médico/a y los elementos que potencian o limitan la presencia de estos/as profesionales en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad.

CAPITULO 4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El estudio que realizamos es de tipo exploratorio y descriptivo. Es de carácter exploratorio debido a que se dirige a entender un fenómeno poco conocido o poco estudiado, y desea entrar en el tema para iniciar el conocimiento en torno a éste. También contiene características descriptivas, puesto que persigue describir y documentar el fenómeno en estudio (126).

Para el cumplimiento satisfactorio de los objetivos planteados anteriormente, estimamos pertinente la utilización de un enfoque metodológico cualitativo, el cual tradicionalmente apunta a una lógica inductiva –es decir, que parte desde los datos para llegar a contrastar hipótesis o teorías acerca del fenómeno en cuestión- y en el cual se concibe a los sujetos del estudio desde una perspectiva holística, sin reducirlos a variables, y trata de comprenderlos a partir de su marco de referencia contextual.

Son estas mismas características las que hacen que el plan de recolección de información sea emergente y cambiante en función de los hallazgos que se han encontrado durante el avance del proceso investigativo. Este plan entrega la pauta acerca de cuáles son las estrategias de recolección de datos más pertinentes y lugares más convenientes para el desarrollo de la investigación. No obstante, todo lo anterior, debemos tener en consideración las características propias de los participantes, el grado de familiaridad con la realidad objeto de análisis, la disponibilidad de tiempo de los investigadores/as y el nivel de profundidad alcanzado en el proceso investigativo (127).

La elección del diseño para la presente investigación es de tipo No Experimental y Transversal; lo primero por no tener una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, en tanto se observará lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna; y Transversal, pues se tomó un fenómeno en un tiempo determinado (el presente) (128).

4.2. LUGAR DE ESTUDIO

El escenario de estudio corresponde a las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, pertenecientes a la quinta Región de Valparaíso.

4.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para producir los datos que proporcionan la información necesaria para abordar la pregunta de investigación, la metodología empleada se basa en la aplicación de entrevistas semi estructuradas, individuales y dirigidas a través de la realización de preguntas definidas previamente en una pauta de entrevista o guión. Estas son aplicadas tanto a informantes claves como a los/as participantes pertenecientes a los diferentes perfiles establecidos.

Por otra parte, el paradigma o fundamento epistemológico de investigación escogido es el Fenomenológico, el cual se caracteriza por centrar su interés en la comprensión de fenómenos a través de la interpretación de las percepciones que generan en las personas, según la experiencia vivida (129). En el caso particular de esta investigación, el fenómeno a explorar es la no inclusión de tecnólogos/as médicos/as en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), a través de la percepción de médicos/as del Servicio de Salud público de Valparaíso y Viña del Mar. Sin embargo, se utilizó conjuntamente una técnica etnográfica –que es la observación-, para lo cual se utilizó un cuaderno de campo.

4.4. DESCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES

Las personas que participan de esta investigación están divididas en dos grandes grupos, estos son:

-) Informantes Claves (autoridades médicas en función de su rol)
-) Médicos/as en ejercicio, según perfiles.

4.4.1. Criterios de selección e inclusión

4.4.1.1. Autoridades médicas o informantes claves

Consideramos de gran relevancia para esta investigación, contar con la colaboración de Autoridades Médicas (a razón de uno por área), quienes podrán propiciarnos información valiosa en relación a la implementación de los SAR. Estos serán:

-) del Área de la Salud Pública Gubernamental.
-) del Área Académica.
-) del Colegio Médico.
-) de la Dirección de Hospitales Públicos de Valparaíso y Viña del Mar.

4.4.1.2. Médicos/as en ejercicio

Los/as Médicos/as del Sistema Público en ejercicio:

-) *Tipo de Profesional:* profesionales médicos.
-) *Sector de Trabajo:* Para efectos de conocer la percepción de profesionales que conocen desde su experiencia personal y laboral el campo de nuestra investigación, se seleccionan solo médicos/as que se desempeñen en el Servicio Público de Salud, específicamente en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.
-) *Experiencia Laboral:* Esta investigación se basa en la experiencia de estos/as profesionales, por tanto, se ha decidido contar solo con Médicos/as que hayan ejercido al menos 3 años.

4.4.2. Técnica de selección de participantes.

Para llegar a dilucidar los participantes de estudio, se utiliza un diseño muestral teórico. Este es un tipo de muestreo no probabilístico, que depende de las habilidades del investigador/a para decidir acerca de qué observar, basándose en criterios como la oportunidad, el interés personal, los recursos disponibles y la naturaleza del problema que está siendo investigado. En este tipo de diseño el investigador aplica una lógica comprensiva que dependerá de los avances que se vayan logrando en el entendimiento del problema de investigación, durante el desarrollo de la misma (127). Al mismo tiempo se realiza un muestreo de tipo opinático, el cual utiliza criterios de selección de participantes. Estos criterios sin embargo, deben ser

representativos de los discursos de estos. Es decir, consiste en la aplicación de criterios de segmentación -de atributos de las personas-, relacionados a los objetivos del trabajo de investigación y por ende al marco referencial de ésta (129).

4.5. DEFINICIÓN DE PERFILES SUJETOS PARTICIPANTES

Los perfiles definidos en la presente investigación se detallan en la Tabla 4.1 a continuación:

TABLA 4.1 *Perfiles de Estudio.*

TIPO DE MÉDICO/A	EJERCICIO EN SECTOR PÚBLICO	Nº PERFIL	Nº ENTREVISTA ACUMULADO	Nº ENTREVISTA
Médico/a General SAPU (MS)	< 10 años (ID)	P1 MS ID	4	1
				2
				3
				4
Médico/a Internista Urgenciólogo/a (MI)	< 10 años (ID)	P2 MI ID	9	5
				6
				7
				8
				9
	>10 años (SD)	P3 MI SD	13	10
				11
				12
				13
				14
Médico/a Radiólogo/a (MR)	<10 años (ID)	P4 MR ID	16	15
				16
				17
	>10 años (SD)	P5 MR SD	18	17
				18
				18

Elaboración propia.

4.5.1. Justificación elección de perfiles.

En primera instancia, la clasificación de perfiles según su especialidad médica, obedece a la necesidad de conocer la percepción de profesionales que se desempeñan en distintas áreas, con el objeto de comparar sus discursos. Se seleccionan aquellos/as profesionales que actualmente se desempeñan en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), principalmente por 2 razones: primeramente por las similitudes que estos dispositivos comparten con los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) –ambos dispositivos pertenecen a la Red Asistencial de Urgencia en el nivel de Atención Primaria, por lo tanto, los pacientes usuarios de ambos dispositivos en función de la categorización que representa el riesgo de su patología son similares- y segundo, porque son algunos de estos servicios a los que próximamente se les realizarán ampliaciones y modificaciones para permitir precisamente el funcionamiento de algunos SAR.

La decisión de contar con profesionales Internistas Urgenciólogos/as se debe a que estos/as profesionales igualmente se desempeñan en el área de urgencias, pero en Servicios de mayor complejidad - los Hospitales-, por lo que resulta particularmente interesante conocer la percepción de estos, en relación a los distintos fenómenos que involucran a los nuevos dispositivos de Atención Primaria de urgencia-los SAR-.

Finalmente se seleccionan médicos/as radiólogos/as, primordialmente debido al trabajo diagnóstico que estos/as realizan en función de los distintos exámenes radiológicos, razón por la cual estimamos de vital importancia conocer su percepción en torno a las características que presentan las nuevas unidades asistenciales -en cuya cartera de prestaciones se incluyen exámenes de radiología-.

La decisión de delimitar los perfiles, además, según los años de ejercicio en el Sector Público –más de 10 años o menos de 10 años-, tiene por objeto establecer si existen diferencias en la percepción de los/as participantes en función de la cantidad de años de experiencia de estos en el Sector público.

Para finalizar, se sometió a los perfiles a una tercera clasificación: el trabajo directo con tecnólogos/as médico/as; esto para observar si existían diferencias discursivas de los/as participantes relacionadas con un trabajo más o menos directo con estos/as profesionales.

Durante el transcurso de esta investigación y luego de la dificultad para establecer límites entre el trabajo directo o no con el/la tecnólogo/a médico/a, debido a que gran parte de los/a entrevistados/as habían ejercido (o realizado prácticas) en los establecimientos de mayor complejidad, donde habitualmente se encuentran los servicios de apoyo diagnóstico tecnológico –áreas de desempeños del/la tecnólogo/a médico/a-, no obstante, al no trabajar en el mismo sector dentro del recinto hospitalario, sus labores no se relacionan directamente, y solo existe contacto cuando algunos de los/as profesionales –principalmente por necesidad- se dirige al servicio donde labora el otro funcionario. Cabe destacar que en esta situación no se encuentran los/as médicos/as radiólogos/as, quienes dada sus funciones, trabajan en contacto directo con el/la profesional tecnólogo/a médico/a. Debido a lo expresado, se decidió conjuntamente al profesor guía, la eliminación de esta clasificación, quedando los perfiles finalmente como en la tabla -anteriormente expuesta- se detalla.

4.5.2. Categorías de análisis.

Originalmente se habían establecido 4 categorías de análisis, las cuales durante el desarrollo de la investigación fueron modificadas. La primera categoría -opinión acerca de los SAR, su implementación y funcionamiento-, fue variada a opinión y conocimiento acerca de los SAR, siendo posteriormente dividida en 2 subcategorías. La segunda categoría, valoración del trabajo interdisciplinario en Servicios de Atención Primaria de Urgencia se mantuvo, no obstante también fue dividida en 2 subcategorías. En cuanto a la categoría preliminar de valoración de las necesidades de otros/as profesionales de la salud en Atención Primaria de Urgencia, esta fue modificada y transformada en una de las subcategorías de la categoría anteriormente mencionada. Igualmente la cuarta categoría -opinión de la pertinencia de incluir a Tecnólogos/as médico/as en los SAR-, fue transformada en valoración del profesional Tecnólogo/a médico/a, la cual se constituye de 3 subcategorías. Finalmente fue incorporada una nueva categoría, la opinión acerca de que el MINSAL permita que labores propias del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR).

A continuación, en la Tabla 4.2 se detallan las categorías y subcategorías de análisis finales que guían la presente investigación:

TABLA 4.2 *Categorías de análisis desarrolladas.*

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS
1.Opinión y conocimiento acerca de los SAR	1.1 Conocimiento acerca de los SAR. 1.2 Opinión acerca de la implementación y funcionamiento de los SAR
2.Valoración del trabajo interdisciplinario en Servicios de Atención Primaria de Urgencia	2.1 Valoración de las funciones de los/as distintos/as trabajadores/as del equipo de salud. 2.2. Valoración del equipo de salud contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as de la salud (distintos al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos.
3.Valoración del profesional Tecnólogo/a médico/a	3.1 Conocimiento acerca de la labor y funciones del Tecnólogo/a médico/a. 3.2 Opinión acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos/as médico/as en los SAR y las razones de su no inclusión en estos dispositivos. 3.3 Opinión acerca de que otros/as funcionarios/as realicen labores propias del Tecnólogo/a médico/a.
4.Explorar la opinión acerca de que el MINSAL permita que labores propias del Tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros funcionarios del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR)	

Elaboración propia.

4.5.3. Sistema de categorías por perfiles.

La Tabla 4.3 a continuación resume el sistema de categorías por perfiles:

TABLA 4.3 *Sistema de categorías por perfiles.*

CÓDIGOS DE PERFILES	SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS								
	Conocimiento acerca de los SAR.	Opinión acerca de la implementación y funcionamiento de los SAR	Valoración de las funciones de los distintos/as trabajadores/as del equipo de salud	Valoración del equipo de salud contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as	de la salud (distintos al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos	Conocimiento acerca de la labor y funciones del Tecnólogo/a médico/a.	Opinión acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos/as médico/as en los SAR y las razones de su no inclusión en estos dispositivos.	Opinión acerca de que otros/as funcionarios /as realicen labores propias del Tecnólogo/a médico/a	Opinión acerca de que el MINSAL permita que labores propias del Tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público
P1 MS ID	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.1	
P2 MI ID	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.1	
P3 MI SD	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.1	
P4 MR ID	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.1	
P5 MR SD	1.1	1.2	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.1	

Elaboración propia.

4.6. TRABAJO DE CAMPO

La elección del diseño para la presente investigación es de tipo No Experimental y Transversal; lo primero por no tener una determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación, en tanto se observa lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna; y Transversal, pues se toma un fenómeno en un tiempo determinado (el presente) (128).

La investigación se desarrolla mediante comunicación directa con los/as entrevistados/as, a través de nuestra presentación como alumnas tesistas de la Universidad de Valparaíso que realizan su proyecto de título, con el apoyo y supervisión del profesor guía. El contacto con los/as participantes se establece a partir de 2 estrategias: primeramente y en mayor medida, a través de la búsqueda de profesionales que se ajusten satisfactoriamente a los perfiles anteriormente establecidos, la cual realizamos personalmente en los distintos Servicios de Salud Públicos de Valparaíso y Viña del Mar y en segundo lugar, a través de contactos obtenidos a partir de la técnica de bola de nieve.

En algunas ocasiones, y debido a la escasa disponibilidad horaria de los/as participantes, estos/as nos solicitaron acudir a sus lugares de trabajo en días y horarios que les propiciaban mayor tiempo disponible y menor carga laboral, para realizar las entrevistas en un ambiente más relajado, instancias a las cuales acudimos previo acuerdo. Sin embargo, en determinadas oportunidades estos/as se negaron a brindarnos las entrevistas debido a que nuevamente se encontraban inmersos en sus labores. Estas tienen una duración promedio de 20 minutos cada una y el detalle del guión utilizado se encuentra en el Anexo D.

En primera instancia cada perfil –en función del criterio de saturación- contemplaría 2 entrevistas, resultando un total de 20 entrevistas –incluidas las de informantes claves y restando aquellas no realizadas al perfil correspondiente a médico/a general que se desempeñara en SAPU, con un ejercicio profesional mayor a 10 años en el Servicio Público-. Posteriormente a la decisión metodológica de eliminar como clasificación el haber trabajado directamente con tecnólogos/as médico/as, ya se habían llevado a cabo parte importante del total de las entrevistas, razón por la que algunos perfiles finalmente contemplan más de 2 entrevistas –como inicialmente habíamos establecido, según el criterio de saturación-. Es importante señalar que en aquellas ocasiones donde tuvimos la sensación hermenéutica de no percibir un discurso claro en torno a las categorías de análisis, decidimos realizar entrevistas adicionales que nos permitieran caracterizar de manera más clara los perfiles previamente diseñados, todo con el objeto de la realización de un análisis de calidad, reduciendo de ese modo al mínimo posible dudas

posteriores que surgieran en la fase descriptiva o analítica, o eventuales sobre interpretaciones; obteniendo finalmente un total de 22 entrevistas.

El detalle de los números de entrevistas correspondientes a cada perfil se detalla en la Tabla 4.4 a continuación:

TABLA 4.4 *Número de entrevistas por perfil.*

PERFIL	NÚMERO DE ENTREVISTA	Nº ENTREVISTA ACUMULADO
P1 MS ID	Entrevistas N° 1, 2, 3 y 4	4
P2 MI ID	Entrevistas N° 5,6,7,8,9	9
P3 MI SD	Entrevistas N° 10, 11,12 y 13	13
P4 MR ID	Entrevistas N° 14, 15 y 16	16
P5 MR SD	Entrevistas N° 17 y 18	18
INFORMANTES CLAVES	Entrevistas N° 19,20,21 y 22	22

Elaboración propia.

Las entrevistas fueron realizadas en distintos lugares, de acuerdo a la disponibilidad y comodidad de los/as entrevistados/as. Estas fueron principalmente en los mismos servicios donde se desempeñaban – en oficinas y en salas de estar médicas-, y cafeterías y/o comedores de estos servicios -en los momentos que se encontraban sin público-.

Se procuró evitar lugares con alto tránsito de personas como pasillos y/o escaleras tanto para evitar distracciones de los participantes como para facilitar la labor de transcripción posterior de las entrevistas, reduciendo en lo posible ruidos externos.

La totalidad de las entrevistas realizadas fue grabada en archivos de audio, para posteriormente ser transcritas personalmente por nosotras -las entrevistadoras- y finalmente ser introducidas al programa Atlas.Ti versión 7 para la clasificación de los discursos emitidos por los participantes en las distintas categorías definidas.

4.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El material recogido con las entrevistas es estudiado utilizando análisis de contenido, el cual se caracteriza por ser una técnica cualitativa de análisis textual que se centra en el estudio del sentido de las expresiones, es decir, de la manifestación de las subjetividades en el lenguaje humano (130).

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las condiciones éticas que se consideran en la realización de esta investigación son privacidad, confidencialidad y consentimiento. Estas se encuentran debidamente descritas y aclaradas en el Consentimiento Informado (ANEXO E).

Es importante recordar que esta investigación se encuentra adscrita a las normas que exige la facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, como consta en el Acta de Evaluación Bioética N° 38/2015 (ANEXO I).

Toda información relacionada a la identificación de los/as participantes de esta investigación es confidencial asegurando el anonimato, al igual que los nombres de toda persona que eventualmente sea mencionada durante el transcurso de la misma.

Las entrevistas han sido realizadas en lugares y momentos propicios, otorgando el máximo de privacidad, comodidad y confianza al entrevistado/a; y registradas solo en formato de audio, asegurando la confidencialidad de la información.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria, es decir, los/as sujetos en estudio han sido invitados a participar. Por lo tanto tienen el derecho a negarse a participar y/o retirarse de este proyecto cuando lo estimen conveniente, aun cuando hayan firmado el Consentimiento Informado, sin que esto involucre inconveniente alguno para el/la participante.

Es importante agregar que todos los/as entrevistados/as, a través del Consentimiento Informado (ANEXO E) conocerán la finalidad de la entrevista, teniendo plena conciencia que el contenido de esta sería utilizado para propósitos académicos y que estarán a disposición de dicha comunidad, tales como publicación en revistas académicas, etc.

4.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones identificadas durante el desarrollo de la investigación, las clasificamos básicamente en 3 tipos:

a) Las relacionadas a nuestra calidad de estudiantes de la carrera de Tecnología Médica, que podría haber sesgado en cierta medida las opiniones de algunos de los entrevistados -principalmente aquellas preguntas referidas a la pertinencia de la inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR-. La decisión de que fuéramos nosotras las entrevistadoras obedece fundamentalmente a 2 razones: disponibilidad horaria, ya que cada vez que surgía la posibilidad

de una entrevista o concertábamos la misma, ambas acudíamos inmediatamente a realizarla; y razones económicas, ya que como investigadoras no contábamos con los recursos económicos para contratar a profesionales o empresas externas dedicadas a la recolección de este tipo de información.

b) Las que se relacionan con el posible sesgo ocasionado por el cargo que actualmente desempeñan los/as informantes claves, quienes emitieron sus discursos siempre desde la lógica de funcionarios/as de la Institución a la que pertenecían, con respuestas siempre muy coherentes a los lineamientos oficialmente establecidos. Para disminuir este sesgo, se realizaron las entrevistas y la grabación de estas en sus oficinas privadas, sin la presencia de otros/as funcionarios/as que pudieran incomodar a los/as participantes o limitar la expresión de sus opiniones, recordando además al comienzo y final de las entrevistas las cláusulas de confidencialidad y anonimato expuestas en el consentimiento informado, que resguardan su identidad y cualquiera de sus dichos.

c) Durante el desarrollo de la investigación, no fue posible conocer ni contactar a ningún participante que se ajustara al perfil correspondiente a médico/a general que se desempeñara en SAPU, con más de 10 años de ejercicio en el Servicio Público. Al respecto, estimamos que esto se debió a la baja probabilidad de que médicos/as generales con más de 10 años de trabajo en el Servicio Público aún se desempeñara en estos dispositivos, -hipótesis que más tarde fue confirmada por los mismos entrevistados pertenecientes a otros perfiles, especialmente los del perfil P1 MS ID- que nos señalaban que los/as médicos/as migraban de los SAPU antes de transcurridos 10 años trabajando en estos, razón por la cual el grueso de los/as médicos/as que actualmente se desempeña en este tipo de servicios obedece al perfil de médicos recientemente egresados (menos de 10 años) o que se desempeñan conjuntamente en otro tipo de servicios. La dificultad de saturar ese perfil, además, se vio mermada por el tiempo determinado para realizar la investigación, el cual imposibilitó finalmente la saturación de ese perfil.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

En este capítulo serán expuestos los resultados correspondientes a la fases descriptiva de la investigación, de acuerdo a las categorías de análisis definidas y los perfiles de los/as participantes previamente descritos.

Si bien en primera instancia se pensó en realizar la descripción y análisis de los distintos verbatim a partir de las diferencias discursivas identificadas en los perfiles anteriormente definidos, luego de una exhaustiva revisión de estos, se decidió proceder a describir los resultados en función de la variedad de discursos emitidos por los/as entrevistados/as –clasificados en categorías y subcategorías-, poniendo especial énfasis en aquellos en los cuales un tópico fue recurrente o repetitivo y en aquellos cuyo contenido captó nuestra atención por lo novedoso de sus ideas o por lo mucho que difieren con los de la mayoría de los/as participantes.

No obstante aquello, en algunas categorías se identificaron determinados perfiles que denotaron un discurso muy propio, por lo que en esos casos, se procedió a realizar el análisis en función de dichos perfiles.

5.1. OPINIÓN Y CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS SAR

5.1.1. Conocimiento acerca de los SAR.

Esta categoría nos permite dilucidar el conocimiento de los/as participantes en relación al SAR y conocer la opinión que presenta cada entrevistado/a en torno a las características que presentarán la implementación y funcionamiento de los SAR.

De esta manera, encontramos que algunos/as entrevistados/as ignoran completamente esta nueva política pública:

“no sé lo que son... yo me considero medianamente informado y no tenía ni idea de que existían los SAR” (E15, P108, L68)

Otros/as de los entrevistados/as poseen una visión muy general en torno a los SAR, logrando describir su objetivo principal -que es otorgar mayor resolutiveidad a la atención primaria de urgencia-:

“tengo entendido que son servicios como de urgencia, que sirven de apoyo a otros servicios de urgencia ,pero con menos implementación... y que sirven para patologías emm... digamos... agudas, pero no tan.... de alta resolución digamos emm... no tan complejas” (E17, P116, L3)

Algunos/as, como complemento de lo anterior-, son capaces de describir un segundo objetivo adicional de estos dispositivos: la disminución de la congestión de los servicios de urgencia de los centros de mayor complejidad -:

“son centros de alta... de alta resolución a nivel de urgencia... que lo que buscan es descongestionar en el fondo emm... los hospitales. Esa es como la principal función de los... de los SAR (...) y entregar emm... un mayor nivel de resolución a los problemas que la gente plantea...” (E2, P7, L2)

Así mismo, los/as entrevistados/as, asocian la alta resolutiveidad de estos centros -en comparación con los SAPU- a la incorporación de nuevos elementos que se relacionan con la mayor implementación tecnológica en el apoyo diagnóstico, especialmente la incorporación de exámenes de laboratorio y radiológicos:

“algo algo he escuchado... que se van a crear servicios de atención... de urgencia de alta resolución... eso es servicio de alta resolución (...) ehhhh eso... por lo que leí, busca... darle más resolución a la atención primaria en consultas de urgencia, a través de laboratorio yyy exámenes de imagen” (E18, P124, L3)

No obstante, existen algunos/as entrevistados/as que poseen mayor información que el común de los/as participantes. En este grupo encontramos entrevistados/as que elaboran un discurso en torno al recurso humano de estos dispositivos, ubicación, plazos asociados, hospitalizaciones abreviadas, razones de su implementación, entre otras características:

“En el fondo serian una etapa intermedia entre SAPU y unidades de emergencia hospitalaria de alta complejidad... que tendrían 2 objetivos: uno es el que se han planteado los SAPU y los consultorios, que es atender a las personas en su medio... cada vez que sea posible; y lo otro también, salió como respuesta a las quejas tanto de... institucionales, de las propias unidades de emergencia, como de la población, de los atoches que hay en las unidades de emergencia de todo el país” (E11, P68, L8)

En esta dimensión los/as informantes identificados como claves también presentan conocimiento sobre estos nuevos dispositivos, están al tanto de que dichos centros vienen a otorgar mayor resolutiveidad a la atención de urgencia en Atención Primaria y -al igual que los/as otros/as entrevistados/as- asocian el aumento de resolutiveidad a los elementos de apoyo diagnóstico tales como exámenes de radiología, laboratorio y las nuevas camas de observación que incorporarán a la red asistencial. Incluso, como autoridades locales, poseen información de la manera en que se implementarán en la zona:

“el SAR es un -según las siglas- es un SAPU de alta resolución ¿ya?... el concepto de SAPU es porque normalmente... son una versión de los SAPU habituales, lo que esta vez tienen una... han agregado que es básicamente el horario de funcionamiento -que es de un SAPU corto, un SAPU corto normalmente es hasta las 12 de la noche- aquí se está pensando en una atención médica que va desde las 5 de la tarde creo que hasta las 8 de la mañana del día siguiente en días de semana y 24 horas los fines de semana y festivos. Y tiene como alta resolución un kit de laboratorio y un equipo de rayos osteopulmonar digital” (E22, P163, L4)

Uno/a de ellos/as, sin embargo, desconoce detalles del proyecto, pero -dada su amplia experiencia en el área de la salud pública- es capaz de identificar y describir las características que considera necesarias para entregar mayor resolutiveidad a la Red Asistencial:

“los servicios de atención... eeh periférica... especializados, son un intento relativamente reciente, para optimizar la atención pública periférica, que en general tiene una percepción pública de no muy buena calidad, y más que nada poco resolutive, y cuyo efecto es el recargo de los sistemas centrales, como los consultorios de especialidades... especialidades centralizados y los hospitales de alta complejidad... eso básicamente... lo que yo sé de este sistema, no... no te tengo mucha más información porque no... porque no estoy metido en ello...” (E20, P141, L4)

5.1.2 Opinión acerca de la implementación y funcionamiento de los SAR.

Es importante mencionar que posteriormente a que los/as entrevistados/as nos relataron sus conocimientos en torno a los nuevos dispositivos de atención primaria de urgencia, se procedió a entregarles un folleto informativo con las características más relevantes sobre dichos centros -con información oficial emanada desde el Ministerio de Salud- (ANEXO F) con el objeto de homogenizar los conocimientos de estos/as y proceder con el desarrollo de la entrevista.

En ese contexto es que encontramos entrevistados/as que estiman que los SAR serán bastante beneficiosos para la atención de urgencia, a través de la incorporación de exámenes de laboratorio y rayos X, los cuales otorgarán la resolutiveidad con la que hoy la Atención Primaria de urgencia no cuenta:

“Por supuesto que son de bastante ayuda... más que nada para descongestionar las postas... porque eso nos da más herramientas a los médicos... si bien todos tenemos los conocimientos necesarios, pero no tenemos los instrumentos, porque la mayoría de los que trabajamos en SAPU, son SAPU básicos y no tenemos no, no, no, no somos... a ver, podríamos ser resolutiveos pero no lo somos por... obviamente por la falta deeee instrumentales o apoyos laboratoriales de imágenes, llámense lo que sea... y que no lo tenemos en los SAPU.”(E1, P1, L5)

Otros/as participantes consideran que si bien la implementación de estos dispositivos no es adecuada -principalmente por falta del personal necesario-, es una buena medida para la

Atención Primaria y que en el transcurso del tiempo, se podrá contar con todos los elementos necesarios para el óptimo funcionamiento de estos centros:

“lo mejor es enemigo de lo bueno, o sea, tal vez no va a ser ideal al tiro, porque tal vez piensan que no va a funcionar...hacerlo por etapas...” (E17, P122, L154)

También existen participantes que si bien consideran la política de los SAR como un buen proyecto, expresan dudas ante su éxito futuro. Señalan que para lograr los objetivos de estos dispositivos es necesario contar con ciertas medidas de implementación y funcionamiento, como por ejemplo, efectuar medidas para educar a la población usuaria acerca de cuáles son los distintos dispositivos de atención de urgencia a los cuales puede acudir y en qué circunstancias:

“aparte de que todo sea... funcione bien o esté bien pensado, no sé si la gente a la hora de tener un problema ira a consultar estos, sabrá la diferencia de dónde acudir poh, así como que me genera esa duda, como una persona que está con un dolor torácico va a ir al SAR y no al SAPU, ¿cachai? es como raro ¿no?”(E15, P108, L62)

En esta misma línea, otro/a de los/as entrevistados/as -al conocer las características de estos dispositivos- cree que el SAR solo podría funcionar correctamente si se encontrara adosado a otro centro de mayor complejidad, donde se encuentren los especialistas necesarios para optimizar los recursos invertidos -especialmente porque los elementos que están considerados en el SAR no pueden ser autogestionados-:

“en el fondo el SAR va a estar supeditado a algún otro servicio grande y tienen que tener muuuuu buena comunicación (...) para que sea buena la atención, pero lo que la gente busca, porque si la atención es mala, vamos a volver a lo mismo que pasa... que porque la gente quiere ir a la posta, porque no quiere ir al consultorio y viene al... hospital a buscar especialista, porque creen que la atención es mejor” (E14, P104, L53)

Otros/as participantes, en primera instancia consideraron a los SAR una excelente medida, sin embargo, en el transcurso de la entrevista y posteriormente a conocer las características que involucran a estos dispositivos, cuestionan el éxito de estos nuevos centros, expresando y enfocándose en las debilidades de su implementación, presagiando un eventual fracaso de los nuevos dispositivos:

“Maravilloso, excelente propuesta... de hecho, nosotros mismos en el Hospital... en la urgencia del hospital X tenemos un déficit súper grande, con respecto a que nosotros no tenemos- abajo en la unidad- radiología para nuestros pacientes, (...) entonces si se da la posibilidad de que vengan ya con algún tipo de radiología tomada o que eso permita que el médico que este en un SAPU pueda tener mayor capacidad de resolutiveidad yo creo que es espectacular” (E8, P45, L11)

“...de las cintas, pierde resolutiveidad el sistema absolutamente, yo creo que de hecho hasta lo transforma en algo casi

Otros/as participantes expresan que esta medida no es una buena solución, y que no logrará descongestionar la red de urgencia, ya sea por las carencias que presentan las características de su implementación y funcionamiento, o por la necesidad de la incorporación de otro tipo de medidas que vengan a fortalecer la Red Asistencial:

“nooo... no... al principio probablemente vaya a ser una novedad, pero rápidamente –como creo pasa en la gran mayoría de los casos- este tipo de servicios se ve atochado. Entonces, resumiendo, yo creo que se va a quedar corto” (E6, P31, L75)

Los/as informantes claves consideran que el proyecto SAR es una interesante medida, necesaria para mejorar la red asistencial de urgencia. Estiman igualmente que estos dispositivos ayudarán a fortalecer -no solo la red de urgencia- sino que también la Atención Primaria:

“En ese contexto más reducido de la atención de urgencia, si es bueno que haya una opción de urgencia más resolutive, eso sí ¿ya? O si se quiere que la gente pueda resolver problemas que son relativamente rápidos de manera adecuada - una fractura, neumonía, como eso si hay que resolverlo rápido- y el problema que tenemos muchas veces es que efectivamente las personas no pueden acceder a ciertas prestaciones de laboratorio que permitan confirmar o descartar un diagnóstico, en ese sentido me parece una buena estrategia” (E22, P164, L35)

Si bien, todos los informantes claves expresan que el proyecto de los SAR es una buena medida, algunos de ellos/as se muestran en desacuerdo con algunos aspectos de su implementación:

“¿de que existan los SAR? Sí, bienvenido (...) si bienvenidos sean. O sea ¿de quién depende? ¿Del servicio de salud o de la parte municipal? (...) estoy en desacuerdo, absolutamente, no noo estoy de acuerdo en que un sistema de complejidad como ese, esté a cargo de un organismo que no es el especializado en salud, las municipalidades, las corporaciones municipales no son especializadas en salud ¿ya?” (E21, P149, L19)

5.2. VALORACIÓN DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LOS SAR

En esta categoría se busca conocer la valoración que los/as entrevistados/as otorgan al equipo de salud actualmente contemplado en los SAR, la valoración de estos acerca de la inclusión o exclusión de funcionarios/as de la salud distintos al tecnólogo/a médico/a en los SAR y la valoración que estos/as tienen tanto del equipo interdisciplinario de salud, como la de sus integrantes individualmente. Para la mayor comprensión de estas dimensiones, es que hemos desglosado esta categoría en 2 subcategorías: en primer lugar la valoración de las funciones de los distintos/as trabajadores/as del equipo de salud, y en segundo lugar la valoración del equipo de salud contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as de la salud (distintos al Tecnólogo/a Médico/a) en estos dispositivos.

5.2.1 Valoración de las funciones de los/as distintos/as trabajadores/as del equipo de salud.

Un grupo de participantes coincide en la importancia de un equipo multidisciplinario, donde la labor que cada funcionario desempeña es valorable, al ser parte de un conjunto mayor:

“como conjunto es importante, o sea, es importante en la toma de decisiones de los diagnóstico... tienen que participar todos y si una parte de la cadena no está bien, la cosa no funciona...” (E16, P113, L124)

Los/as entrevistados/as proceden a nombrar a los/as funcionarios/as cuyas labores valoran, destacando que si estos serán de mayor complejidad deben contar con más personal:

“el equipo médico mínimo tiene que haber médico, tiene que haber personal de enfermería... dado que se está planteando una mayor complejidad, ya no pueden decir que: ‘sólo con técnicos paramédicos’, debería haber enfermería, un profesional ... enfermería propiamente, o sea, técnicos de... los TPM... los técnicos paramédicos o como quiera que se llamen ahora, porque la verdad es que son equivalentes, pero tienen otro nombre... ehh, el típico auxiliar del servicio, que va a cooperar en un montón de cosas, tienen que tener... ehh las personas necesarias para el traslado de mediana complejidad (...) con al menos un chofer y un técnico paramédico”(E11, P69 , L31)

El hecho de que estos dispositivos serán de atención de urgencia, igualmente parece ser importante a la hora de definir quiénes son los/as trabajadores cuyas labores son más necesarias y que por esa razón deberían estar incluidos, pertenezcan a la órbita profesional o no:

“obviamente debería haber médicos (...) enfermeras, por supuesto. Me imagino que deberían haber kinesiólogos también, ehh tecnólogos médicos... pensando en un servicio de urgencia digamos... que eventualmente uno ve que llega a un servicio de urgencia... y estamos hablando de la órbita profesional digamos... porque obviamente me imagino que debe tener también funcionarios administrativos, ehh... funcionarios técnicos paramédicos, auxiliares... chofer de ambulancia... tiene que tener choferes...” (E17, P117, L25)

Por otra parte, algunos de los entrevistados/as valoraron las funciones y formación de trabajadores/as específicos del equipo de salud, como los técnicos paramédicos/as, cuya duración del proceso de formación estiman insuficiente, considerando además -según información que los propios paramédicos/as le entregaron al participante- que estos no se preparaban o estudiaban lo suficiente durante los años de estudio:

“te lo puedo decir porque yo comparto con muchos paramédicos, y de repente uno se pone a conversar: ¿oye y ustedes estudiaban? Sí, yo estudiaba, y ¡pá! y yo le pregunto: ¿oye y tú que estudiabai? Noo... y se ponen a contar sus historias de cuando estudiaban y en realidad...quedé bastante pa´dentro cuando se ponen a comentar esas cosas porque eeem... estos niños de repente dicen: oooooinoo, yo le copiaba toda la prueba a mi compañero de al lado, entonces no tienen ningún... esos 2 años pa´ mi en realidad son bastante pocos...” (E2, P10, L86)

Respecto a las labores de estos mismos/as funcionarios/as, existen quienes opinan que estos/as no laboran las horas suficientes, en contraste a otros/as trabajadores como los/as médicos/as, quienes trabajan ininterrumpidamente extensas jornadas laborales:

“¿El médico va a tener que trabajar 24 horas de un viaje por ejemplo, o 12 horas de un viaje? Pero el TENS no, porque tiene que irse a tomar café, y su colación y todo, y ¿va a sacar medio, 2-6 horas en descanso? O sea, creo que hay una desproporción, hay que poner a las personas a trabajar de acuerdo a lo que se requiere” (E11, P73, L166)

Igualmente, algunos/as de los/as entrevistados/as emitieron su opinión acerca de las funciones que realizan las/os enfermeras/os quienes, según el área en que se desempeñen, realizarán un mejor o peor trabajo:

“una enfermera que trabaja en Atención Primaria no tiene nada que ver, pero nada que ver con la atención que se hace en urgencia -por nombrarte algo no más poh-, la gente que trabaja en Atención Primaria no tiene la expedición para acceder a vías venosas, digamos, tenemos graves problemas con esa cuestión y porque ya no, no nooo que sé yo...” (E10, P63, L145)

En ese contexto, existen discursos que avalan las funciones de esta/e profesional principalmente debido al entrenamiento y manejo en múltiples materias, que van más allá de sus funciones asistenciales, ejerciendo labores administrativas, de jefa de otros/as funcionarios/as y cuyo rol representa un verdadero apoyo para la labor médica:

“la enfermera es indispensable como pilar del equipo de salud, porque tienen un entrenamiento y un manejo de muchas cosas. La enfermera no solo funciona como enfermera aquí en Chile, sino que es la jefa de los paramédicos, administrativos, el chofer (...) y el médico sin la enfermera no es nada, y sobre todo en atender en estas situaciones de... urgencia” (E18, P129, L154)

Otros entrevistados/as creen que solamente con los/as profesionales especialmente preparados/as para la interpretación de los exámenes que se realizarán en el SAR, estos servicios cumplirán su objetivo, valorando negativamente ejercicio de estas labores por parte de un médico(a) general:

“Pero siempre y cuando que tenga un médico que sea capaz de interpretar esa radiografía, si no vamos a quedar exactamente en el mismo lugar ¿me entiende?... lo mismo con los exámenes o sea, si vamos a poder tener laboratorios... ideal sin duda, si eso nadie lo puede discutir que es ideal, pero si no está la persona que sea capaz de evaluar el examen, el resultado...” (E10, P59, L28)

Los/as informantes claves por su parte, esgrimieron impresiones similares a las expuestas por los/as entrevistados/as pertenecientes a perfiles, expresando que el recurso humano es lo más importante en un servicio de atención de urgencia -independientemente de su experiencia-:

“el recurso humano me parece que es lo más importante. Partiendo no cierto, desde aquellos funcionarios de mayor... de menor eh... expertiz digamos en el ámbito de la salud , creo que son fundamentales... desde los administrativos...desde el guardia en la entrada del establecimiento” (E19, P133, L31)

5.2.2 Valoración del equipo de salud contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as de la salud (distintos/as al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos.

Para la óptima valoración del equipo contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as de la salud (distintos/as al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos se procedió -previamente a la realización de las preguntas correspondientes a esta subcategoría- a la homogeneización de conocimientos de los entrevistados, a partir de la cual se valoraron sus percepciones, lo cual se realizó a través de la entrega de un informativo de manera personal al entrevistado/a, en el cual se detalla el recurso humano contemplado en los SAR y el número contemplado de cada funcionario/a (ANEXO F).

Posteriormente a que este informativo fuese leído por los/as participantes, se procedió a realizar las preguntas relativas a la valoración del equipo de salud contemplado en los SAR e inclusión y exclusión de funcionarios/as de la salud (distintos/as al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos, cuyos resultados se describen a continuación:

Existe un grupo de participantes que opina que el equipo contemplado en los SAR es insuficiente y que este no funcionará correctamente ni contribuirá a disminuir el actual colapso del Sistema de Salud Público:

“vuelve a lo mismo el sistema, que se va a colapsar y no va a... no va a funcionar bien, digamos, va a seguir todo el sistema colapsado” (E4, P22, L82)

Algunas de las objeciones que los/as entrevistados/as esgrimen, fueron por ejemplo que si los SAR serán de mayor resolución que los actuales SAPU, estos deberían contar con más personal; situación que actualmente no estaría ocurriendo según el propio relato de uno de los participantes:

“Porque hay SAPU en estos momentos que tienen más personal que estos y si es de mayor resolución debería tener una mayor demanda.” (E5, P25, L18)

Varios/as entrevistados/as además, coincidieron en la idea de que la conformación del equipo contemplado para los SAR es la correcta, pero no están de acuerdo en el número de funcionarios/as que allí se desempeñarán, ya que estiman que este se verá sobrepasado:

“eso se va a ver sobrepasado rápidamente en personal” (E18, P131, L189)

Es por esta misma razón, que en opinión de los/as participantes, el recurso humano contemplado en estos dispositivos de atención de urgencia debería aumentar:

“dependiendo de la cantidad de gente que puede llegar a tener un SAPU, un médico o 2 médicos puede ser poco (...) yo creo que la descripción está bien, pero así como... puede que con “más”...” (E9, P53, L40)

Los/as informantes claves comparten las apreciaciones expresadas por los/as entrevistados/as respecto a lo inapropiado que resulta el equipo de salud contemplado en los SAR y la insuficiencia del mismo en términos de los/as funcionarios/as que allí se desempeñarán:

“a mí me parece que el equipo que está contemplado para los SAR es... es un equipo bastante pobre... en términos de profesionales... y de... del personal de apoyo...” (E19, P134, L69)

No obstante, existe un discurso único entre los participantes de la presente investigación, que expresa la suficiencia del equipo contemplado actualmente en los SAR:

“así como está, yo lo encuentro que está bien” (E22, P166, L96)

Por otra parte, con respecto a la inclusión y exclusión de funcionarios/as de la Salud (distintos/as al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos, se detectaron grandes diferencias discursivas.

Existen por ejemplo quienes otorgan gran relevancia a la idea de incluir en los SAR a un/una profesional especialista en el diagnóstico por imágenes, que represente un apoyo especialmente en aquellos casos donde persistan dudas diagnósticas:

“es difícil conseguir especialistas en Chile, pero alguien dedicado a la parte de diagnósticos por imágenes más que nada, porque muchas veces que... hay imágenes que no son claras, generan dudas y uno ante una duda tiene que derivar hacia el hospital también. Entonces eso también ayudaría mucho a resolver algunos problemas (...) con, por ejemplo, un médico especialista en diagnóstico por imágenes” (E4, P23, L90)

Otro grupo de entrevistados/as expresó que el equipo de salud contemplado en los SAR debe incluir funcionarios/as especialistas en urgencias, ya sean médicos/as urgenciólogos/as o internistas -debido al rol protagónico que estos/as tienen en la coordinación de la atención de urgencia y sus capacidades en la resolución, interpretación y derivación de situaciones de este tipo- o trabajadores/as especializados en urgencias como enfermeras/os y técnicos/as paramédicos/as:

“yo creo ahí tendría que trabajar un médico urgenciólogo, pienso que es ese el especialista que corresponde de acuerdo a ese nivel, porque está descrito cual es el rol que cumple, que en el fondo es coordinar la atención de los pacientes que tienen problemas de urgencia entre las unidades de emergencia y la unidad de críticos ¿ya?...”(E10, P61, L105)

En esa misma línea, se muestran abiertos/as a la posibilidad de que en estos servicios se desempeñen médicos/as urgenciólogos/as o internistas “acompañados” de un/una médico/a general, ya que de esta manera -quizás- , los SAR podrían ser resolutivos:

“tendrían que ser médicos especialistas... con experiencia en urgencias –ya sea urgenciólogo o medicina interna- que evidentemente... o podría ser un médico especialista acompañado de un médico general... cosa que las áreas digamos se puedan complementar, y así se podría ser resolutivo (...) si acá el médico es el que corta el queque en el fondo...”(E13, P96,L98)

Para la contención emocional de los/as pacientes, existen quienes abogan por la inclusión de un/una funcionario/a no contemplado/a en el recurso humano los SAR -un/a psicólogo/a-:

“Muchas veces este tema no pasa por esa... solamente por esa área, sino que pasa por otras situaciones que pueden... que pueden afectar el paciente. Uno echa de menos por ahí un psicólogo, alguien que te pueda ayudar desde esa perspectiva... y que pueda contener gente al interior... al interior de lo que está pasando ahí” (E6, P32, L87)

Igualmente, existe un grupo importante de entrevistados/as que cuestiona duramente la pertinencia de la participación del kinesiólogo/a en el equipo de salud o que derechamente se manifiesta en desacuerdo con la participación de este/a profesional en los SAR. Los argumentos que entregaron básicamente se relacionan con las probabilidades de que pacientes acudan a realizarse kinesioterapia en horario nocturno -las cuales en opinión de estos/as son mínimas-:

“el kinesiólogo encuentro que está demás, francamente encuentro que está demás... porque nadie va a hacerse kinesioterapia... al SAPU, o sea, se supone que el SAPU es de urgencia... entonces, la kinesioterapia no es de urgencia... se lo van a llevar al abuelito pa, pa hacerle una terapia... para eso están los horarios de consultorio (...) no, prefiero tener una segunda enfermera.”(E12, P86, L127)

Igualmente se esgrime como otra de las razones, que el dinero que se destinará para costear el sueldo de este/a profesional podría ser utilizado para costear el sueldo de otros/as que se requieren con mayor urgencia:

“es ridículo... que alguien quiera ir a hacerse una kinesioterapia en horario nocturno... es más, en los hospitales de alta complejidad no hay kinesiólogo. Entonces, es tremendo negocio -para el kinesiólogo- ir a dormir al SAR.”(E11, P75, L203)

Un/una solo/a médico/a en los SAR, y la inclusión de un/una segundo/a según la demanda del servicio, es para algunos/as participantes una medida insuficiente, ya que estiman que deberían estar contemplados dos médicos/as desde el inicio:

“no puede ser un médico, tienen que ser 2 desde ya y no estar haciendo paros para conseguir el segundo médico...” (E12, P84, L90)

Por su parte, los/as informantes claves comparten ampliamente las opiniones del resto de los/as entrevistados/as, cuestionando la pertinencia de un kinesiólogo/a en los SAR, sugiriendo que se cuente con estos/as profesionales bajo la modalidad de llamadas -en los casos que se requiera su presencia en estos dispositivos- o que derechamente “falló el cálculo” a la hora de determinar que estos/as pertenecerían al recuso humano de los SAR:

“lo que yo quiero ver bien es la función del kinesiólogo... ¿ya? el kinesiólogo es muy útil, sobre todo en temporada de invierno, por todo el tema de afección respiratoria. Y además que elva a estar también de noche... entonces va a poder dar una primera atención, casi como una sala IRA nocturna digamos, pero la gente cuando va a la sala IRA va en el día, entonces ahí... está fallando un poco el cálculo digamos”(E22, P168, L150)

En concordancia a lo expresado por los/as entrevistados/as pertenecientes a perfiles, los/as informantes identificados como claves consideran que una opción muy viable la incorporación de médicos/as de la ley de urgencias a estos dispositivos:

“Hay doctores por ejemplo que son... en estos momentos hay doctores que son de la ley de urgencias- de la ley 2228- y andan dándose vueltas por ahí como piojo, por el hospital... no tienen nada que hacer... perfectamente los podrían poner a cargo de estas unidades, no tienen que dormir en la unidad... pero si comandar, ellos saben comandar urgencias, si a ellos le dan además un apoyo tecnológico apropiado...” (E20, P143, L62)

5.3. VALORACIÓN DEL PROFESIONAL TECNÓLOGO/A MÉDICO/A

Esta categoría nos permite conocer el conocimiento que poseen los/as entrevistados/as en relación al profesional tecnólogo/a médico/a, su opinión en cuanto a la labor que cumplen dentro del equipo de salud y que otros/as funcionarios/as realicen actividades propias de su quehacer. Igualmente, esta categoría nos permitirá comprender la opinión que poseen los/as participantes en cuanto a la pertinencia de incluir a tecnólogos/as médicos/as en los SAR.

5.3.1 Conocimiento acerca de la labor y funciones del tecnólogo/a médico/a.

Algunos/as entrevistados/as entregan una descripción de las funciones y labores del tecnólogo/a médico/a, identificándolos como los/as profesionales que hacen uso de la tecnología para apoyar la función diagnóstica. No obstante, esa referencia la hacen solo en base a una de las especialidades de esta carrera e incluso a una de las subespecialidades dentro de las menciones existentes:

“son indispensables, los que toman las imágenes en forma correcta eh, eh, eh, que, que va a depender mucho de eso. Porque si bien todos nosotros los médicos generales incluso especialistas, que no tienen que ver mucho con las imágenes eh, eh, eh entramos en duda con los, con, con con los posibles diagnósticos... eh, eh, eh, nada mejor que una imagen bien tomada para que te ayude a equivocarte menos...” (E1, P3, L62)

Varios/as de los entrevistados/as expresan en sus discursos conocimiento no solo de la función de estos/as profesionales, sino que también sobre las especialidades propias de la tecnología médica. Es en ese contexto, las más nombradas son las menciones de Imagenología y Física Médica y de Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre:

“Básicamente uno lo que ve, es que los tecnólogos médicos están divididos en áreas de función... en imágenes, eehh en laboratorio, eh apoyo de distintos tipos de unidades, lo más eh... lo que uno sabe, por lo menos lo que uno tiene como relación más frecuente es con la gente que trabaja en imagen y con la gente que trabaja en laboratorio, laboratorio que pueden ser hematológico, bioquímico... incluso más hábiles que uno mismo con el tema de... de... de pesquisar cosas que uno no... no ve...” (E6, P32, L100)

Otros/as participantes conocen la labor de tecnólogos/as médicos/as, pero más bien asociada a otro tipo de elementos, como el manejo de los equipos tecnológicos. No obstante, un grupo de entrevistados/as identifica nuevos elementos relacionados al quehacer del/la tecnólogo/a médico/a adicionales a su función principal y especialidades. En ese sentido, estos mencionan aspectos de su formación y labor administrativa, tanto en sus servicios como en la administración de sistemas digitales de procesamiento, almacenamiento y transmisión de imágenes médicas (RIS-PACS):

“Tienen que ver por un lado con el manejo de los equipos de la realización de los exámenes como tomografía computada, resonancia magnética y también en algunos lugares hacen ecografía, y además tienen responsabilidad en el manejo de las imágenes y el tema de administrar los sistemas de PACS y RIS-PACS y dependiendo del lugar también tienen labores administrativas que cumplir, acá por ejemplo agendan horas, eh, eso” (E15, P107, L35)

Así mismo, los informantes claves demuestran tener un amplio conocimiento en relación a la labor del/la tecnólogo/a médico/a. En ese escenario, estos/as funcionarios/as son identificados/as como profesionales muy capacitados/as en su quehacer, que otorgan calidad y veracidad a los resultados de procedimientos diagnósticos:

“Son profesionales de colaboración a la labor médica... que están encargados de garantizar la calidad de los procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico que se le va a proporcionar a un paciente, son los que garantizan la calidad de un procedimiento y luego con ese resultado garantizado... el profesional médico hará el acto médico que corresponde (...) Yo sí, sí sé lo que tienen que hacer, si fuesen de la especialidad en la cual yo estoy... yo sé lo que tiene que hacer de hecho yo tengo muchos tecnólogos...” (E20, P145, L125)

5.3.2 Opinión acerca de la pertinencia de incluir a tecnólogos/as médicos/as en los SAR y las razones de su no inclusión en estos dispositivos.

Existe un grupo de entrevistados/as que está de acuerdo con la inclusión del tecnólogo/a médico/a en los SAR, debido a la importancia de los exámenes que se realizarán en estos dispositivos, que en caso de no estar correctamente ejecutados carecen de valor diagnóstico:

“debería estar el tecnólogo especialista en cada área, porque incluso para uno que es profesional, por ahí no tiene los conocimientos técnicos para realizar los exámenes, por ejemplo, por imágenes, y eso si es muy importante porque un examen mal realizado no tiene valor” (E4, P23, L106)

Los tecnólogos/as médico/as son identificados por los/as/as participantes como los/as únicos/as profesionales capacitados/as para la realización de los procedimientos que allí se llevarán a cabo - toma de radiografías y toma de exámenes de laboratorio- debido al alto manejo que poseen en el procesamiento de estos:

“por supuesto que el tecnólogo que esté a cargo de rayos y el que esté a cargo de todo lo que es el análisis bioquímico para la toma de los exámenes, para el procesamiento -no la toma-, el procesamiento de los exámenes” (E8, P46, L30)

Existe igualmente, quien aboga porque la realización de exámenes de imagenología y laboratorio sean realizados exclusivamente por estos/as profesionales, sin importar cual sean estos -y su complejidad-:

“para mí - es una opinión muy personal- , yo encuentro que los exámenes y las imágenes tienen que ser tomados por tecnólogos médicos, sea lo que sea” (E16, P113, L105)

Otro grupo de entrevistados/as se refiere entre otras cosas, al tecnólogo/a médico/a como un respaldo a sus propias labores médicas:

“Es que si van a conseguir, que consigan algo bueno, ¿me entiende?, porque eso es para nosotros un respaldo”
(E1, P5, L106)

También existen participantes que estiman que la importancia de la presencia de un/una tecnólogo/a médico/a en los SAR, radica en que si los exámenes de laboratorio y radiografías no están bien realizados o no cuentan con la calidad adecuada, será necesario repetirlos, aumentando considerablemente el tiempo empleado por paciente:

“yo creo que igual es importante, porque una cosa es por ejemplo ya, yo voy a pedir una cosa básica: voy a pedir un hemograma, o voy a pedir una radiografía de tórax... pero si esa muestra no es bien manipulada al momento del procesamiento, voy a tener que decir: ‘no ¿sabí qué? hazla de nuevo, hazla de nuevo, hazla de nuevo’ y finalmente terminamos perdiendo más tiempo. O lo mismo, si es una radiografía -aunque sea una radiografía de tórax-no tiene la calidad adecuada, que de repente te muestran más hueso, de repente te muestran más parénquima y dependiendo de lo que uno quiera ver... o las proyecciones no son, no son buenas” (E9, P55,L71)

Otro entrevistado destaca la importancia de la calidad de las radiografías a efectuar en los SAR, las cuales en caso de no ser diagnósticas, pueden implicar la toma de decisiones equivocadas por parte de médicos/as:

“uno puede tener un muy buen médico haciendo turno, pero si la calidad de las imágenes que le llegan... están mal tomadas; toma decisiones erradas o al revés, puedes tener una persona que toma muy buenas imágenes pero si el médico no tiene formación y nunca ha visto imágenes... ¿me entiendes?” (E16, P114, L127)

Existe también la impresión de que la exclusión de tecnólogos/as médicos/as de los SAR atenta directamente contra el concepto de resolutivez que estos dispositivos persiguen:

“Es pésimo porque... significa que el SAR no va a tener capacidad de resolutivez en ese sentido” (E8, P49,L126)

La complejidad de los exámenes que se realizarán en los SAR es recurrente entre algunos participantes a la hora de definir la pertinencia de incluir a tecnólogos/as médico/as en estos dispositivos:

“ahora, si tienen una máquina, que requiere un gel reactivo, en fin... que centrifugar los sueros, que... yo creo que tiene que ser una persona especial para eso, o sea, un tecnólogo médico, de laboratorio digamos... o un bioquímico, no sé... ahí trabajen en eso (...) también tiene que ser un tecnólogo especialista en rayos poh...”(E13, P99, L170)

Igualmente, existen visiones que exponen que los exámenes radiológicos deben ser realizados bajo la supervisión de un/una radiólogo/a o un tecnólogo/a médico/a, porque si no

existe una supervisión calificada tanto para los exámenes radiológicos como los de laboratorio, el proyecto de los SAR no funcionará:

“los exámenes radiológicos necesitan la supervisión de alguien, ya sea un radiólogo o un tecnólogo, pero si no hay una supervisión calificada para el tema de imagen... y me imagino para el tema de laboratorio también poh... que tiene que haber una supervisión de alguien... va a funcionar mal... como todo en este país...” (E14, P103, L32)

Sin embargo, algunos entrevistados/as que pese a apoyar la inclusión de estos/as profesionales en primera instancia, posteriormente cuestionan la pertinencia de estos/as debido al desconocimiento acerca de la existencia de estudios de factibilidad que justifiquen la presencia de estos/as profesionales:

“En Casablanca no tiene radiografías, pero si en La Ligua, pero no sé el Hospital de XXXXX cuantas radiografías toma al día, no sé hasta qué punto justifica de que esté el tecnólogo ahí como un recurso para tomar una cantidad limitada de radiografías, entonces yo creo que va por ahí el tema, porque en una clínica cuando se ofrece el servicio es porque previamente han hecho el estudio de factibilidad y han visto la cantidad de exámenes que se van a generar y por lo tanto se va a justificar. Por ejemplo yo, trabajo en la clínica Valparaíso, soy socio de la clínica XXXXXX y hay tecnólogo ahí hace poquito ... casi 2 años atrás entre XXXXX y XXXXX tomaban todas las radiografías” (E10, P65, L217)

Pero luego manifiestan que no es necesaria la presencia de estos en los SAR, ya que los equipos que se utilizarán para los exámenes de laboratorio son automatizados y podría manejarlos un/una técnico/a paramédico/a:

“el tecnólogo del laboratorio también se podría obviar porque todos estos equipos son automatizaados y... yyyy y podría manejarlo un técnico” (E18 ,P127, L92)

Respecto a las percepciones de los/as informantes claves, estos coinciden en la pertinencia de incluir tecnólogos/as médico/as en los SAR, porque en la medida que se obtengan buenos exámenes, se realizan buenos diagnósticos y tratamientos. Además, destacan la labor de este/a profesional en los SAR como personaje clave en la alta resolutivez que persiguen en estos dispositivos, ya que es este/a el/la profesional calificado/a y entrenado/a en la realización de radiografías y exámenes de laboratorio:

“exámenes imagenológicos aunque no sean tan... complejos, creo que la participación del tecnólogo médico es muy importante, porque en la medida que tú tienes un buen examen, tienes una buena interpretación, y tienes un buen tratamiento (...) entonces, creo que el tecnólogo médico también cumple un rol en... lo que tiene que ver con todo el apoyo en la atención, para darle justamente la calificación de alta resolutivez, porque o si no es un SAPU común y corriente... claro ¿te fijas? que tiene muy pocos elementos para poder hacer diagnósticos más complejos”(E19, P133, L42)

Sin embargo, un/a informante clave cuestiona la pertinencia de incluir tecnólogos/as médicos/as en los SAR, manifestando que la incorporación de dicho profesional es bastante discutible:

“eso es discutible, bastante discutible, porque la verdad es que yo sé –porque yo he trabajado en otros lugares también- que muchas veces las radiografías las toma un técnico paramédico que tiene la especialidad en rayos y punto, porque es solamente tomarla, no informarla, es solamente tomarla ¿ya? Como es digital, inmediatamente se va hacia vía internet, hacia un centro donde hay un radiólogo, y el informa la radiografía y vuelve ¿ya? Entonces, es solamente tomar la foto ¿ya? en ese sentido, no sé, yo creo que es discutible si es necesario o no tener un tecnólogo médico” (E22, P166, L96)

Respecto a la opinión de los/as participantes acerca de las razones de la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR, existe un grupo significativo de participantes que coincide en que los motivos económicos son la principal razón para que tecnólogos/as médico/as no hayan sido incluidos/as en los SAR:

“claramente monetaria... porque el valor, lo que le pagan, se abarata costos teniendo a paramédicos de rayos poh, o sea, se abarata costos, lo que se ve acá en el hospital también, es solamente eso, un tema netamente monetario, es que yo no veo otra razón por la cual no pudieran haber tecnólogos médicos en esos servicios de alta complejidad o de alta resolución” (E16, P114, L148)

Motivo que explicaría además, la razón por la que otros/as funcionarios/as -cuyo sueldo es mucho más reducido en comparación a tecnólogos/as médico/as- realizarían labores propias de estos /as profesionales en los SAR:

“a plata poh, a plata, por motivo económico... sí... porque contratar a un paramédico es mucho más barato que contratar a un tecnólogo...” (E9, P56, L113)

Y que en opinión de uno de los participantes, parece ser el origen de todos los actuales problemas de salud de Chile; situación que vive en carne propia a diario:

“si en realidad te poní a analizar el... la razón de todos los problemas de salud en este país, todo recae en un tema económico, o sea, lo ideal es trabajar con lo menos posible, desembolsando la menor cantidad de recursos posibles y tratar a la mayor cantidad de población posible. Te digo eso yo porque lo vivo, o sea, yo vivo, vivo el cotidiano de ser el único Médico en un turno donde en 7 horas tengo que ver a 90 personas. Entonces claro, por un tema de recursos no hay un segundo médico, me imagino también que por un tema de recursos no tienen un tecnólogo médico también” (E3, P17, L86)

Igualmente, existen quienes estiman que las razones de la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR se relacionan a un desconocimiento de las reales necesidades sanitarias de la población por parte de las autoridades u organismos encargados de definir estas:

“toda política gubernamental que se implementa, desgraciadamente no... no tiene una base médica o una base profesional competente para tomar decisiones... y a veces son los últimos en tener alguna injerencia en lo que se va a hacer. Son muchas veces decisiones políticas, entonces, políticos que... no están inmersos en el tema y que más bien desconocen...no están capacitados para decidir quién va y quién no. Creo que por ahí va muchas veces...” (E3, P17, L95)

En esa misma línea, es que existe la opinión de que debido al desconocimiento por parte de las Autoridades Sanitarias -quienes visualizan el recurso humano desde el contexto de un servicio de Atención Primaria-, es que no se incluyó a estos/as profesionales en los SAR:

“yo creo que si no están incluidos es porque las personas que determinan no son las personas que trabajan en los servicios de urgencia y por lo tanto no tienen muy claro lo que van a hacer, lo están visualizando desde el punto de vista de la atención primaria”(E10, P62, L137)

O que estas decisiones aparentemente pudiesen haber sido tomadas desde una supuesta ignorancia - que en realidad no es tal-, ya que las personas encargadas de dichos proyectos se asesoran por expertos/as antes de proclamarlos:

“honestamente, uno puede decir: ‘sabes qué, el que pidió esto fue un político, que a lo mejor es abogado, a lo mejor no sé, es profesor, o lo que sea... y por eso... dijo esto’, pero no, la verdad es que no... los políticos saben muchas cosas, y saben muchas cosas de áreas distintas, entonces... se hacen asesorar por gente que son expertas en el tema...”(E6, P39, L292)

Otro entrevistado sin embargo, atribuye la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR al poco interés por parte de estos/as profesionales de incorporarse a dichos dispositivos, debido a la baja posibilidad de desarrollo profesional que estos dispositivos representan:

“a que no hay, no hay interés, porque si tú eres alguien que está... que eres realmente bueno, no te vas a ir a meter a un SAR, tú vas a querer estar en un centro de mayor complejidad, donde puedas desarrollar más tu área, eso, ¿te fijas? o sea, ¿a qué tecnólogo yo le voy a decir: ‘¿oye te voy a dedicar a puro ver rayos?’ el tecnólogo no quiere eso” (E14, P106, L110)

Por otra parte, hay quien opina –con mucho humor- que la participación de determinados/as profesionales en los SAR está relacionada al “lobby” que estos/as realizan:

“sé que los kinesiólogos tienen mejor lobby que los tecnólogos” (E18, P130, L166)

Los/as informante claves por su parte, aducen que las razones económicas explican la determinación de no contemplar a tecnólogos/as médico/as en los SAR -al menos en una etapa inicial-:

“si parten con mucho más personal, y finalmente la población que va a consultar es mucho menos... creo que eso sería una pérdida de recursos importante. Así que, de alguna manera, entiendo, yo, la razón por la cual el recurso asignado... eh para partir, es yo creo que lo mínimo necesario, lo mínimo indispensable” (E19, P136, L102)

Existe sin embargo, quien estima que las razones de la no inclusión de tecnólogos/as médico/as se relacionan más bien con falsos paradigmas, que intentan favorecer a ciertos/as funcionarios/as, cuyos esfuerzos se pretende recompensar a través de la creación de eventuales puestos de trabajo -como en los SAR-:

“están tratando de favorecer a personas que se esforzaron por alcanzar un título semi-profesional o profesional, la intención es buena, pero yo creo que el sitio es malo, porque la idea yo creo que es buena, pero si no se hace bien el resultado va a ser malo, no vamos a resolver nada, como en este momento no están resolviendo nada los SAPU...” (E20, P147, L169)

Por otra parte, un informante clave expresa no conocer las razones en las que se basaron para tomar esa determinación, pese a que en repetidas ocasiones acudió al MINSAL a solicitarlas, sin obtener una respuesta satisfactoria. No obstante, en caso de determinar que los Tecnólogos/as médico/as “hacen falta”, se demuestra dispuesto a manifestárselo al Ministerio de Salud y abogar por la inclusión de estos:

“entonces no... no, no sé en qué se basaron para dejarlos adentro o afuera del modelo... y como nosotros funcionamos también en función de la dotación que nos autorizan, y a la plata que tenemos, lo vamos a aprobar. Ahora, si nosotros vemos que sí es necesario, que sí hace falta, lo vamos a tener que representar ante el Ministerio y decir: ‘¿sabe qué? falta, falta personal digamos, o falta personal de cierta área’. Eso también puede pasar” (E22, P169, L180)

5.3.3 Opinión acerca de que otros/as funcionarios/as realicen labores propias del tecnólogo/a médico/a.

Algunos/as entrevistados/as consideran que la realización de procedimientos de apoyo diagnóstico deben ser ejecutados por el personal calificado para ello, identificando al/la tecnólogo/a médico/a como el profesional indicado:

“creo que es súper importante que la persona que está a cargo de la fiabilidad de eso, sea una persona que esté... una persona que no esté formada para eso, no se le puede exigir que tome la responsabilidad de eso “ (E7, P44, L93)

Otro grupo de entrevistados/as considera que no existe ningún otro funcionario del equipo de salud calificado para realizar dichos procedimientos y hacen énfasis en las repercusiones que se pueden ocasionar como resultado de que otros/as funcionarios/as de la salud -especialmente técnicos/as paramédicos/as - realicen labores propias de los/as tecnólogos/as médicos/as:

“que es un riesgo tanto para el paramédico como para el médico también, porque... si no es alguien que estudio para hacer eso, algún error puede llevar a un error más grave que repercute en la salud del paciente y... y eso es lo más grave” (E4, P24, L112)

Si bien un grupo de voces expresa su desacuerdo con que técnicos/as paramédicos/as realicen los procedimientos anteriormente descritos, reconocen que estos/as en tiempos pasados asumieron la responsabilidad de la ejecución de estas labores, principalmente por falta de recursos - económicos y/o humanos-, sin embargo; aclaran que a diferencia de los/as técnicos/as paramédicos/as recientemente egresados/as, estos/as funcionarios/as habían incorporado un grado de habilidades mucho mayor:

“los paramédicos dentro de su formación no están entrenados para tomar rayos, ni tienen los conocimientos técnicos de, teóricos de qué es lo que hace el rayo, de cuanto le ponen- yo tampoco lo manejo mucho si, pero sé que es diferente-, los niveles de radiación que usan, los tiempos, todas esas cuestiones que son, que son cosas así como súper específicas, se las enseñan al ojo no más, así como aprender haciendo, entonces puede ser que hayan algunos que lleven muchos años haciéndolo, que hayan trabajado con tecnólogos y no sé qué... pero la gran mayoría de los paramédicos son profesiona... o sea, son personas

que están formados jóvenes, con poca práctica, que ya no hacen lo que hacían los paramédicos más antiguos... que también trabajaban con menos enfermeros, entonces manejaban muchas más habilidades... entonces, en ese sentido yo creo que cada uno hace lo que le corresponde...” (E9, P55, L89)

Otro grupo de participantes, considera que los/as técnicos/as paramédicos/as pueden tomar exámenes bajo ciertas circunstancias. Dichos discursos expresan que esto es posible siempre y cuando el/la técnico/a paramédico/a se encuentre al amparo del profesional competente, ya sea el/la tecnólogo/a médico/a o el/la médico/a radiólogo/a:

“acá en el hospital si - yo creo- o me imagino, si los técnicos paramédicos o paramédicos de rayos, pueden tomar imágenes, es porque en el hospital en el momento en el que están ellos, siempre hay tecnólogo al lado dando vuelta y cualquier duda, incluso, de repente yo he pasado e incluso ellos me preguntan a mí: ‘doctor mire ¿está bien esto?, ¿está mal?, ¿la repito?’, pero si allá no va a ver un radiólogo o no va a ver un tecnólogo médico , van a empezar a tomar imágenes como locos y al final no van a servir tanto” (E16, P116, L185)

Igualmente, existen quienes estiman que las labores realizadas por técnicos/as paramédicos/as en ocasiones no guardan mayores diferencias con las ejecutadas por el/la profesional tecnólogo/a médico/a:

“hay TENS... si bien el TENS no tiene la experiencia y bueno los estudios que un tecnólogo, pero yo conozco TENS excelentes que le hacen el peso, perfectamente, a un tecnólogo médico, pero el Gobierno, no va a hacer eso: ‘ay sabí que, uno por uno, voy a revisar y les voy a tomar una prueba un mes y voy a ver como lo hace y ver si lo están haciendo bien’, no les interesa,” (E1, P6, L124)

Otras voces hacen la diferencia entre exámenes de laboratorio y radiológicos, estimando que para la realización de un tipo de examen es necesario el /la profesional tecnólogo/a médico/a, mientras que en el otro –al igual que el grupo anterior- se puede prescindir de este- generalmente- bajo ciertas condiciones:

“de que los paramédicos se terminen encargando de eso es un error, es un error, de partida yo creo que en los exámenes de laboratorio ¡nada que hacer! o sea ¡ahí noo!, como vamos a encargar a un paramédico la interpretación o el análisis de un examen de laboratorio ¡nada que hacer!, reconozco que muchas veces, aquí en los hospitales, los paramédicos que asisten al tecnólogo de rayos terminan tomando las radiografías y manejando los equipos...” (E8, P55, L176)

Finalmente un grupo de entrevistados/as se manifiesta indeciso frente a quienes deben realizar los distintos procedimientos de apoyo diagnóstico, expresando en algunos momentos que deben ser los/as tecnólogos/as médicos/as quienes los ejecuten, mientras que al evaluar otras circunstancias, cambian de opinión optando por otro miembro del equipo de salud. Es así, como algunos/as entrevistados/as hacen referencia a como los exámenes de rayos X y los de laboratorio -con el empleo de cintas- pueden ser efectuados por técnicos/as paramédicos/as. Incluso mencionan que en ocasiones prefieren que sean técnicos/as paramédicos/as los que realicen las radiografías, porque estos presentan mayor disposición a repetir o modificar las imágenes. No

obstante, valoran el trabajo del profesional tecnólogo/a médico/a en dichos procedimientos, como a cargo de algunos tipos de exámenes -que en opinión de los/as participantes- son más complejos, pero especialmente al tratarse de los equipos médicos y la responsabilidad asociada a estos, donde estiman que deben ser profesionales quienes realicen los procedimientos de apoyo diagnóstico:

“de acuerdo a los exámenes que se decidan procesar, es la capacitación que deberían tener quienes lo desarrollarán... porque si se va a trabajar solo con... cintas y con no sé, un hemoglucotest... la verdad es que con un técnico paramédico es suficiente (...) hay imágenes de radiología simple, que eh... la verdad yo creo que eh... mira, yo he tenido todo tipo de experiencias personales... y muchas veces me ha ido mejor con ciertos auxiliares adiestrados de imágenes... técnicos de imágenes, no tecnólogos médicos de imagen” (E11, P70, L60)

“En cambio el técnico- para hacer el contraste-, el técnico eh hace... o sea, cumple al pie de la letra recetas, que eventualmente un tecnólogo le dijo pero cero creatividad... es lo esperado, o sea... yo no quiero que un técnico, un técnico paramédico adiestrado en un procedimiento, se ponga a modificarme un equipo, que es de alto costo, que es de difícil reparación... ni a hacer experimentos (...) el no profesional... cargarlo con una responsabilidad mayor, es también una carga que no tiene por qué aceptar ni merecer” (E11, P75, L222)

En esta misma línea otro de los/as participantes entrega su respaldo tanto al/la tecnólogo/a como al/la técnico/a paramédico/a, cambiando de opinión en reiteradas ocasiones, con distintos argumentos:

“porque si fuera solamente por tomar la muestra y... y llevarla a otro laboratorio... al servicio de urgencia más cercano, tal vez ahí baste con que hayan paramédicos... una enfermera que dirija el tema... pero si las van a procesar ahí mismo, ahí se requiere que haya un tecnólogo medico (...) en el caso de las radiografías... teóricamente uno podría decir; si va solamente a tomar las radiografías... y la va a enviar... bueno, lo ideal es que sea un tecnólogo médico...”(E17, P119, L73)

“considerando que son exámenes de urgencia, que son, tienen una dificultad... sería ideal... o sea... es lo ideal (...) si de mí dependiera, yo los incluiría.” (E17, P120, L104)

Los/as informantes claves opinan que son tecnólogos/as médicos/as quienes deben realizar los procedimientos para los cuales fueron formados, ya que son estos/as los/as profesionales que le otorgan validez y calidad al examen. Asimismo, hablan de las responsabilidades -que de lo contrario, le entregarán al paramédico-, el agobio y la presión que tendrían al realizar un procedimiento para el cual no están facultados, expresando la injusticia de esta situación:

“no basta que un técnico en rayos, pueda por ejemplo, hacer un buen examen... yo creo que se necesitan... alguien que lo pueda hacer bien. El tema de los exámenes de laboratorio también, aunque tengas una maquinita que te lo... te lo haga... yo creo que un examen deber ser validado por una persona máááás... experta, y este caso sería el tecnólogo médico porque insisto, mientras... mejor hecho, la calidad técnica del examen, yo creo que viene respaldado por los tecnólogos médicos, y eso te permite tomar un, hacer un buen diagnóstico y tomar buenas decisiones ¿mmm?”(E19, P134, L59)

No obstante, uno de los informantes claves valida que sean técnicos/as paramédicos/as quienes realicen esta función en algunos exámenes –considerados simples-, apoyándose en el hecho de que son ellos/as quienes realizan radiografías en algunos centros de salud; no obstante, menciona que muchas de esas veces, el/la técnico/a paramédico/a está siendo supervisado/a:

“en algún lugar donde he trabajado, me ha tocado verlos y me ha tocado ver que efectivamente que no siempre son los tecnólogos médicos los que toman las radiografías, si no que son los técnicos, y sobre todo para ciertas radiografías - básicamente pulmón, que es lo que más suelen hacer digamos-. Otras radiografías... sí, son más tecnólogos los que están - radiografía de abdomen, radiografía de cráneo- yo creo que por las posiciones y por el equipo de rayos que se usa ¿ya? pero sí me ha tocado ver a varios técnicos paramédicos tomando radiografías, pero radiografías más bien simples. Y no he visto que sea mayor problema digamos; ahora, es cierto que ese técnico muchas veces está acompañado al mismo tiempo de un tecnólogo médico, entonces... internamente se definen las tareas en sí, o sea, el tecnólogo médico le da las tareas al técnico paramédico para que el tome algunas radiografías” (E22, P172, L261)

5.4. OPINIÓN ACERCA DE QUE EL MINSAL PERMITA QUE LABORES PROPIAS DEL TECNÓLOGO/A MÉDICO/A SEAN REALIZADAS POR OTROS/AS FUNCIONARIOS/AS DEL ÁREA DE LA SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO (ESPECÍFICAMENTE EN LOS SAR).

Esta categoría busca conocer la opinión de los/as entrevistados/as acerca de que el MINSAL permita que otros/as funcionarios/as del área de la salud realicen funciones propias del tecnólogo/a médico/a en el Sistema Público -específicamente en los SAR-, mientras que en el Sistema Privado la ocurrencia de dichas situaciones es mínima.

Los/as participantes expusieron las razones económicas como determinantes a la hora de no contemplar a tecnólogos/as médico/as en los SAR y permitir que otros/as funcionarios/as del equipo de salud ejerzan sus funciones, debido a las diferencias entre los sistemas de salud público y privado:

“yo pienso que es por razones económicas... si esta cuestión es por razones económicas... claramente, los servicios de urgencia privado los financian los pacientes en definitiva y en el sistema público lo financia la ciudadanía a través de los impuestos, pero eso, el recurso en salud siempre es escaso, siempre” (E18, P128, L112)

En esa misma línea, hay quienes opinan que son precisamente razones económicas las que llevan a destinar el dinero a materias distintas a la inclusión del tecnólogo/a médico/a en los SAR; decisión que finalmente irá en desmedro del proyecto de los SAR:

“yo creo que pasa todo por una cuestión económica no más, no sé, ahí las platas pueden ser para una capacidad distinta, evidentemente que la cosa económica-privada tiene mucho más... yo creo que recibe, la institución tiene mucho más ingreso-que es distinto a la parte del servicio público digamos; que es otra cosa digamos- la idea es yo creo que el servicio público no está

con el fin de...de como de hacer un servicio lucrativo, no es eso la idea de un servicio público, entonces generalmente no hay como una retribución-el servicio público pone poco, es lo que siempre, es como un hoyo digamos esta cuestión de la salud...y yo creo que por eso va, por ese lado, que no los consideraron, pero es... va en desmedro de lo, de la idea que tienen...”
(E13, P100, L205)

Existe también la impresión de que las razones económicas por si solas no son las únicas que inciden en decisiones de esta índole, otorgando relevancia a otro tipo de factores que no necesariamente se relacionan con dinero, sino más bien lo hacen con el propio recurso humano:

“¿Qué me parece...? ¡mal poh!... si que le voy a decir, si no... si no resiste análisis, yo te podría contar muchas otras cosas que hace el sistema público, que permiten y no debiese estar así. Si el problema es que faltan recursos, falta plata (...) fíjate que... no, el recurso... ese no es todo, porque cuando uno echa a andar algo, un tema es la plata, otro es la capacitación de la gente, la motivación de hacerlo bien, que es algo que falta mucho en el sistema público.” (E14, P104, L71)

Razones diferentes a la escasez de recursos económicos -como el poco interés en desempeñarse en el Sistema de Salud Público y condiciones laborales-, también parecen explicar que el MINSAL permita que labores propias de tecnólogos/as médicos/as sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR):

“resulta ser que el sistema público no puede dar respuesta a eso, no puede dar respuesta porque... ya sea porque no tiene los recursos económicos para contratar a las personas o porque las personas no están interesadas en trabajar en el sistema público... por las condiciones en que se trabaja, cualquiera que sea la respuesta el hecho concreto es que no siempre dispone de todas las personas” (E10, P65, L210)

Igualmente, hay quienes estiman que la ocurrencia de estas situaciones son responsabilidad del Sistema de Salud Público- el cual como empleador-, permite que sucedan esta y más irregularidades:

“eso es un problema mucho más generalizado, o sea, el peor empleador es el sistema público. El sistema público es el que permite que los trabajadores -sean profesionales o no-, trabajen a honorarios por tiempos indefinidos, el servicio público va y controla que se den condiciones adecuadas de higiene, la acreditación y esas cosas, pero nosotros no cumplimos con ninguna de esas cosas; o sea, si aquí vinieran a mirar los baños, no estamos habilitados para nada... ¡capaz que nos clausuren!”
(E10, P64, L186)

Existen voces que opinan que el doble estándar de las instituciones sanitarias chilenas es la principal causa de que el MINSAL permita que labores propias del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del área de la salud en el Sistema de Salud Público (específicamente en los SAR), doble estándar que cobra relevancia al poner en riesgo a la

población afectada por dichas decisiones, con atenciones de menor calidad y seguridad que aquellas personas que sí pueden acceder al sistema privado, dejando en evidencia la inequidad existente:

“está claramente haciendo un sesgo, está dividiendo entre como en clases sociales, claro... está no sé cómo decirlo... pero está como... el submundo de la clase social baja, que está condenada a atenderse por el sistema público, va a tener una menor calidad y seguridad en su atención - en este caso, de laboratorio- de apoyo logístico, sin mayor espacio... o sea ¿por qué los de las ISAPRE sí tienen que tener y el sistema no? O sea, está haciendo un sesgo, haciendo notar que la salud no es igual pa todos en el fondo” (E12, P89, L214)

Sin embargo, pese al rechazo generalizado que decisiones como las descritas generan en los/as entrevistados/as, parecen existir antecedentes de otras situaciones similares en las que el Estado modifica las leyes o acápites en función de su conveniencia:

“O sea, me parece un error ¿ya? conceptual, ahora, el Estado también... se caracteriza por modificar las leyes o tener acápites especiales en los estatutos (...) entonces claro, el Estado impone una ley para... los particulares pero otra ley es la que les rige a ellos y modifica esas cosas de forma que uno no comprende para acomodar digamos la situación, pero me parece mal...” (E8, P50, L115)

O que estiman que la aplicación de distintos criterios, dependiendo del tipo de Sistema de Salud del que se trata-público o privado-, son responsabilidad no de una institución en específico, si no de múltiples organismos sanitarios:

“muchas veces he tenido discusiones que no han sido nada fáciles (...) en reuniones privadas, o sea, gente que está metida en el tema con... jefaturas, eh me refiero a direcciones de hospitales, me refiero a direcciones de servicios de salud, me refiero a Ministerio de Salud, a nivel de la subsecretaría de redes asistenciales, específicamente en la DIGERA, diciendo que la verdad, muchas veces yo... deseé que vinieran, con los mismos criterios que se usan en... en otros lugares a inspeccionarnos y nos clausuraran. A ver si entendían que la calidad de atención que estábamos entregando no solo es pobre, no solo es incómoda... si no que es ilegal. Porque eso... lo hice yo aquí en esta unidad, hay una ley de derechos y deberes de los pacientes que nos deja clarito las cosas, en este minuto estamos pasando por encima de un montón de normas porque bueno no importa, nos acomodamos ¿ya? Y estamos forzando la máquina a un punto en que el riesgo es grave. Y es grave para el paciente” (E11, P77, L257)

Hay quienes opinan que puede deberse a que muchas decisiones de tipo administrativo no son tomadas por personas especialmente calificadas para ello, con un conocimiento parcial del Sistema de Salud:

“las decisiones administrativas pasan por personas que no... no siempre son absolutamente puros en su... en su vida laboral, o sea no son solamente personas que han trabajado toda su vida en la atención pública y conocen muy bien la atención pública o al revés; que solamente han trabajado en la atención privada. por qué en un tipo de situación la postura es tal, y en otro tipo de situación la postura es distinta...” (E6, P37, L247)

Para otro grupo de entrevistados, las razones se relacionan con una inconsistencia del Estado con respecto a los 2 tipos de Sistemas -privado y público-, pero también a un problema de cultura de los/as chilenos/as, quienes están acostumbrados a este tipo de situaciones injustas:

“es vergonzoso que la vara con la que se mide, sea diferente para la persona que tiene... menos recursos respecto a la persona que tiene mayores recursos. En este país en realidad, el cotidiano de acá, es una cuestión a la que ya casi nos hemos acostumbrado, a que se mida con diferentes varas y que las exigencias sean diferentes... considero que está muy bien que en una clínica privada se exija, que en una clínica privada se exija, o que en un centro privado se exija... pero claro, las entidades gubernamentales también deben cumplir con eso. Cumplir con exigencias y con estándares, que yo no creo que sean estándares chilenos, yo creo que son estándares internacionales...” (E3, P18, L118)

La cultura de nuestro país aparece como un argumento que explica la ocurrencia de este tipo de situaciones en aspectos de distinta índole, entre los que se encuentra la salud, provocando la reacción de las autoridades solo cuando sea evidente la migración de funcionarios/as desde el Sistema de Salud público al privado:

“Es que estamos en Chile poh. Simplemente eso. Y sabemos cómo se tienen que hacer las cosas pero siempre se tira el elástico más allá de la cuenta. Cuando se le empiezan a ir la gente de los servicios públicos. Yo creo que se dan cuenta recién “uy ¿que estamos haciendo mal?” (E5, P28, L92)

Los/as participantes también estiman que decisiones como la adoptada por el MINSAL se deben a que la población afectada las acepta, sin reclamar; mientras que los/as usuarios/as del sistema privado se manifiestan inmediatamente si no están de acuerdo con algunas situaciones:

“al poco pataleo de la población... al poco pataleo de la población víctima, en este caso de la sociedad promedio que accede a estos SAPU... porque los usuarios de clínicas o de servicios privados, si ven que no hay algo que les satisfaga, tienen acceso a ir a otro o reclaman porque la ISAPRE no les ofrece lo que ellos, por lo cual están pagando... ¿pero un pobre curahuilla o una vieja de la feria que van a hacer? Tienen que mamarse lo que le den no más (...) si están acostumbrados - mal acostumbrados- a eso” (E12, P90, L225)

Situación de vulnerabilidad que se relaciona a un aprovechamiento por parte del Sistema de Salud a propósito de la falta de conocimiento o falta de comprensión de la población, que utiliza para ir progresivamente restringiéndola:

“el Sistema de Salud se aprovecha de la, de las faltas de conocimiento, de la falta de comprensión para... ir restringiendo y restringiendo, entonces eso... es una muestra de la restricción. Ahora, si esto va a pagarlo la municipalidad, la municipalidad aplica el, exactamente el mismo criterio que el sistema de salud, entonces, ´el sistema de salud no le va a poder exigir tecnología`, después la municipalidad va a decir: ´¿y vo, en el hospital que hacé? Ya, vamos a ver`... eso es” (E21, P161, L346)

Los/as informantes claves estiman que la responsabilidad de que en el Sistema de Salud Público -específicamente en los SAR- se permita que funcionarios/as del equipo de salud realicen labores propias de tecnólogos/as médico/as, mientras que esta situación no se replica en instituciones de carácter privado, es del Ministerio de Hacienda:

“Yo creo que es por un tema que a los sistemas privados se les puede exigir no más... al sistema público en el fondo, las platas salen de las mismas partes poh... para el sistema... el sistema público... entonces, cuando tú tienes que ir a negociar al Ministerio de Hacienda para que te aumente el... para que te aumente el presupuesto en determinadas áreas, emm... en el Ministerio de Hacienda ellos entienden: dos más dos son cuatro poh...pero cuando yo le tengo que aumentar... mucho el imput o las cantidades de recursos que tú necesitas... y empiezas a producir lo mismo... es difícil explicarlo al Ministerio de Hacienda, que... que las cosas son con más calidad no más poh” (E19, P139, L178)

No obstante, también existe la impresión de que la decisión de que en el Sistema Público -específicamente en los SAR- funcionarios/as del equipo de salud realicen labores propias del tecnólogo/a médico/a obedece a visiones de tipo socio-político:

“Yo creo que son visiones... de tipo socio-político que no necesariamente son atinadas, pueden ser bien intencionadas pero no son atinadas...” (E20, P148, L192)

El hecho de que ocurran situaciones como la que anteriormente se describe, para otro de los informantes claves en cambio, obedece a la poca claridad que el Código Sanitario y otros documentos sanitarios otorgan al rol y funciones de algunos/as profesionales:

“hay ciertas áreas que son un poquito menos, menos claras digamos ¿ya? hay otras áreas en las que sí es claro que tiene que estar el profesional adecuado ¿ya?”(E22, P177, L408)

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS

En este capítulo, procederemos a presentar la fase interpretativa de nuestra investigación, correspondiente al análisis de contenido. Para esta tarea, procuramos analizar en detalle los distintos discursos emitidos por los/as participantes, a través de la interpretación de diferentes elementos que identificamos en ellos/as.

Para dichos efectos, es que estimamos oportuno recordar que en el enfoque cualitativo los investigadores/as "funcionan" u "operan" como los más importantes instrumentos para la recolección y análisis de los datos obtenidos. Estimamos de gran importancia la comprensión de ese rol del investigador/a, ya que permite entender cómo este/a no puede cumplir a cabalidad los objetivos de la investigación sin recurrir a su propia experiencia, imaginación e inteligencia y como el éxito de dicha investigación depende enormemente de la relación que el/la investigador/a logre con los/as sujetos de su estudio. (131)

6.1. OPINIÓN Y CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS SAR.

Desde la lectura de los discursos relatados por los/as médicos/as entrevistados/as, se desprende –en forma generalizada- la precariedad del conocimiento en cuanto a estos dispositivos.

Al analizar esta situación, lo primero que visualizamos es la dificultad que existe para obtener y recolectar información substancial sobre los SAR, principalmente debido a que esta es una política pública emergente que se ha visto marcada por la escasez de información emanada desde el organismo público responsable, el Ministerio de Salud. Lo anterior nos permite confirmar y dimensionar la falta de conocimiento por parte de los/as entrevistados/as en esta investigación.

Los/as participantes –a grandes rasgos- conocen que se trata de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia con mayor resolución que un SAPU (algo intermedio entre un SAPU y el servicio de urgencia del hospital). Asociado al mismo concepto, algunos/as describen que el aumento de la resolutivez se debe probablemente a que estos dispositivos van a contar con exámenes de laboratorio e imágenes (específicamente Rayos X). De esto podemos visibilizar la importancia que le atribuyen a los elementos tecnológicos, especialmente los de apoyo diagnóstico, y la necesidad que presenta el subsector público en esta materia, situación que se condice con estudios acerca de la atención primaria que indican que la falta de resolutivez

de esta se relaciona con la baja probabilidad de realizar exámenes en este nivel, que se expresa en la gran cantidad de prestaciones de este tipo que efectúan los usuarios de FONASA al subsector privado (111), como se expresa en la Tabla 2.7 Prestaciones MLE para usuarios de FONASA.

Sin embargo, destacamos el alto conocimiento e interés que presentan los médicos de los SAPU, siendo ellos –en función de los/as entrevistados/as- quienes poseen mayor cercanía, toda vez que son quienes ejercen en la Atención Primaria de urgencia; por ende, cualquier elemento que ayude al fortalecimiento de ésta, debiera ser de su interés y así lo han demostrado.

También nos encontramos con algunos entrevistados que ignoraban completamente el proyecto de los SAR. Dicho desconocimiento es compartido por todos los médicos radiólogos con menos de 10 años de trabajo y algunos/as médicos/as internistas con menos de 10 años de ejercicio en el Servicio Público:

“No. No tengo opinión porque no sé lo que son...” (E15, P106, L2)

Respecto a estos últimos, dicha situación puede ser atribuida a que estos profesionales no forman parte de la atención primaria de urgencia, por lo que las medidas que se instauren en pos del fortalecimiento de la atención primaria de urgencia pueden no ser de su interés. Es importante recordar que estas medidas no solo buscan robustecer este nivel, sino que pretenden contribuir a la Red Asistencial de Urgencia en su totalidad, principalmente reduciendo su actual congestión. Recordemos que en promedio, el 70% de las atenciones de los servicios de urgencia del país son padecimientos que debieron ser resueltos en la atención primaria (91). Esto se refleja en los Servicios de Salud a los que pertenecen las comunas del presente estudio, tal como se demuestra en los gráficos 2.5 Atenciones de urgencia del SSVMQ y 2.6 Atenciones de Urgencia por categorización, Hospital Dr. Gustavo Fricke. Bajo esta perspectiva, la medida debiera ser de interés para todos los actores involucrados, razón por la que llama poderosamente la atención el poco interés por parte de algunos/as entrevistados/as en conocer las políticas públicas en salud, especialmente en el área en que se desempeñan laboralmente.

Es importante destacar que además de la relación que existe entre la labor y la Atención Primaria de Urgencia, la cantidad de años ejerciendo también supone gran relevancia, puesto que los/as médicos/as con más de 10 años de servicio en las distintas especialidades, expresaban ideas más claras que las de sus homónimos con menos experiencia. En este sentido creemos que los años de experiencia propician una mirada ampliada de la situación.

Otra de las aristas que llama la atención es la forma en que se han informado sobre el proyecto SAR -si bien esta no era una dimensión a evaluar, algunos/as de los/as participantes entregaron indicios del tema-, destacando la falta de difusión por parte de las autoridades, ya sea a

nivel público o con los/as funcionarios/as, incluso con los/as pertenecientes a la misma red de atención de urgencia:

“Escuché por las noticias, pero me imagino que van a ser con todo... que tenían la idea de formarlos, ¿no sé si ya está funcionando algún SAPU de alta resolución...? aquí en la quinta región” (E13, P92, L2)

Al analizar la opinión en cuanto a la implementación y funcionamiento de los SAR, nos encontramos con múltiples visiones. Una de ellas es la que catalogamos como optimistas frente a la medida, en la que se incluyen algunos/as médicos/as que ejercen en SAPU y un médico internista con menos de 10 años de experiencia. Nos parece interesante esta posición, en especial cuando son los médicos de SAPU quienes conocen -muy bien- las carencias que estos dispositivos presentan, asociados a la gran cantidad de pacientes que deben atender y los escasos elementos diagnósticos y terapéuticos que poseen. De igual manera, visualizamos que los/as entrevistados/as asumen que todo elemento que contribuya a apoyar lo ya existente es excelente, y ayudará al fortalecimiento a la Red de Urgencia. Al mismo tiempo, destacan la incorporación de los elementos diagnósticos radiológicos por sobre los demás implementos que presentan los SAR:

“vamos a tener apoyo laboratorial básico eehhyyyimagenológico, rayos. Ya con eso te diré que va a descongestionar una... muchísimo a la la cuestión.”(E1, P1, L17)

Otros participantes que se muestran optimistas frente a la medida son los/as entrevistados/as del perfil de médicos/as radiólogos/as con más de 10 años de experiencia, quienes consideran que estos centros fortalecerán la Red de Urgencia, y si bien creen que la implementación de la puesta en marcha es deficiente, estiman que con el paso del tiempo estos dispositivos se irán implementando con lo necesario para un óptimo funcionamiento, al igual que el resto de los centros pertenecientes al Servicio de Salud Público. La experiencia de estos/as entrevistados/as les permite observar la evolución de la Salud Pública, relatando -especialmente- como se ha ido profesionalizando la salud en nuestro país, insinuando que lo mismo ocurrirá con estos dispositivos:

“lo mejor es enemigo de lo bueno, o sea, tal vez no va a ser ideal al tiro, porque tal vez piensan que no va a funcionar... hacerlo por etapas...” (E17, P122, L154)

También los/as informantes claves se muestran optimistas ante el proyecto, ya que consideran que otorgarán la resolutiveidad necesaria y ayudarán a fortalecer la Red Asistencial de Urgencia. Uno de ellos incluso, está enterado de que durante el día el equipo de rayos X contribuirá también como apoyo a otras unidades de Atención Primaria de la zona. Esto se debe probablemente al rol de autoridad y los amplios conocimientos acerca de Salud Pública que los/as informantes identificados como claves poseen, que conscientes de las necesidades de la Red

Asistencial, valoran enormemente los elementos de apoyo. No obstante, algunos/as de ellos/as -al igual que otros entrevistados- también consideran que algunas de las características de estos centros no son las adecuadas y que posiblemente los recursos económicos estarían mejor invertidos si se hubiesen inyectado a los centros asistenciales ya existentes:

“yo creo que son una alternativa interesante, que debería desarrollarse porque lo que más quiere el paciente de urgencia es atención integral y resolutivez, no una interconsulta para dos meses más... 3 meses más...un año...” (E20, P43, L56)

“Una buena intención poder ser arruinada por una mala ejecución...” (E20, P146, L141)

Igualmente, existen entrevistados/as que inicialmente expresan una opinión optimista en torno a los SAR, pero que durante el transcurso de la entrevista evidencian una transformación de sus discursos. Es así como algunos entrevistados/as demuestran incertidumbre frente al cumplimiento de los objetivos fundamentales de estos dispositivos, indicando como una de las principales razones al desconocimiento de la población usuaria de la Red de Urgencia, que no hace uso de los centros según la adecuada categorización de sus dolencias, insistiendo equivocadamente en acudir a centros de mayor complejidad, cuando sus patologías debieran resolverse en Atención Primaria. Esta información se condice con la cifras de categorizaciones que presentan los Servicios de Urgencia a nivel nacional, ejemplo de esto es el Servicio de Urgencia del Hospital Carlos Van Buren, el cual durante el periodo 2014 en concepto de atenciones de urgencias categorizadas en C3, C4 y C5 alcanzó el 85,53% de las atenciones (83); servicios a los que la población acudiría en busca de especialistas o mayores elementos diagnósticos. Por una parte, ellos ven como soluciones a esta problemática a la educación y concientización de la población en cuanto al correcto uso de la Red de Urgencia y por otro lado, al fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de Urgencia, ya que -según dicen- en la medida en que estos puedan ser resolutivos y entreguen atención de calidad, los/as usuarios/as podrán migrar -desde los centros de mayor complejidad- a estos dispositivos:

“me parece que es una medida de salud pública, buena en el fondo... los servicios de atención de urgencia no pueden estar masdescongestionados... o sea ,más congestionados, ahora no sé si será efectiva... porqueee el problema de la congestión de los servicios de las postas en general o los hospitales o los servicios de alta complejidad; llegan los pacientes que tienen en sus mentes interiorizados ir donde el especialista, no aguantan, si les duele la guata y quieren que los vea un

gastroenterólogo, no... se quieren saltar el médico general, entonces no sé cuan efectiva sea... que no haya una campaña para concientizar a los usuarios en que las patologías deben atenderse desde un servicio de atención primaria para XXXXX después ir escalonadamente ir avanzando...” (E14, P102, L114)

Otros/as entrevistados/as por su parte, en un inicio expresan una opinión positiva en torno a estos nuevos dispositivos, pero -a diferencia de los/as entrevistados/as anteriores- luego de conocer las características de los SAR, se muestran completamente pesimistas frente a la unidad asistencial. Algunas de las razones de este cambio de visión son el recurso humano insuficiente y los exámenes inadecuados, opinando que la implementación actual conduciría a esta nueva medida pública al fracaso:

“digamos, que eso es lo que hacía falta...” (E13, P92, L8)

“no... no, si yo creo que... que esa idea, nooo está muy mal hecha... yo creo que todo eso se puede adosar, ayudar, con la misma gente que está trabajando, y quizás implementar radiografías y contratar solamente a un radiólogo, un tecnólogo... pero no... no tiene como mucho pies ni cabeza ese proyecto...” (E13, P99, L83)

Por último, existe un grupo de participantes que desde un principio manifiesta una visión que catalogamos como pesimista frente a estos nuevos centros de la Red de Urgencia, tanto por las razones expresadas por el grupo anterior, como por la falta de concientización de la población usuaria, especialmente porque las/os entrevistados estiman que la población, al ver en estos nuevos dispositivos una opción para realizarse otro tipo de procedimientos diagnósticos – más complejos-, optarán por acudir a estas unidades y las colapsarán al igual que lo hacen con los Servicios de Urgencia hospitalarios, señalando que existe una evidente escasez de elementos que permitan la contención de esta enorme cantidad de usuarios/as.

Es en ese contexto, que surgen opiniones desde la experiencia que poseen los/as participantes, quienes han notado que incluso en el SAPU, las patologías que se atienden no corresponden a urgencias reales, haciendo referencia a que alrededor de un 95% de las atenciones corresponden a atenciones de morbilidad que se deberían solucionar en la atención electiva no urgente:

“Yo opino en realidad que... es mucho dinero el que se invierte y para mí no es una buena solución para descongestionar la parte hospitalaria, digamos de alta complejidad, porquee por ejemplo, aparte de tener por ejemplo rayos X y todo, se necesita mucho personal para manejar las máquinas y todo, y lo que uno puede llegar a resolver o no, por ejemplo, que puede ser, una... dudosa fractura, se le pide una imagen y si la confirman igual tiene que ir al centro hospitalario a hacerse el tratamiento por especialistas o un traumatólogo como se debe, lo mismo en casos de infección o cosas así con laboratorio (...) por ahí la inversión sería menor yyy con mejores resultados, ampliar el SAPU por ejemplo, que el médico pueda contar con otro refuerzo más, para atender más cantidad de pacientes y así si descongestiona; y dejar lo de alta complejidad directamente para el hospital” (E4, P20, L12)

A través de discursos como este, se visualiza la petición de invertir los recursos en el fortalecimiento de los centros de Atención Primaria ya existentes, por sobre la Red de Urgencia, impresiones que coinciden con múltiples informes que evalúan la situación que se vive en materias

de salud en nuestro país (9, 47, 75). Además, se expresa que los nuevos dispositivos no otorgarán la resolutivez necesaria, porque si el/la paciente necesita atención de especialistas, o de mayor complejidad, deberá ser trasladado a los centros hospitalarios, ahorrando solo un par de minutos, sin lograr convertirse en un dispositivo de descongestión efectivo. Es por eso que se estima que el financiamiento contribuiría más si se invirtiera -incluso menos recursos- en ampliar los SAPU y los CESFAM, expresando también que es demasiado elevada la inversión que se realizará en términos de Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutivez.

6.2. VALORACIÓN DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN LOS SAR.

Según el MINSAL, que describe en detalle los objetivos de los SAR (109), tales como la gestión adecuada de las demandas de atención de urgencia, la realización de procedimientos enfocados en la recuperación y estabilización de pacientes críticos y traslado oportuno de pacientes, los objetivos de los SAR solo pueden ser cumplidos mediante la contemplación del recurso humano encargado de efectuar los distintos procedimientos que allí se explicitan.

Una primera valoración de las funciones de los/as distintos/as trabajadores/as del equipo de salud surge cuando se les consulta a los/as participantes acerca de quiénes son las y los funcionarios que estiman- en base a la cartera de prestaciones y objetivos de los SAR- deben estar contemplados en estos dispositivos. A partir de esta pregunta entonces, surge un primer análisis: los/as entrevistados/as siempre proceden a nombrar a los/as trabajadores/as en orden jerárquico, partiendo en primer lugar con el/la médico/a. Es importante señalar que en algunos casos incluso, este fue el/la único/a profesional que mencionaron -guardando a continuación silencio-, dando por terminada su respuesta:

“Urgencióóóólogos, podrán ser interniiiiistas, no sé pero, pero tendrán que ser personas ehh que tengan una especialidad, pero no por una defensa corporativa, si no por lo que yo le estaba explicando... porque las personas tienen que tener una capacitación suficiente, para poderle sacar provecho a todo ese recurso(...) es eso es lo que yo pienso” (E10, P59, L40)

En la situación recién descrita queda en evidencia el concepto de hegemonía médica, tan arraigado en nuestra sociedad aún en los tiempos actuales, que implica entre otras cosas, la medicalización de la atención, vale decir el convencimiento colectivo de que son médicos los/las únicos capacitados/as para el control de todo tema relativo a la asistencia sanitaria -en este caso particularmente, de un servicio de Atención Primaria de urgencia- (123).

Un segundo análisis se desprende de los/las funcionarios/as que los/as entrevistados/as procedieron a nombrar como parte del equipo de los SAR- en los casos donde sí fueron nombrados grupos de trabajadores/as y no tan solo el/la médico/a-, otorgando valor a estos/as en la medida en que efectivamente fueron mencionados/as en sus discursos.

Existen quienes hicieron alusión a los/as técnicos/as paramédicos, manifestando gran desconfianza en la labor que estos/as realizan y valorando negativamente sus funciones, principalmente debido al corto proceso de formación académica de estos/as, que consideran claramente insuficiente. También exponen que estos evaden sus funciones y descansan en exceso, -situación que se contrapone a la de los/as médicos/as, cuyas jornadas son extensas e ininterrumpidas,- algo que estiman desproporcionado. Por otro lado, opinan que sería bueno que el tecnólogo/a médico/a pudiese contar con un apoyo en sus funciones, idealmente un/una técnico/a paramédico/a, porque al no tener una tarea asignada específica (como sí la tendría otro tipo de profesional), estos/as podrían desempeñarse en distintas áreas, dependiendo de las necesidades puntuales que se fueran presentando en los SAR.

En lo que respecta a la labor de las/os enfermeras/os, existe la impresión -compartida por más de un/a participante-, de que las que se desempeñan en Atención Primaria y en atención de urgencia no guardan ningún grado de similitud, lo que cobra gran relevancia al desempeñarse en la atención de urgencia, ya que aquí son necesarios algunos requisitos básicos que no todos los/as funcionarios/as de Atención Primaria poseen, y que resultan indispensables para la atención en este tipo de servicios. Igualmente, estos/as entrevistados/as estiman que debido a la incapacidad de algunas/os de estas/os profesionales de manejar vías venosas de niños, las que ejercerán en los SAR deben estar calificadas tanto en el manejo de pacientes adultos como pediátricos. Por otra parte, hay quienes si valoran positivamente la labor de estas/os trabajadoras/es, debido a las múltiples tareas que realizan -además de su rol asistencial-, ejerciendo entre otras cosas la función de jefa/e de otros funcionarios, cumpliendo un importante papel en la administración hospitalaria y convirtiéndose en un apoyo fundamental para el/la médico/a, especialmente en situaciones de urgencia:

“una enfermera que trabaja en Atención Primaria no tiene nada que ver, pero nada que ver con la atención que se hace en urgencia -por nombrarte algo no más poh-, la gente que trabaja en Atención Primaria no tiene la expedición para acceder a vías venosas, digamos, tenemos graves problemas con esa cuestión...” (E10, P63, L145)

Llama profundamente la atención que los/as médicos/as urgenciólogos/as tengan una mirada tan crítica del médico/a general, quien en su opinión no contaría con la preparación adecuada para desempeñarse en el contexto de un servicio de atención de urgencia como los SAR

-ni capacitación suficiente para evaluar radiografías-, lo que provocaría que pacientes con patologías de urgencia sean derivados igualmente a los servicios de urgencia hospitalarios, que son precisamente aquellos que se busca descongestionar.

Al mismo tiempo, queda al descubierto una profunda crítica a los servicios de urgencia (tanto hospitalarios como de Atención Primaria) que no contarían con profesionales capaces de interpretar los exámenes que ellos/as mismos/as solicitan, ya que la gran resolutivez que estas herramientas diagnósticas podrían aportar en la atención de pacientes con patologías de urgencia se ve notablemente limitada.

Los/as entrevistados/as también se refieren a la labor de funcionarios/as específicos/as, tales como el/la médico/a -profesional al que identifican como el/la responsable de otorgar la resolutivez a los SAR-, expresando que esta es una cualidad que no tiene relación ni con la infraestructura, ni con las prestaciones que se realizarán en estos dispositivos, si no con la capacidad y conocimiento de cada médico/a en particular; dejando la resolutivez asociada a la labor de un/una solo/a profesional, expresando de esta manera la visión medicalizada de la atención de salud, tal como lo expone Machado (122), quien alude a la estrecha relación que históricamente han mantenido médicos/as e instituciones gubernamentales, que podría explicar por qué aún en la actualidad existe la convicción de que son estos/as los/as profesionales idóneos para ostentar cargos de responsabilidad sanitaria –en este caso en particular, el del profesional encargado/a de otorgar resolutivez al SAR-.

Al mismo tiempo, queda al desnudo una aguda crítica a la creciente dependencia que han desarrollado algunos médicos/as a la tecnología, reservando su diagnóstico hasta contar con el apoyo de estos medios; situación que los/as entrevistados/as no comparten, ya que abogan por las capacidades y aptitudes clínicas de estos/as profesionales que -si son las adecuadas,- pueden prescindir de la tecnología:

“esa resolutivez tiene más que ver con el médico ¿ya? y más que con, más que con el modelo, es la capacidad de cada médico. No tiene que ver tanto ni con la infraestructura ni con el equipamiento ¿ya? (...) el tema de la radiografía en particular o del laboratorio, va a ser un aporte, pero los médicos en general no debieran estar esperando solamente la radiografía o solamente el laboratorio para poder tomar una decisión, o sea, la expertiz clínica es fundamental. O sea, hay médicos que sin radiografía no diagnostican una fractura” (E22, P175,L 354)

Por una parte, los/as entrevistados/as en forma unánime coinciden en una positiva valoración del equipo multidisciplinario de salud, otorgando gran importancia a la labor que cada funcionario/a realiza dentro del equipo como eslabón parte de una cadena mayor, elaborando un discurso políticamente correcto y aceptador de la importancia del trabajo en conjunto y valor del

equipo multidisciplinario. Sin embargo, llama la atención que en los casos donde estos/as se refieren a las labores de funcionarios/as específicos/as, en su mayoría lo hicieron en términos negativos, evidenciando contradicciones en los discursos de los/as entrevistados/as.

Los informantes claves por su parte, destacan la importancia del equipo multidisciplinario, valorando positivamente la labor de cada uno/una de sus funcionarios/as, independientemente de que estos/as sean profesionales o no:

“el recurso humano me parece que es lo más importante. Partiendo no cierto, desde aquellos funcionarios de mayor... de menor eh... expertiz digamos en el ámbito de la salud, creo que son fundamentales... desde los administrativos... desde el guardia en la entrada del establecimiento, porque muchas veces uno cree que los... que solamente se necesitan médicos pero no es tan así; porque el equipo está constituido por todo el escalafón, desde los administrativos, los guardias, los auxiliares de aseo... técnicos paramédicos, enfermeras, yyyy... el staff médico que va a tener que estar” (E19, P133, L31)

En cuanto al equipo contemplado actualmente en los SAR, del relato de los/as participantes se desprende un alto grado de insatisfacción y desacuerdo con este. Las razones de esa impresión se relacionan a diversos factores, entre los que destacan la insuficiencia del número total de funcionarios/as contemplados/as y la insuficiencia de los tipos de funcionarios/as considerados/as.

La opinión de que el número de funcionarios/as es insuficiente se relaciona principalmente a la alta demanda en los servicios de atención de urgencia, cuyo personal en la mayoría de las situaciones resulta sobrepasado por el elevado número de usuarios/as de la red pública de urgencia que acude a estos servicios en busca de una solución a sus problemas de salud, razón por la que estiman que lo mismo le ocurrirá a los SAR, sin lograr convertirse en un dispositivo de descongestión efectivo, tal como lo demostró el MINSAL, organismo que informó que pese a las 766.095 atenciones de urgencia efectuadas en 2013 -de las cuales 364.105 (82) atenciones fueron realizadas a nivel de Atención Primaria de Urgencia-, estas continuarán aumentando conforme las atenciones de urgencia hospitalarias disminuyen.

Esta situación se ve agravada además, por el escaso conocimiento de la población acerca de cuáles son los servicios de urgencia a los cuales debe acudir dependiendo de la gravedad de las patologías que los aquejan, desconociendo la categorización de unidades existente (TABLA 2.2) Los/as participantes opinan además, que la probabilidad de que estos servicios enfrenten una gran afluencia de pacientes -sobre todo al poco tiempo de la puesta en marcha de estos- es altísima, debido a la impresión generalizada entre la población de que los SAR, al contar con exámenes de laboratorio y toma de radiografías son más “eficientes” que los actuales servicios de atención primaria de urgencia, resolviendo problemas de salud en periodos de tiempo más abreviados:

“yo creo que como idea es interesante, pero si es suficiente no lo creo, ¡no poh!, si van a derivar todo allá, el cuello de botella- que es el colapso de la asistencia pública-, va a quedar en esta otra cosa después poh” (E16, P112, L78)

Los/as informantes identificados como claves igualmente coinciden en la insuficiencia del equipo contemplado actualmente para los SAR, lo pobre de su conformación en cuanto a los/as funcionarios/as que allí se desempeñarán y el escaso número de los/as mismos/as, que claramente no le permitirá responder adecuadamente a la alta demanda que los servicios de atención de urgencia acostumbran a tener. No obstante, existe un discurso aislado y único entre los/as entrevistados/as: el relacionado a la suficiencia del equipo contemplado en los SAR y la nula posibilidad de incluir funcionarios adicionales; pese a que igualmente sugiere una revisión futura a las planificaciones y decisiones adoptadas por estos organismos, las cuales podrían estar erradas y no apuntar a la consecución de los objetivos planteados inicialmente, adelantándose a una eventual modificación del equipo de salud.

Igualmente, con respecto a la inclusión y exclusión de funcionarios/as de la Salud (distintos/as al Tecnólogo/a médico/a) en estos dispositivos, se detectaron variados discursos que hablan de la pertinencia de la inclusión de determinados/as trabajadores/as debido a razones muy puntuales.

La idea de contemplar dentro del equipo de salud de los SAR a médicos/as urgenciólogos/as o internistas se repite entre los/as entrevistados/as debido a que estos/as los reconocen como los/as únicos/as profesionales altamente calificados para la atención de pacientes de urgencia, sugiriendo incluso que en un equipo ideal para estos dispositivos sería aquel que contemple entre sus filas a trabajadores/as previamente entrenados/as y con experiencia en el manejo de pacientes de urgencia, debido al rol protagónico que estos/as tienen en la coordinación de la atención de urgencia y sus capacidades en la resolución, interpretación y derivación de situaciones de este tipo. Cabe destacar que quienes manifiestan pertinente la incorporación de este tipo de médicos/as son precisamente médicos/as urgenciólogos/as, situación que puede obedecer básicamente a 2 tipos de razones: el alto grado de conocimiento que efectivamente estos/as profesionales poseen en el manejo, priorización y atención de pacientes en situación de urgencia; y a una defensa corporativa de la propia profesión –pese a que los/as mismos participantes expresan que esta no es tal, sino que simplemente obedece a razones de experiencia y conocimiento-.

También parece ser de gran importancia entre los/as entrevistados/as contar con médicos/as especialistas en imágenes, ya sea en el mismo SAR o en el hospital base u otro lugar a distancia mediante el uso de telemedicina. Estos/as estiman que en vista de que en estos

dispositivos existirá toma de radiografías, es fundamental que estas sean analizadas por el/la especialista correspondiente. Resulta interesante que aquellos/as entrevistados/as que abogaron por la idea de incluir imagenólogos/as son médicos/as que se desempeñan en SAPU y con menos de 10 años de ejercicio en el Servicio Público (perfil P1 MS ID), por lo que creemos que para ellos/as resulta particularmente valioso un apoyo imagenológico que facilite sus propias labores diagnósticas y reduzca las probabilidades de error que -según ellos/as mismos describen- son altísimas debido al corto tiempo de atención destinado a cada paciente.

Existe sin embargo, la opinión de quienes abogan por la incorporación de enfermeras/os adicionales a las ya contempladas, debido a las múltiples funciones que estas/os profesionales realizan -asistenciales, administrativas, etc-. Destaca igualmente un discurso acerca de la pertinencia de la inclusión de un/una psicólogo/a al equipo de los SAR, debido a la contención emocional que estos/as pueden brindar a los pacientes que acuden a estos dispositivos, considerando que muchas de las consultas de urgencia tienen su origen en situaciones psicosociales y no se relacionan necesariamente con aspectos físicos.

Por otra parte, es de amplio acuerdo entre los/as entrevistados/as que el/la kinesiólogo/a es un/una funcionario/a del cual se podría prescindir en los SAR. El fundamento de estas opiniones dice relación a la baja probabilidad de que la población acuda a estos dispositivos en busca de tratamientos kinésicos en horario inhábil, el poco aporte que estos/as significan al equipo de salud en términos de apoyo en la atención de pacientes de urgencia -que es considerablemente mayor en cambio, en los consultorios y en un horario diurno-, y que el dinero destinado a costear los sueldos de estos/as podría ser utilizado en la contratación de funcionarios que participen en atención directa de pacientes de urgencia, que en estos momentos son muy necesarios. Dichas percepciones tienen asidero en uno de los pilares de la actual reforma de salud: la eficiencia en el uso de recursos, que entre sus objetivos contempla la recuperación del poder adquisitivo de las rentas de funcionarios de la salud (8) y cuyo cumplimiento se ve dificultado por acciones como la contratación de recurso humano cuya participación no está plenamente justificada:

“es ridículo... que alguien quiera ir a hacerse una kinesioterapia en horario nocturno... es más, en los hospitales de alta complejidad no hay kinesiólogo. Entonces, es tremendo negocio -para el kinesiólogo- ir a dormir al SAR, y tremendo, o dormir, descansar, ehh hacer un trabajo de otro tipo, estudiar... lo que quieran... no digo que van a ir a dormir en forma despectiva, van a ir a no trabajar al SAR, en horario nocturno, recibiendo un sueldo, mientras se necesita urgente personal de atención directa a pacientes de urgencia, y no la tienen.” (E11, P75, L203)

Los/as informantes claves comparten ampliamente la idea que sería de suma utilidad contemplar a médicos/as urgenciólogos/as en los SAR debido al amplio manejo y experiencia de estos/as en el contexto de urgencias y los cuestionamientos a la participación de kinesiólogos/as en estos dispositivos, fundamentando las mismas razones expuestas por los/as entrevistados/as anteriores, relacionadas a las bajas probabilidades de que pacientes que requieran terapias kinésicas acudan a los SAR en horario nocturno, estimando que una buena opción podría ser contar con este recurso solo a llamados.

6.3. VALORACIÓN DEL PROFESIONAL TECNÓLOGO/A MÉDICO/A.

En esta categoría se observa una evidente escasez de conocimiento sobre la función y labor que cumple el/la profesional tecnólogo/a médico/a dentro del equipo de salud.

Los/as participantes manifiestan que el/la tecnólogo/a médico/a es un/una profesional que realiza procedimientos diagnósticos a partir del uso de la tecnología. A través del análisis de sus relatos, se logra visualizar que los conocimientos en torno a este/a profesional tienen directa relación con el contacto o grado de familiaridad que poseen los/as entrevistados/as -en su quehacer profesional- con los procedimientos de apoyo diagnóstico:

“mira yo, yo... la verdad es que no tengo un conocimiento cabal de las funciones que tiene un tecnólogo médico... pero me imagino que debe ser el procesamiento de todo este tipo deeee... el trabajar con maquinarias para lograr resultados diagnósticos a través deeee... valores hematológicos...” (E3, P16, L61)

Entre los/as entrevistados/as con menos conocimientos sobre el rol que cumple el/la tecnólogo/a médico/a dentro del equipo de salud, se encuentran los/as médicos/as de los SAPU, y algunos/as profesionales con especialidad en medicina interna.

Sin embargo, los/as médicos/as internistas -que además de conocer la función general de los/as tecnólogos/as médicos/as- eran capaces de dilucidar la existencia de especialidades dentro de la tecnología médica, entre las que se destacan la mención de Imagenología y Física Médica y la mención de Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre. Ambas menciones corresponden a las especialidades que contribuyen al diagnóstico en los centros de Atención de Urgencia, principalmente en los dispositivos de alta complejidad; en este sentido, destacamos los discursos donde reflejan el contacto con el/la tecnólogo/a médico/a a través de sus labores:

“me ha tocado entrar más en contacto con los que trabajan aquí en el laboratorio del hospital, pero por un tema mío, si no que yo voy, bajo aprendo de ellos, pregunto por el procesamiento de los exámenes, le pregunto por la forma de los

cultivos y en la época que hice mi beca también, entre mucho en contacto con los tecnólogos que se especializan en el manejo de los equipos de coronariografía, eeh ¿ya? entonces yo sé que el área de ustedes es diversa, de muchos ámbitos, pero yo estoy seguro que mis colegas no tienen esa misma percepción o no lo saben.” (E8, P49, L112)

Por otro lado y como era de esperarse, los médicos con especialización en radiología son quienes al momento de consultarles -por el rol que cumple el/la profesional tecnólogo/a médico/a- son los que demuestran mayor conocimiento, relatando múltiples funciones y otorgando mayor importancia a su trabajo; sin embargo, a pesar del amplio conocimiento que poseen los profesionales mencionados, cabe destacar que dicho manejo se observa principalmente en el área de la Imagenología y Radiodiagnóstico, refiriéndose escasamente a otras menciones, limitándose en algunos casos a solamente nombrarlas:

“son nuestro brazo... nosotros somos, el radiólogo con el tecnólogo médico, es como las dos piedras angulares del servicio de imágenes...” (E16, P114, L137)

Al observar la dificultad que presentan los/as participantes al definir las funciones u otros elementos referentes al tecnólogo/a médico/a, podemos atribuir esta al relativo poco tiempo que tiene el/la profesional tecnólogo/a médico/a como tal en nuestro país, alejada del/la “laboratorista” o simplemente “ayudante técnico/a” del profesional del laboratorio.

En ese sentido, es que esperaríamos que el trabajo interdisciplinario otorgara las herramientas mínimas para poder definir –al menos- las funciones de los otros trabajadores del equipo de salud, lo cual es concordante con los relatos de algunos/as de los/as participantes.

Por otro lado, al analizar los relatos de algunos/as profesionales que demuestran mayores conocimientos, llama la atención que estos sean asociados a elementos externos de su quehacer (madre, compañeros/as y/o amigos/as tecnólogos/as médicos/as).

A diferencia de la mayor parte de los/as entrevistados/as, los/as informantes claves relataban con claridad el rol que ejercía el/la tecnólogo/a médico/a en el equipo de salud, demostrando un alto grado de conocimiento respecto a las funciones y labores de este profesional.

Fonseca (20) plantea que aquellas decisiones que impliquen un alto impacto en salud y los recursos, y que además tengan más de una opción efectiva de solución deben ser objeto de evaluación. En ese sentido, es que la exclusión de tecnólogos/as médicos/as en los SAR cobra relevancia, al ser una medida sanitaria con esas características, y que por ende, amerita ser sometida a estudio. Al analizar las opiniones acerca de la pertinencia de incluir a estos/as profesionales en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución y las

razones de su no inclusión en estos dispositivos, existe un significativo grupo de entrevistados/as que estima pertinente la inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR, debido a que reconocen a estos/as como los/as profesionales especialmente formados/as para la realización de procedimientos de radiodiagnóstico –en el caso de estos dispositivos, la toma de radiografías- y procedimientos que apoyan el diagnóstico de diversas patologías a través de la planificación, ejecución y evaluación de diferentes exámenes y técnicas de bioanálisis clínico– exámenes de laboratorio en el caso de los SAR- (106):

“si van a implementar SAPU de alta resolución con imágenes y laboratorio deberían estar quienes son los responsables de eso ¿te fijai? O sea, yo no voy a manejar un equipo aunque me lo expliquen, porque yo no estoy formado en eso” (E5, P27, L49)

Igualmente los/as participantes destacan el alto manejo y cuidado que tienen estos/as trabajadores/as con los equipos –que son precisamente los que se implementarán en estos servicios de urgencia- y la importancia de que dichos exámenes sean realizados por los/as profesionales idóneos y especialmente entrenados/as para esas funciones, estimando que solo si estos son efectuados correctamente y con los debidos parámetros técnicos de calidad es que tendrán valor diagnóstico:

“tiene que ser un tecnólogo médico como acá poh, o sea, un tecnólogo médico de laboratorio, que esté capacitado para tomar las muestras, y que no hagan falsos positivos o falsos negativos... en los resultados, que se metan en las muestras de enzimas cardiacas, que deberían ser las que estén al tiro, gases arteriales, exámenes de orina rápidos... no, no... es la pura cintita no más en la orina...” (E12, P88, L181)

En esa misma línea, es que existe la percepción de que la no inclusión de este/a profesional atenta directamente contra el concepto de resolutivez que estos dispositivos persiguen:

“es pésimo porque... significa que el SAR no va a tener capacidad de resolutivez en ese sentido...” (E8, P49, P126)

Por otra parte, existe otro grupo que también aboga por la inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR pero en función de las características propias que atribuyen a estos/as profesionales persé, tales como el respaldo que constituyen para su propia labor médica, - considerándolos un apoyo fundamental-. Igualmente los/as entrevistados/as establecen una asociación entre calidad/capacidad y tecnólogo/a médico/a, depositando confianza en la labor de estos y considerándolos entre otras cosas supervisores/as calificados/as de la toma de exámenes radiológicos y de laboratorio -supervisión que en caso de no ser la adecuada, desembocará en un mal funcionamiento de los SAR-:

“muchas muestras, en especial la de protrombina, son muy frágiles, muy sensibles a cambios de temperatura o movimiento... si no me equivoco, por ejemplo los electrolitos plasmáticos, el potasio y la protrombina se alteran muy fácilmente, entonces necesitamos un gallo que cache bien...” (E12, P88, L193)

No obstante, existen discursos aislados que defienden la inclusión de tecnólogos/as médico/as en función de que estos/as son los/as profesionales que mejor manejan los equipos (tanto de radiología como de laboratorio clínico) y conocen el detalle de su funcionamiento, complejidad y reparación, hecho que resulta relevante debido al alto costo que estos representan, revelando que la razón por la que abogan que este/a funcionario/a esté en los SAR no es por la capacidad y conocimiento de estos/as, si no porque estos/as “cuidarán” los equipos, asegurando su buen uso, óptimo funcionamiento y prolongando su vida útil:

“yo creo que tiene que haber, si son equipos de alta complejidad, equipos de alto costo de una manipulación, que si bien es cierto se ha hecho bastante más (...) como más interactiva, más de monito, más fácil... no son tan pesados como antes- igual que los autos-pero no cualquiera puede revisarlo, manejarlo, echarlo a andar, apagarlo... nooo...” (E11, P76, L246)

Por otra parte, existen discursos contradictorios entre algunos/as participantes, quienes en primera instancia expresan que es ideal contar con tecnólogos/as médico/as en los SAR, pero luego manifiestan que si esto no ocurriera, igualmente es bueno que estos dispositivos se implementen, estimando que la exclusión de un/una profesional como el tecnólogo/a médico/a no puede ser determinante en el funcionamiento de un servicio como el que se pretende poner en marcha, ya que siempre será bienvenida la instauración y creación de nuevos servicios de atención de urgencia que apoyen a los ya existentes. Del mismo modo es que quienes inicialmente defendieron la idea de incluir a este/a profesional en los SAR, luego opinaron que no era necesario contemplarlos/as, debido a que los equipos que se utilizarán para los exámenes de laboratorio son automatizados –razón que no exigiría por lo tanto, ser realizados por estos/as profesionales-, expresando que estos podrían ser manejados por un/una técnico/a paramédico/a, el mismo que podría tomar las muestras de laboratorio y luego “enviarlas” al hospital base:

“el tecnólogo del laboratorio también se podría obviar porque todos estos equipos son automatizaados y... yyyy y podría manejarlo un técnico” (E18, P127, L92)

Los/as informantes claves por su parte, coinciden ampliamente en la necesidad de contar con tecnólogos/as médicos/as en los SAR sin importar el nivel de complejidad de los exámenes que allí se realizarán, otorgando valor a las funciones que estos/as desempeñan y al rol fundamental de estos/as en un tratamiento efectivo a los/as pacientes, a través de la realización de exámenes de calidad y diagnósticos, destacando además que son precisamente estos/as profesionales los/as encargados/as de otorgar la resolutiveidad a estos dispositivos a través de sus labores.

Llama la atención en esa misma línea, la impresión de que la participación del tecnólogo/a médico/a en los SAR es necesaria debido a que es un recurso humano disponible en el país, lejos de presentar sobredemanda, que eventualmente pudiese justificar o explicar la incorporación de otros/as funcionarios/as a realizar las labores de estos/as, tal como lo demostró un estudio realizado por el INE el año 2011, que evidenció la existencia de casi 10.000 tecnólogos/as médico/as a nivel nacional, mientras que solo alrededor de 2.000 de ellos se desempeña en el área pública (SNSS) y de los cuales solo 204 lo hacen en la región de Valparaíso (111).

No obstante, existe un único discurso que cuestiona la pertinencia de la inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR, abogando por que los exámenes que se realizarán en estos dispositivos no serán realizados por técnicos/as paramédicos/as convencionales si no por unos/as especializados/as en la toma de radiografías, insinuando que la sola toma de radiografías no supone mayor complejidad ni mayor grado de capacitación o conocimientos que los que poseen los/as técnicos/as paramédicos/as, designando a estos exámenes un nivel de simplicidad que en la práctica no es tal. Estas opiniones son preocupantes en el contexto de desconocimiento de estas actividades, que actualmente son consideradas ilegales, acorde a la normativa vigente - Decreto N°1704 (116), Artículo 112 del Código Sanitario (114), artículo 86 (118) y Dictamen de la Contraloría General de la República 40343 (115) -tal como se expresó en el marco referencial- y que además no forma parte de las competencias de estos/as funcionarios/as, ya que en su proceso formativo no son capacitados/as para la toma de radiografías, tal como se constató previa revisión de las mallas de técnicos/as paramédicos/as de diferentes instituciones que imparten dicha carrera:

“eso es discutible, bastante discutible, porque la verdad es que yo sé –porque yo he trabajado en otros lugares también- que muchas veces las radiografías las toma un técnico paramédico que tiene la especialidad en rayos y punto, porque es solamente tomarla, no informarla, es solamente tomarla ¿ya? Como es digital, inmediatamente se va hacia vía internet, hacia un centro donde hay un radiólogo, y el informa la radiografía y vuelve ¿ya? Entonces, es solamente tomar la foto ¿ya? en ese sentido, no sé, yo creo que es discutible si es necesario o no tener un tecnólogo médico” (E22, P166, L96)

Respecto a las razones de la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR, existen múltiples relatos que apuntan a que una de las principales razones es la escasez de recursos económicos disponibles para la contratación de estos/as profesionales, y que dicha escasez se vería afrontada si se contratan funcionarios/as cuyo sueldo es menor, y que supuestamente reemplazan la labor de tecnólogos/as médicos/as. Es desde esta misma lógica que se puede explicar la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en estos servicios de urgencia, que al no destinar recursos para su contratación, estima que efectivamente no hay necesidad real de

estos. Este discurso se fundamenta en la conocida precariedad y crisis en la que se encuentra el Sistema de Salud Público, sumada al gran número de chilenos/as que se atienden en este tipo de Servicios y que en su gran mayoría se encuentran adscritos a FONASA (33).

Son conocidos los esfuerzos de la autoridad sanitaria para revertir esta situación, pero igualmente reconocida es la cada vez más creciente demanda de pacientes que acuden a estos servicios, donde el recurso humano siempre termina siendo insuficiente. Es importante recordar que los SAR en la mayoría de los casos dependerán de los municipios, que se encuentran igualmente sometidos a los mismos problemas financieros, según lo expuesto por Vargas (54), quien explica cómo los distintos servicios de APS dependen de los recursos que sus respectivas municipalidades les destinen, lo que finalmente se traduce en una mejor calidad en aquellas comunas donde los presupuestos son mayores y servicios más precarios y poco resolutivos en las comunas con menos dinero, incrementando la brecha de equidad en salud ya existente:

“claramente monetaria... porque el valor, lo que le pagan, se abarata costos teniendo a paramédicos de rayos poh, o sea se abarata costos, lo que se ve acá en el hospital también, es solamente eso, un tema netamente monetario, es que yo no veo otra razón por la cual no pudieran haber tecnólogos médicos en esos servicios de alta complejidad o de alta resolución” (E16, P114, L148)

Otra lectura de los discursos obtenidos señala, como una de las razones a la falta de competencia de las autoridades que diseñan las políticas de salud, las cuales son ideadas y posteriormente evaluadas por personas que no necesariamente tienen conocimiento de la salud pública chilena, si no que más bien conocen mejor el sector privado -entre otras cosas por tener intereses en este-. Esta situación se aleja mucho del principio de equidad que la actual reforma de salud contempla como uno de sus pilares fundamentales, acrecentando la desigualdad e inequidad, tal como expresa Drago (15), resultando en proyectos o planes cuyos objetivos no apuntan a la resolución real de los problemas de salud de los/as usuarios/as, debido a que no están diseñados por personas que conozcan de cerca la realidad sanitaria nacional y sus necesidades:

“toda política gubernamental que se implementa, desgraciadamente no... no tiene una base médica o una base profesional competente para tomar decisiones... y a veces son los últimos en tener alguna injerencia en lo que se va a hacer. Son muchas veces decisiones políticas, entonces, políticos que...no están inmersos en el tema y que más bien desconocen... no están capacitados para decidir quién va y quién no. Creo que por ahí va muchas veces...” (E3, P17, L95)

No obstante, algunos entrevistados otorgan escasa validez al argumento económico que explicaría la exclusión de los/as tecnólogos/as médicos/as, aludiendo a que el sueldo que se cancelaría a estos/as no desequilibraría o afectaría mayormente el presupuesto de este proyecto. Atribuyen la no inclusión de tecnólogos/as médico/as en los SAR al poco interés manifestado

por estos/as profesionales en participar en dichos dispositivos, debido a las escasas posibilidades que estos representarían para el crecimiento y desarrollo profesionales; o a un plan estratégico de las autoridades sanitarias, quienes en una primera etapa contemplarían solo cierto recurso humano básico, pero que luego este podría verse modificado en función de la demanda que enfrenten, para contemplar en una posterior etapa la inclusión de otros/as profesionales, entre los cuales podrían estar los/as tecnólogos/as médico/as.

Otras razones esgrimidas se relacionan con la influencia de “falsos paradigmas” por parte de las autoridades, quienes en un intento de ayudar a funcionarios/as que se han esforzado por obtener un título técnico, intencionalmente crean puestos de trabajo para que sean ocupados por estos/as, lo que atenta directamente en contra de resolutividad que se espera tengan estos servicios, propiciando la obtención de resultados insuficientes.

De hecho, en la opinión dada acerca de que otros/as funcionarios/as realicen labores propias del tecnólogo/a médico/a, podemos analizar tres grandes visiones:

-) La primera dice relación con una oposición rotunda a que otros/as funcionarios/as realicen acciones propias del/la tecnólogo/a médico/a.
-) La segunda, señala la posibilidad -bajo ciertas circunstancias- de que otros/as trabajadores/as de la salud ejecuten dichas funciones. Dentro de esta misma visión encontramos médicos/as que hacen la diferenciación de su elección del/a funcionario/a según el área de especialización de los exámenes involucrados, refiriéndose principalmente a los exámenes de laboratorio y radiología.
-) Y la tercera visión expresada por los/as entrevistados/as manifiesta un discurso contradictorio.

Por otra parte, en la opinión de los/as médicos/as existe una línea discursiva que contempla válida la profesionalización de la actividad basada en la experiencia de los/as auxiliares paramédicos/as, que han desarrollado la actividad por cierto número de años. Esta opinión considera la historia del trabajador/a, reconoce la trayectoria laboral y las competencias técnicas adquiridas por el/la técnico/a paramédico/a:

“así como aprender haciendo, entonces puede ser que hayan algunos que lleven muchos años haciéndolo, que hayan trabajado con tecnólogos y no sé qué... pero la gran mayoría de los paramédicos son profesiona...o sea, son personas que están formados jóvenes, con poca práctica, que ya no hacen lo que hacían los paramédicos más antiguos... que también trabajaban con menos enfermeros, entonces manejaban muchas más habilidades...” (E9, P55, L94)

Esta mirada tiene su posible fundamento en la experiencia manifestada en la salud de nuestro país -al igual que otros países subdesarrollados- que al irse desarrollando, van abriendo

campos profesionales que antes eran difusos o destinados solo a médicos/as o solo a técnicos/as. El desarrollo de la tecnología médica responde a esta fenómeno; no obstante, hoy en Chile la medicalización de la sociedad, la especialización y mercantilización de la salud, y su enfoque en lo curativo, han provocado que los recursos profesionales estén mal distribuidos, especialmente referido a los/as médicos/as pero no exclusivamente, concentrándose la mayor parte de los/as tecnólogos/as médicos/as y otros profesionales en el sector privado de la zona centro del país (111). La necesidad de cubrir la demanda bajo las condiciones mencionadas, hace necesario capacitar a técnicos/as paramédicos/as, en acciones que le competen a otros/as funcionarios /as de la salud, prueba de ello es el desarrollo de la salud rural en Chile, la cual está sustentada en este tipo de profesionales.

Sin embargo, esta misma opinión no puede sostener la responsabilidad administrativa que se necesita en todo servicio destinado al apoyo diagnóstico -desde una perspectiva especializada y tecnológica-.

En tanto, otros discursos manifiestan que la validación del ejercicio profesional está en la formación académica, la cual permite sostener responsabilidades administrativas de los procesos involucrados, y pone una figura a la cual adscribir dicha responsabilidad -el/la tecnólogo/a médico/a-. Lo anterior reviste importancia especialmente en el respaldo que conllevan a los resultados de un análisis (para el profesional responsable del diagnóstico y tratamiento del paciente), la responsabilidad frente a los procesos que se efectúen y los instrumentos utilizados; y por último, el marco jurídico bajo el cual las profesiones de la salud se rigen (114, 116, 117):

“por las responsabilidades de manejo de equipos... se podría considerar un profesional” (E11, P70, L74)

Si bien es cierto que la totalidad de los entrevistados sostiene la importancia del rol del tecnólogo/a en el proceso diagnóstico, sobre todo respecto del respaldo administrativo que reviste dicho proceso -dado que este otorga la seguridad técnica para el pronunciamiento seguro del diagnóstico-; según la opinión de algunos entrevistados, la característica del rol del/a tecnólogo/a médico/a no tiene el atributo de indispensable; según ellos -al darse ciertas condiciones- es posible su reemplazo por funcionarios paramédicos.

En este grupo coexisten los discursos de algunos/as médicos/as que manifiestan la exclusividad del/la tecnólogo/a en algunas especialidades del área, mientras que consideran absurdo contar con un/a tecnólogo/a solo para efectuar otro tipo de exámenes; situación de la cual podemos realizar dos análisis: por un lado, queda en evidencia el desconocimiento de los/as participantes frente a estos actos y las competencias necesarias involucradas para la realización

de dichos procedimientos; y la sobrevaloración del profesional/la tecnólogo/a médico/a, cuya contratación estima no puede ser solamente para la ejecución de algunos exámenes.

En cuanto a la opinión que presentan los/as médicos/as pertenecientes a la tercera agrupación, sus relatos los asociamos a un doble discurso: en determinados momentos de la entrevista abogan por la necesidad de contar con tecnólogos/as médicos/as, mientras que en otras ocasiones están de acuerdo con que sean otros profesionales los que realicen dichas actividades. Estos/as entrevistados o van alternando ambas posiciones o sus argumentos son contradictorios entre sí, sin definirse con una posición clara ante la situación expuesta. Como ejemplo de lo anterior es que analizaremos las narraciones de dos de los/as profesionales que comparten esta ambigüedad frente al tema.

Ambas corresponden a médicos/as de urgencia con más de 10 años de ejercicio en el Servicio Público. La primera profesional expresa que los exámenes de laboratorio -al tratarse de procedimientos con cintas reactivas- pueden ser ejecutados por técnicos/as paramédicos/as. No obstante respecto del área de imagenología la entrevistada cambia de opinión, pasando por asignarles mayor importancia a los/as funcionarios/as que no cuestionan los procedimientos que ella solicita, y realizan todas las acciones que exige -valorando esa situación por sobre el trabajo interdisciplinario-; para luego cambiar de opinión, y expresar la necesidad de contar con el/la tecnólogo/a médico/a (a la vez, que desprecia el trabajo del técnico/a paramédico/a, que antes valoraba). Sin embargo, esta opinión la fundamenta en la importancia que revisten los equipos tecnológicos -su utilización, cuidados, responsabilidad, etc, volviendo al discurso de la valoración administrativa -en el rol del/la tecnólogo/a médico/a – por sobre la mirada clínica.

Otro discurso de este grupo, es el perteneciente a la entrevista N° 10, quien en su relato, primeramente valora el trabajo entre profesionales, argumentando el mayor provecho que le pueden sacar a los exámenes, mientras con posterioridad, se enfoca en los recursos asociados, valorando la participación del/la tecnólogo/a médico/a en cualquier centro asistencial en función de los posibles estudios de factibilidad que se puedan emplear, visualizando las distintas unidades de atención desde un enfoque economicista, contradiciendo la mirada clínica que utilizó en un principio y valorando que otros/as funcionarios/as de la salud, ejecuten procedimientos no acorde a su calificación y a la legislación, en función de los recursos económicos asociados. Entre sus argumentos utiliza el hecho de que es accionista de un centro asistencial privado y relata su experiencia en el lugar, lo cual nos permite entender la actitud mercantilista que toma frente a la posibilidad de que otros/as funcionarios/as de la salud, ejecuten funciones propias del/la tecnólogo/a médico/a:

“obviamente que es mucho mejor trabajar entre profesionales que que no, uno puede obtener ehhh... se le puede sacar otro provecho a los exáááámenes, sin duda, eso nooooo no hay duda respecto a eso...” (E10, P61, L101)

“no sé hasta qué punto justifica de que esté el tecnólogo ahí, como un recurso para tomar una cantidad limitada de radiografías, entonces yo creo que va por ahí el tema, porque en una clínica cuando se eeemmm se ofrece el servicio es porque previamente han hecho el estudio de factibilidad y han visto la cantidad de exámenes que se van a generar y por lo tanto se va a justificar... por ejemplo yo trabajo en la clínica xxxx, soy socio de la clínica xxxx y hay tecnólogo ahí hace poquito... casi 2 años atrás entre el xxx y la xxxx tomaban todas las radiografías...” (E10, P65, L219)

6.4 OPINIÓN ACERCA DE QUE EL MINSAL PERMITA QUE LABORES PROPIAS DEL TECNÓLOGO/A MÉDICO/A SEAN REALIZADAS POR OTROS/AS FUNCIONARIOS/AS DEL ÁREA DE LA SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO (ESPECÍFICAMENTE EN LOS SAR)

Un primer análisis de los discursos denota un rechazo generalizado de los/as participantes hacia la decisión del MINSAL y otras entidades sanitarias, que permiten que el Sistema de Salud Público autorice a otros funcionarios para que realicen labores propias del tecnólogo/a médico/a –que no conformes con permitirlo, entrenan a estos/as funcionarios/as para realizar dichas labores, que por ley no les están permitidas, tal como lo señala el Dictamen N°40343 (115), a diferencia del Sistema de Salud Privado, en el cual la ocurrencia de situaciones de este tipo es mínima, entre otras cosas por los requisitos que se les exigen para obtener la acreditación.

Una lectura más detallada, sugiere como una de las principales razones para la ocurrencia de estas situaciones a motivos financieros, adoptada desde la perspectiva de ahorrar recursos, que siempre son escasos, y cuyo último fin se aleja enormemente de la obtención de ganancias o lucro, a diferencia del Sistema Privado; cuyos ingresos continuamente van en incremento, debido al afán lucrativo que defienden y les permite funcionar como prestadores de un servicio –la salud- y a sus usuarios/as acceder a él en la medida que pueden costear dicho servicio, tal como lo expone Tobar (42). Los/as entrevistados/as conocen la estrechez económica que sostenidamente ha afectado al Sistema de Salud Pública, vivencian a diario estas falencias desde el ejercicio de su profesión médica, e impotentemente son testigos de cómo el aspecto monetario limita sus esfuerzos.

Dicha percepción se condice con los antecedentes recientemente conocidos acerca de la actual situación que atraviesa el MINSAL y la Ministra de Salud –acusada constitucionalmente porque los compromisos adquiridos en materia de salud no podrán ser concretados y por una reducción significativa en el presupuesto destinados para estos mismos fines-:

“yo creo que pasa todo por una cuestión económica no más, no sé, ahí las platas pueden ser para una capacidad distinta, evidentemente que la cosa económica privada tiene mucho más... yo creo que recibe, la institución tiene mucho más ingreso-que es distinto a la parte del servicio público digamos; que es otra cosa digamos- la idea es yo creo que el servicio público no está con el fin de... de como de hacer un servicio lucrativo, no es eso la idea de un servicio público, entonces generalmente no hay como una retribución-el servicio público pone poco, es lo que siempre, es como un hoyo digamos esta cuestión de la salud... y yo creo que por eso va, por ese lado, que no los consideraron, pero es... va en desmedro de lo, de la idea que tienen...” (E13, P100, L205)

Existe sin embargo, la impresión entre los/as entrevistados/as de que los motivos económicos por si solos no pueden explicar una decisión como la adoptada por el MINSAL, atribuyendo la responsabilidad directamente al Estado y las Instituciones Sanitarias chilenas, quienes aplican distintos tipos de criterios y no uno común, dependiendo del tipo de sector del que se trate -público o privado-, dejando en evidencia un doble estándar en la política pública y al parecer, sin reparar en las consecuencias que estas decisiones pueden tener en la salud de las personas:

“está claramente haciendo un sesgo, está dividiendo entre como en clases sociales, claro... está no sé cómo decirlo... pero está como... el submundo de la clase social baja, que está condenada a atenderse por el sistema público, va a tener una menor calidad y seguridad en su atención - en este caso, de laboratorio- de apoyo logístico, sin mayor espacio... o sea ¿por qué los de las ISAPRES sí tienen que tener y el sistema no? O sea, está haciendo un sesgo, haciendo notar que la salud no es igual pa todos en el fondo” (E12, P89, L215)

Otro discurso potente por parte de los/as participantes se relaciona con la participación de personas no calificadas, con un conocimiento solo parcial del Sistema de Salud –pero muchas veces, detallado de los sistemas privados-, y la alta injerencia en decisiones sanitarias que estos tienen, haciendo directa alusión a la influencia política bajo la cual podrían estar actuando, velando por intereses privados que se alejan de manera substancial de los de la población directamente afectada o beneficiada con las decisiones adoptadas y que son precisamente por los que vela la actual reforma de salud, que entre sus ejes medulares plantea la solidaridad como principio fundamental, tal como la Ley N°19.966 lo explicita (8).

No obstante, también existe la percepción de que la cultura de nuestro país es un sólido motivo para la ocurrencia de situaciones como la que explora esta categoría. Existe la impresión de que se acatan con conformidad todas las decisiones emanadas desde entidades gubernamentales, pese a que en muchas ocasiones no se esté de acuerdo con ellas porque no parecen ser soluciones que apunten a la resolución de los actuales problemas de salud o porque vulneran directamente el derecho de las personas al acceso a una salud de calidad:

“al poco pataleo de la población... al poco pataleo de la población víctima, en este caso de la sociedad promedio que accede a estos SAPU... porque los usuarios de clínicas o de servicios privados, si ven que no hay algo que les satisfaga, tienen acceso a ir

a otro o reclaman porque la ISAPRE no les ofrece lo que ellos, por lo cual están pagando... ¿pero un pobre curahuilla o una vieja de la feria que van a hacer? Tienen que mamarse lo que le den no más (...) si están acostumbrados - mal acostumbrados- a eso” (E12, P90, L225)

Recordemos que a fines de los años setenta se adoptó un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado, instaurándose la mercantilización de los servicios sanitarios, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado con los individuos que no pueden cubrir sus gastos (5, 6), la instauración de este modelo provocó un cambio en la sociedad a nivel cultural, la que asumió este nuevo paradigma no solo en materias de salud. Pese a que la reforma de salud implementada desde el 2005 reconoce el acceso a la salud como un derecho (11), las personas aún asocian el derecho a los servicios sanitarios en función de la capacidad de pago. Ejemplo de ello son los/as beneficiarios /as de FONASA que solo pueden optar a la modalidad de atención institucional, con largos tiempos de espera, atenciones de corta duración, etc, a diferencia del sistema privado; donde sus usuarios/as manifiestan de inmediato su desacuerdo ante situaciones injustas, que atañen sus derechos o que sencillamente no sean de su agrado, debido al respaldo que les otorga el cancelar por sus atenciones en salud, sintiéndose con el derecho de hacer exigencias al sistema, tal como lo explica Vergara (40) quien expone que el 25% de la población no tiene más opción que la modalidad de atención institucional, mientras que el 75% restante de afiliados a FONASA, pertenecientes a los tramos B, C y D tienen la “opción” de optar a la modalidad de libre elección, porcentajes realmente teóricos, considerando que los cotizantes del tramo B perciben sueldos inferiores a un salario mínimo y los del tramo C inferiores a 2 de estos salarios (solo entre el tramo A y B contemplan a más del 60% de la población) (33), reduciendo las opciones reales de “optar” a la provisión de servicios privados.

Los/as informantes claves comparten la percepción de lo injusto que resulta que en el Sistema de Salud Público labores del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros/as funcionarios/as del equipo de salud, expresando sin embargo, que la ocurrencia de estas es directa responsabilidad del MINSAL y del Ministerio de Hacienda – y no otras entidades ajenas a estas-, quienes además de privilegiar aspectos financieros por sobre los técnicos a la hora de tomar decisiones que atentan directamente contra la calidad de las prestaciones ofrecidas a la población usuaria, se aprovechan del desconocimiento general de estos para aprobar políticas que progresivamente los restringen, relegándolos a una sola opción de atención, cuya calidad además es cuestionable, debido a que –entre otras cosas- los exámenes que les serán practicados no serán realizados por el/la profesional idóneo y legalmente facultado/a:

“Yo creo que es por un tema que a los sistemas privados se les puede exigir no más... al sistema público en el fondo, las platas salen de las mismas partes poh... para el sistema... el sistema público... entonces, cuando tú tienes que ir a negociar al Ministerio de Hacienda para que te aumente el... para que te aumente el presupuesto en determinadas áreas, emm... en el Ministerio de Hacienda ellos entienden: dos más dos son cuatro pho... pero cuando yo le tengo que aumentar... mucho el imput o las cantidades de recursos que tú necesitas... y empiezas a producir lo mismo... es difícil explicarlo al Ministerio de Hacienda, que... que las cosas son con más calidad no más po” (E19, P139, L178)

Un discurso diferente en tanto, propone que la autorización del MINSAL a funcionarios/as del equipo de salud para realizar labores propias de tecnólogos/as médico/as en los SAR obedece a la poca claridad del Código Sanitario en algunos de sus cuerpos, dejando espacios para que estas situaciones ocurran al no establecer claramente límites entre las funciones de un/a trabajador/a y otro/a –hecho que llama poderosamente la atención por 2 razones: en primera instancia porque efectivamente en el Código Sanitario y tal como de expresa en el marco referencial -según el Decreto N°1704 (116)- en el cual se detallan las labores que les están permitidas a funcionarios/as paramédicos/as y auxiliares y en segunda instancia, porque una Autoridad Sanitaria como lo es la institución a la que el Informante clave pertenece, desconoce la existencia de este.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

En relación al conocimiento previo del SAR por parte de los/as entrevistados/as, se identificaron 2 grupos de participantes: aquellos/as que ignoraba completamente el proyecto y otros/as que poseía una idea general de estos nuevos dispositivos. Estos últimos comprendían que se trataba de un nuevo servicio de atención primaria de urgencia que viene a fortalecer -a descongestionar- la Red Asistencial de Urgencia, a través del aumento de la resolutiveidad a nivel primario, e identificaron a la incorporación de exámenes de laboratorio y radiología como los elementos que le otorgaban esta mayor capacidad.

Una vez “homogenizados” los conocimientos relacionados a estos nuevos dispositivos, se observan 3 líneas discursivas en la opinión de los entrevistados: la primera, en la cual se muestran optimistas frente al aporte de nuevos recursos tecnológicos, considerando que cualquier elemento que viene a apoyar lo ya existente es bienvenido y aportará resolutiveidad -especialmente si es apoyando el diagnóstico-. Otra línea discursiva se relaciona a la valoración del SAR como una idea excelente, no obstante, al momento de conocer las características que involucran su implementación y funcionamiento, estos se visualizan más bien críticos y pesimistas ante la medida, considerando que estas no aportarán significativamente a la resolutiveidad, ya sea por la carencia del recurso humano o los implementos asociados. Finalmente, existe un discurso completamente pesimista en torno a estos nuevo dispositivos, que presagia un eventual fracaso de estas unidades y/o considera que la gran inversión realizada no será de gran aporte a la Red de Urgencia, expresando incluso que estos nuevos recursos podrían aportar mucho más si se destinaran a fortalecer los centros ya existentes.

En lo que se refiere a la valoración del trabajo interdisciplinario en la Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, detectamos un discurso potente en los/as participantes que estiman que el equipo de salud contemplado actualmente en los SAR es insuficiente, ya sea por los tipos de profesionales, o por el número total de funcionarios/as que estos contemplan. En cuanto a la inclusión o exclusión de otros/as funcionarios/as de la salud (distintos al tecnólogo/a médico/a), destaca particularmente la opinión de que el kinesiólogo es un profesional del cual podrían eventualmente prescindir los SAR, principalmente por la baja probabilidad de que

pacientes con patologías de urgencias que requieren terapia kinésica acudieran a estos servicios en horario inhábil. Se aprecia además, que en general existe una positiva valoración del trabajo multidisciplinario en el equipo de salud, aunque al valorar las labores de los/as funcionarios/as integrantes del equipo de salud en particular, se expresan variadas impresiones de estos, destacándose entre los/as profesionales más valorados las/os enfermeras/os y cuestionando duramente las labores de otros/as como los/as técnicos/as paramédicos/as.

En cuanto a la valoración que le otorgan al tecnólogo/a médico/a, llama la atención la escasez de conocimiento que poseen los/as entrevistados/as acerca de la labor y funciones que cumple este/a profesional. Estos/as los identifican como los/as responsables de los procedimientos de apoyo diagnóstico, algunos/as estiman que tecnólogos/as médicos/as son quienes garantizan la calidad de dichos procedimientos, y así mismo varios conocen que tienen diversas especialidades, entre las que destacan las menciones de Imagenología y Laboratorio Clínico y Hematología, ambas asociadas a los servicios de urgencia.

En relación a la pertinencia de incluir a tecnólogos/as médicos/as en los SAR, los/as participantes del presente estudio se manifiestan a favor de esta. Entre las razones que aducen para la inclusión de estos/as profesionales, destacan principalmente al conocimiento y reconocimiento por parte de los/as entrevistados/as acerca de que la realización de prestaciones que se realizarán en los SAR -tales como toma de radiografías y exámenes de laboratorio- corresponden a labores para las que los/as profesionales tecnólogos/as médicos/as son especialmente formados/as; y en segunda instancia a la asociación que hacen los/as participantes entre calidad y los procedimientos que los/as tecnólogos/as médicos/as realizan, y al respaldo y apoyo que estos/as profesionales representan para sus propias funciones diagnósticas. Igualmente, parece ser de gran relevancia entre los/as entrevistados el alto manejo tecnológico que estos/as poseen, por lo que estiman que la exclusión de tecnólogos/as médicos/as de los SAR atenta directamente contra el concepto de resolutivez que estos dispositivos persiguen.

Por otra parte, existen participantes cuyas percepciones son más bien contradictorias, aduciendo en primera instancia que estos/as profesionales deben estar incluidos/as, pero contradiciéndose más tarde al opinar que tal vez algunas de las funciones de los/as tecnólogos/as médicos/as sí podrían ser ejecutadas por otros trabajadores/as tales como técnicos/as paramédicos/as.

En cuanto a las razones de la determinación de no incluir a tecnólogos/as médicos/as en los SAR, destacan la escasez de recursos económicos como uno de los motivos preponderantes que explican dicha decisión, manifestando que los recursos para la contratación de estos/as profesionales podrían no existir, o bien haber sido destinados para cubrir otro tipo de necesidades sanitarias. Igualmente destaca la impresión -compartida por un grupo importante de participantes- de que aquellas personas encargadas de tomar decisiones sanitarias relevantes no están adecuadamente informadas de cuáles son las necesidades inmediatas de la población chilena, o que estas no se relacionan con la salud, tomando de esa manera decisiones erradas desde el desconocimiento; o derechamente sugieren que a pesar del conocimiento de la realidad sanitaria actual, dichas autoridades no proceden de manera correcta, sin reparar en las consecuencias o riesgos que estas decisiones puedan representar para la población beneficiaria.

Respecto a que otros funcionarios realicen labores propias del tecnólogo/a médico/a, algunos/as entrevistados/as consideran legítima la profesionalización de la actividad a través del tiempo y la experiencia, lo cual permite validar que técnicos/as paramédicos/as ejecuten algunos procedimientos, -como la toma de exámenes radiográficos por ejemplo-, no obstante, en la opinión de los/as médicos/as, esta situación no le permite a estos/as funcionarios/as sostener las responsabilidades administrativas de los procesos involucrados, los instrumentos utilizados y representar el respaldo que significan los resultados de un análisis. Es precisamente ahí donde el rol del tecnólogo/a médico/a cobra importancia, donde el ejercicio profesional se ve validado desde la formación académica, permitiéndole a asumir dichas responsabilidades. En función de lo anterior es que algunos/as participantes consideran de vital importancia que los/as tecnólogos/as médicos/as efectúen dichos procedimientos, mientras que otros/as participantes aceptan que bajo ciertas circunstancias algunos exámenes sean efectuados por técnicos/as paramédicos/as, esencialmente por la necesidad de cubrir la demanda relacionada a la falta de recursos.

En relación a que el MINSAL permita que funciones propias del tecnólogo/a médico/a sean realizadas por otros funcionarios del área de la salud en el Sistema de Salud Público -específicamente en los SAR-, en contraste al Sistema de Salud privado, los/as entrevistados/as se manifiestan en desacuerdo con la medida. Las razones que esgrimieron para explicar dicho fenómeno son múltiples, y se orientan básicamente siguiendo 3 líneas discursivas:

- a) las razones económicas -que fueron una de las explicaciones a la que los/as entrevistados/as más apelaron -, expresando que los recursos económicos se destinan para la contratación de otros funcionarios o para otro tipo de recursos en salud.

- b) la responsabilidad directa del MINSAL y otros organismos sanitarios –quienes aplicarían distintos criterios dependiendo del Servicio de Salud del que se trate: público o privado- y no sanitarios como el Ministerio de Hacienda –, quienes serían responsables de no otorgar los recursos que actualmente los distintos dispositivos de salud demandan.
- c) la cultura de la población chilena -acostumbrada a las situaciones injustas, que no se siente con el derecho de reclamar y sin más opción de atención en salud que el Sistema público- en contraste a los usuarios del Sistema de Salud privado, -quienes en opinión de los/as participantes- sí se sienten con el derecho de exigir lo que estiman como justo o manifestar su descontento ante cualquier situación que no les parezca, debido al respaldo que les otorga el cancelar por su atención de salud.

CAPITULO 8. SUGERENCIAS

Primeramente, en función de la presente investigación y la defensa de la salud pública, es que sugerimos a las autoridades sanitarias que aseguren la incorporación de los/as profesionales tecnólogos/as médicos/as en el equipo de salud contemplado en los SAR, desde los documentos de la planificación del proyecto SAR, y no quede bajo el criterio –y recursos- de la entidad de la cual será dependiente. Lo anterior lo respaldamos no solo en la normativa vigente, sino que además -según los resultados de la presente investigación- a través de la mirada de los/as médicos/as-, quienes expresan la importancia de contar con el/la profesional que asuma la responsabilidad necesaria en todo servicio destinado al apoyo diagnóstico desde una perspectiva especializada y tecnológica, especialmente en función de los resultados de dichos procesos, lo que finalmente aporta a la obligatoriedad de parte del Estado de otorgar a la ciudadanía atención médica oportuna y de calidad en todos sus niveles de atención y para toda su población.

No obstante en el transcurso de la investigación surgieron distintos temas interesantes de evaluar, en función de esto es que sugerimos las siguientes investigaciones:

Debido a que la implementación de los SAR y todo los fenómenos que en torno a este se generan son sucesos en desarrollo, creemos que sería de suma utilidad la realización de un estudio comparativo entre SAPU y SAR luego de que estos últimos hayan sido puestos en marcha en su totalidad, con el objeto de evaluar si realmente estos dispositivos son capaces de aportar mayor resolutiveidad en comparación con los centros de atención primaria de urgencia existentes.

En esa misma línea, es que nos parece interesante el desarrollo de un estudio cuantitativo que evalúe la descongestión de la red asistencial de urgencia a partir de la implementación y puesta en marcha de los SAR.

A propósito de los resultados obtenidos en el presente trabajo, es que surge espontáneamente una reflexión: la importancia del equipo multidisciplinario en salud y las diversas aristas y repercusiones en torno a este. Creemos que una de las grandes falencias del actual sistema de salud reside precisamente en el interior de este, entre sus propios miembros, y que se relaciona directamente con el desconocimiento de las funciones del resto de los/as

trabajadores/as integrantes del equipo multidisciplinario. Llama profundamente la atención, en ese sentido, como se repite entre los discursos la importancia del trabajo en equipo y la valoración de una integralidad que en la práctica no parece ser tal y cuyo origen creemos, dice relación con una falta de conocimiento de las labores que los/as otros/as participantes del equipo de salud realizan y que conducen a decisiones erróneas- como la exclusión de profesionales- o preceptos equivocados, también a propósito de desconocimiento o ignorancia –como asumir que tareas propias de dichos/as funcionarios/as pueden ser realizadas por otros/as-, sin reparar en las graves consecuencias que pudiesen acarrear para la salud de quienes deben ser la principal preocupación en el sector: los/as pacientes. Es importante aclarar que lo recientemente mencionado no obedece únicamente a lo referente a tecnólogos/as médicos/as, sino a todos los/as trabajadores/as sin distinción, cuyas labores necesariamente deben ser conocidas y reconocidas por el resto del equipo para evitar confusiones de tipo técnico y de responsabilidades.

Otro tema que merece ser comentado es el surgimiento espontáneo en los discursos de los/as entrevistados/as de la realización de ecotomografías por parte de tecnólogos/as médicos/as y por ende, las distintas opiniones que este hecho generaba en ellos. Por una parte, un grupo importante se manifestó a favor de que estos exámenes sean realizados por tecnólogos/as médicos/as, aduciendo razones técnicas y alto manejo tecnológico para ello, relatando cómo en muchos Servicios de Atención Primaria existen ecógrafos abandonados, no por su deterioro o antigüedad, si no porque no se cuenta con profesionales que los operen. De la misma forma, expresan que los/as tecnólogos/as médicos/as además poseen los conocimientos y preparación para esto, que muchas veces incluso superan a los de médicos/as con un manejo imagenológico y familiarización con imágenes muy escaso, que sin embargo, si eran adiestrados para la realización de eco FAST.

No obstante, también existe la impresión de que la realización de ecotomografías constituye un acto médico, cuya ejecución debe ser reservada estrictamente a dichos/as profesionales y por ningún otro; dejando abierto un debate que recién comienza y cuyos términos aún no terminan por definirse.

CAPITULO 9. BIBLIOGRAFÍA

- (1). Diario La Nación. [Internet]. Santiago: Diario La Nación; [actualizado 2014 Sept 05; citado 2015 Feb 17]. Disponible en <http://www.lanacion.cl/noticias/pais/salud/tecnologos-medicos-defienden-funcion-de-tomar-radiografias/2014-09-05/172235.html>
- (2). Ferrada O., Méndez C., Implementación de las redes asistenciales de salud en Chile: percepciones de los profesionales de la salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá, Colombia. 2013; vol 12 (24).
- (3). Acevedo, C., La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. Rev. Saú de Pública. 1998; 32 (2): 192-199.
- (4). Observatorio de Salud Pública de la Universidad de Chile. Contexto general del país: El contexto geográfico, histórico y político [Internet]. OCHISAP; [citado en 2015 Sep 25]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/contexto-general-del-pais/contexto-geografico-historico-y-politico>
- (5). Zúñiga F. XI Tesis del estado social y democrático de derecho: el Estado regulador y la actividad económica. Santiago de Chile: Colección Ideas, Fundación Chile; 2002.
- (6). Urriola R., Chile: Protección Social de la Salud. Revista Panamá Salud Pública. 2006; vol 20 (4) 273-283.
- (7). Centro de Estudios Públicos (CEP). Las Reformas en la Salud en Chile. Aedo L., Cristian. La transformación económica de Chile. Larraín B., Felipe, Vergara M., Rodrigo, Edwards Sebastián. Santiago de Chile: CEP; 2000.p 606-2.
- (8). Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la Ley N° 19.966. Santiago de Chile: BCN; 2004.
- (9). Gattini C. et al, La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Santiago: Oficina de OPS/OMS en Chile; 2011.

- (10). Organización Panamericana de la Salud, Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Lecciones Aprendidas en Conducción Y Regulación. Biblioteca OPS, Washington D.C.: 2007.
- (11). MINSAL. Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Santiago de Chile: MINSAL; 2005.
- (12). Giaconi, J. y Concha, M. El sistema de Salud chileno reformado. 1era edición. Santiago de Chile: Universidad Mayor; 2005.
- (13). OMS. Centro de prensa. Derecho a la Salud.[Internet].OMS; [citado 2015 Enero 14]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- (14). Whitehead, M. Los principios y conceptos de la Equidad en la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.: OPS; 1991. p4.
- (15). Drago M. El modelo de garantías explícitas en las políticas públicas chilenas. Taller sobre Garantías Explícitas en la Implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Drago M.; 2007.
- (16). Espinoza M., Cabieses B. Equidad en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. Revista Médica de Chile. 2014; vol 142(1): 45-49.p 45.
- (17). Biblioteca del Congreso Nacional. Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE). Eje de la reforma actual de salud. Santiago de Chile: BCN; 2002.
- (18). Villalón M., Desigualdad en salud en la población chilena: determinantes sociogenéticos. [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2007 [citado 2015 Mar 14]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/me-villalon_m/pdfAmont/me-villalon_m.pdf
- (19). Catalá-López Ferrán. Cuidados de Salud basados en la Eficiencia. Conceptos Generales en Evaluación Económica de Intervenciones Sanitarias. Revista Enfermería Clínica. 2009; vol 19(1):35-42.
- (20). Fonseca R. Gumersindo, Valenzuela R. Carlos. Necesidad de la eficiencia económica en

- salud. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas; [actualizado en 2013 May 20; citado en 2015 Jun 25]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_7_13/san19177.htm)
- (21). Romero S. Luis. Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2011.
- (22). MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario. [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; p 86-p 87 [citado en 2015 Marzo 14]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- (23). Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una generación. Buenos Aires: OMS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud; 2009. Report No.: ISBN 9789243563701
- (24). Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura Organizacional [Internet]. OCHISAP; [citado en 2015 Sep 25]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional>
- (25). Tobar F., Reforma de los Sistemas de salud en América Latina [Internet]. [citado en 7 Sep 2015]. Disponible en: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Reforma.pdf
- (26). Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Seguro Social de Salud. 1era ed. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2001. p8.
- (27). Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en Acción: Desempeño y Fortalecimiento., Washington D.C. Biblioteca OPS: 2007; p17.
- (28). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria. Artículo 4° sobre el Ministerio de Salud. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (29). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria. Artículo 5° sobre Integración del Ministerio de Salud. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (30). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria. Artículo 8° sobre la Subsecretaria de Redes Asistenciales. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (31). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, Artículo 9° sobre

- Subsecretaría de Salud Pública. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (32). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, Artículo 6° sobre la Superintendencia de Salud. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (33). Fondo Nacional de Salud. Cuenta Pública 2010-2011 [Internet]. FONASA; [publicado en 2012, citado en 14 Jun 2015]. Disponible en http://www.fonasa.cl/Trans_Docs/2012/06/OTROS/Cuenta_P%C3%BAblica_2010_2011.pdf
- (34). Acuña E., Pérez J., Villalón J., Villalón G., Chile: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Santiago: Instituto Nacional de Estadística (INE) 2002; 2002.
- (35). Biblioteca del Congreso Nacional. DFL N°1 de 23 de Septiembre de 2005 del Ministerio de Salud. Artículo 159°, sobre contribuciones de los afiliados. BCN; 2005
- (36). Biblioteca del Congreso Nacional. DFL N°1 de Septiembre de 2005 del Ministerio de Salud, Artículo 160°. Clasificación de Beneficiarios. BCN; 2005.
- (37). Biblioteca del Congreso Nacional. DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud. Artículo 135° sobre Afiliados de Salud. BCN; 2005.
- (38). Biblioteca del Congreso Nacional. DFL N°1. Artículo 136° del Ministerio de Salud sobre Beneficiarios de Salud. BCN; 2005.
- (39). Organización Panamericana de Salud. Conjuntos de Prestaciones de Salud: Objetivos, diseño y aplicación. 1era ed. Washington D.C.:OPS; 2003.
- (40). Vergara I. Marcos, Martínez G. María S. Financiamiento del sistema de salud chileno. Revista Salud Públ México [Internet]. [Actualizado en 2006 Nov; citado en 2015 Nov 13]; 48(6):512-521. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a10v48n6.pdf>
- (41). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley N° 19.650 Perfecciona Normas del área de la Salud. BCN; 19 de Noviembre de 1999,
- (42). Tobar J., Mercado de la Salud Privada en Chile. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Octubre 2012.
- (43). Superintendencia de Salud. ¿FONASA o ISAPRE? Antes de tomar una decisión infórmese. Conceptos Asociados. [Internet]. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; [citado en 2015 Sep 25]. Disponible en

- <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3137.html>)
- (44). Gattini C. Protección social en salud [Internet]. OCHISAP; [citado en 9 Sep 2015]. Disponible en <http://www.ochisap.cl/index.php/proteccion-social-y-aseguramiento-de-salud/proteccion-social-en-salud>
- (45). Fondo Nacional de Salud, Cuenta Pública 2014 [Internet]. Santiago de Chile: FONASA; 2015 [citado en 14 Jun 2015]. Disponible en: https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20150330/asocfile/20150330125635/cuenta_publica_final_30_3_2015.pdf
- (46). Michelle Bachelet. Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018 [Internet]. [publicado en 2013; citado en 6 May 2015]. Disponible en <http://michellebachelet.cl/programa/>
- (47). Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría. La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos [Internet]. Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría; [publicado en 2014; citado en 9 Sep 2015]. Disponible en http://www.latinoamericareforma.cl/doc/Hacia_una_nueva_salud_libro_blanco_NvaMayoría.pdf
- (48). Labra, M. La Reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. Rev. Cad. Saúde Pública [Internet]. [Publicado en 2002 Jul; citado en 2015 Nov 17]; vol 18 (4):1041-1052. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10184.pdf>
- (49). Fundación Sol. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional. Cuaderno de investigación N°11. Santiago de Chile: Narbona Karina, Durán Gonzalo; 2009, p 77.
- (50). Goyenechea, M., Avances, retrocesos y ausencias en el presupuesto en salud de Chile para 2015. Revista biomédica Medwave [Internet]. [publicado en 2014; citado en 2015 Nov 17]; vol 14 (10). Disponible en <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Actualidad/604>
- (51). Duarte, D. Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. Cuadernos de Economía. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 1995.p 117-124.
- (52). Biblioteca del Congreso Nacional Ley N°19.378 de 1995, Santiago de Chile. Artículo 49°, sobre el Financiamiento de la Atención Primaria
- (53). Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Sistema Público de Salud,

- Situación actual y Proyecciones fiscales 2013-2050. Santiago de Chile: Benavides S. Paula, Castro L. Rubén, Jones J. Ingrid; 2013
- (54). Vargas, V., Poblete, S. Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita. *Revista Chilena Med Fam* 2006; 7(2):76 – 83.
- (55). Biblioteca del Congreso Nacional. Decreto con Fuerza de Ley. N°36, de 27 de Diciembre de 1980: BCN; 1980.
- (56). Fondo Nacional de Salud (FONASA). Informe Gasto en Salud. Santiago de Chile: FONASA; 2009.
- (57). Gattini S. Ingresos y gastos del sector público de salud [Internet] OCHISAP; [publicado en 2015; citado 13 Jul 2016]. Disponible en <http://www.ochisap.cl/index.php/infraestructura-y-recursos-asistenciales-de-salud/ingresos-y-gastos-del-sector-publico-de-salud>
- (58). Clinicasdechile.cl. Quiénes Somos. Clínicas de Chile [Internet] Clínicas de Chile; [citado en 8 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.clinicasdechile.cl/site/quienes-somos.html>
- (59). Biblioteca del Congreso Nacional. DL N° 2.763 de 1980 sobre Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud; 1980.
- (60). Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura organizacional del SNSS. [Internet] Observatorio Chileno de Salud Pública; [publicado en 2005; citado en 10 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>
- (61). Biblioteca del Congreso Nacional. Ley de autoridad Sanitaria 19.937. Artículo 16° bis, sobre la Red Asistencial. BCN; 24 de Febrero de 2004.
- (62). Artaza O., Méndez C., Holder R., Suárez J., Redes Integradas de Servicios de Salud: el Desafío de los Hospitales. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2011.
- (63). Funciones del Gestor de la Red Asistencial. Ministerio de Salud. Santiago de Chile: MINSAL; 2004.
- (64). Observatorio Chileno de Salud Pública. Infraestructura asistencial [Internet]. [Publicado en 2015; citado en 11 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.ochisap.cl/index.php/infraestructura-y-recursos-asistenciales-de-salud/infraestructura-asistencial>

- (65). Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Compendio Estadístico 2014. [Internet] Santiago de Chile: INE; p 219-224 [publicado en 2014; citado en 2015 Nov 24] Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/compendio_2014.pdf
- (66). Montero J., Tellez A., Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la Atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Santiago de Chile; 2010.
- (67). Sepúlveda D., Diseños de Servicios. La Experiencia en Salud Pública Centrada en los Pacientes. Valparaíso, Tesis para optar al grado de Licenciada en Diseño Gráfico, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; 2012.
- (68). Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile. DIPRES. [Internet] Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile; [publicado en 2011; citado en 2015 Nov 24]. Disponible en: www.dipres.gob.cl/574/articles-67295_doc_pdf.pdf
- (69). Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile. DIP. [Internet]. Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile; [publicado en 2011; citado en 2015 Nov 24]. Disponible en <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>,pdf
- (70). Servicio de Salud Metropolitano Norte, Atención Secundaria, [Internet]. 2015 [citado en 24 Nov 2015]. Disponible en: http://www.ssmn.cl/atencion_secundaria.ajax.php
- (71). Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°369 publicado en Diario oficial el 2 Enero de 1986. Santiago de Chile: MINSAL; 1986.
- (72). DalPai D., Lautert L. El Trabajo en Urgencia y Emergencia y su Relación con la Salud de los Profesionales de Enfermería. Rev Latino Enfer 2008; vol 16 (3) 439-444.
- (73). Servicio de Salud Metropolitano Norte. Red de Urgencia [Internet] Servicio de Salud Metropolitano; [citado en 24 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.ssmn.cl/flujograma.php>
- (74). Soler W., Gómez M., Bragulat E., Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra vol 33 (1) [Internet] Pamplona; [publicado en 2010; citado en 24 Nov 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000200008&script=sci_arttext
- (75). García R., Paiva R., Peña R., et al. Situación de Los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. Colegio Médico de Chile. Consejo General. Comisión de Urgencias; 2012.

- (76). Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Red de urgencia. [Internet]. Valparaíso: Servicio de Salud Valparaíso San Antonio; [publicado en 2012 citado en 24 Nov 2015]. Disponible en: http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?page_id=64
- (77). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) [Internet]. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales; [publicado en 2013 Dic 18; citado en 2015 Nov 18]. Disponible en <http://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/Res-1188-Programa-de-Servicio-de-atencion-primaria-de-urgencia-SAPU-.pdf>
- (78). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe de Cumplimiento Campaña de Invierno 2014 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales; [publicado en 2015 Mar 30; citado en 2015 Nov 18]. Disponible en http://www.senado.cl/site/presupuesto/2015/cumplimiento/Glosas%202015/tercera_subcomision/16%20Salud%202015/ORD.%20C51%20N%20918%20del%2030%20mar%202015%20M.%20Salud%20Glosa%2005.pdf
- (79). Ministerio de Salud. División Político Administrativa y Servicios de Salud Histórico [Internet]. Santiago de Chile: DEIS-MINSAL; [citado en 2015 Nov 18]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/06/División-Político-Administrativa-y-Servicios-de-Salud-Histórico.xls>
- (80). Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Cuenta pública 2013. [Internet]. Valparaíso: Servicio de Salud Valparaíso San Antonio; [publicado en 2014 Feb 27; citado en 2015 Nov 18]. Disponible en <http://www.ssvsatransparencia.com/CuentaPublica/CUENTA%20P%20daBLICA%20%202013.pdf>
- (81). Ministerio de Salud. Número de Establecimientos de Salud según tipo por Servicio de Salud. Año 2012. [Internet] DEIS-MINSAL; [publicado en 2012 Sept 20; citado en 2015 Nov 19]. Disponible en http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/10/Establecimientos_20sep12.pdf
- (82). Ministerio de Salud. Resumen de actividades según Servicio de Salud 2007-2013. [Internet] Santiago: DEIS-MINSAL; [citado en 2015 Nov 19]. Disponible en : <http://www.deis.cl/?p=27>

- (83). Hospital Carlos Van Buren. Informe Cuenta Pública Participativa 2014. Valparaíso: Hospital Carlos Van Buren; 2014.
- (84). Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Red Hospitalaria Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. [Internet].Viña del Mar: SSVQ; [citado en 2015 Nov 19. Disponible en http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?page_id=121
- (85). Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Atención Primaria de Salud APS Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. [Internet] Viña del Mar: SSVQ; [citado en 2015 Nov 23] Disponible en http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?page_id=7484,
- (86). Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Cartera prestaciones dispositivos de emergencia red asistencial Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. [Internet]. Viña del Mar: Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota; [citado en 2015 Nov 23]. Disponible en: http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?page_id=596
- (87). Corporación Municipal de Viña del Mar. Departamento de salud. SAPU. [Internet] Viña del Mar; [citado en 2015 Nov 15]. Disponible en <http://www.cvm.cl/content/salud.php>
- (88). Cid C., Bastías G., Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones Rev. méd. 2014; vol 142 (2)161-167.
- (89). Ministerio de Salud. Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud; 2012.
- (90). Aravena P., Inostroza M., ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile, Rev. Méd. Chile. 2015; vol 143 (2) 244-251.
- (91). Ministerio de Salud. Plan estratégico 2013-2015. Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, Resolución Exenta N° 3985. San Antonio: MINSAL; 30 Oct 2013.
- (92). Ministerio Secretaria General de la República. División de coordinación Interministerial, Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018. [Internet].Santiago de Chile; [publicado en 2014; citado en 2015 Jul 27]. Disponible en <http://www.cumplimiento.gob.cl/>
- (93). Cadegan S. Beatriz. Servicio de Alta Resolutividad SAR. Concepción: Dirección APS Servicio de Salud Concepción; 2014
- (94). MINSAL. Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), Boletín APS 2014 Edición N°3 [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; [actualizado 2014; citado 2015 Feb 17]. Disponible en:

- http://www.afusamcurico.cl/doc/9_attachment.pdf.
- (95). Ministerio de Salud. Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución SAR. MINSAL, Santiago de Chile ,2014
- (96). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales y Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR). Santiago: MINSAL; 2015. Disponible en http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fotos/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica_SAR_10%2002%202015.pdf
- (97). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual Operativo Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR). Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2015.
- (98). Instituto de Salud Pública. MINSAL. Aprueba Recomendaciones para el uso de pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia del paciente (POCT). [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; [publicado en 2014 Jul 23; citado 2015 Nov 03]. Disponible en: http://www.ispch.cl/sites/default/files/resolucion/2014/07/Resolucion_exenta_1565.pdf
- (99). Gobierno de Chile. Cómo funcionará y donde estarán los 132 nuevos SAR [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; [publicado en 2014 Feb 16; citado 2015 Feb 17]. Disponible en: <http://www.gob.cl/2014/05/28/como-funcionaran-y-donde-estaran-los-132-nuevos-sar/>
- (100). Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Intendente y Seremi de Salud dan a conocer histórica inversión regional del sector para 2015 [Internet] Valparaíso: Intendencia de Valparaíso; [publicado 2014 Jul 22; citado 2015 Feb 17]. Disponible en: <http://www.intendenciavalparaiso.gov.cl/noticias/intendente-y-seremi-de-salud-dan-a-conocer-historica-inversion-regional-del-sector-para-2015/>
- (101). Ministerio de desarrollo social. Cómo beneficia a los pacientes el nuevo SAR de Concon [Internet], Valparaíso; [actualizado en 2015 Jul 13; citado 2015 Oct 11]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/seremi/valparaiso/prensa/2015/07/13/valparaiso:-como-beneficia-a-los-pacientes-el-nuevo-sar-de-concon>
- (102). Olmedo F. Información sobre avances de Proyectos SAR en territorio del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Viña del Mar; 2015.

- (103). Soychile.cl. Construcción de CESFAM -SAR en Placilla ya empieza a ser gestionada | soyvalparaiso.cl [Internet]. Valparaíso; [citado 5 Sept 2015]. Disponible en <http://www.soychile.cl/Valparaiso/Sociedad/2015/04/22/317822/Construccion-de-CesfamSAR-en-Placilla-ya-empieza-a-ser-gestionada.aspx>
- (104). Ministerio de Hacienda, Modificación del Presupuesto del Sector Público año 2014, [Internet]. Santiago de Chile; [publicado en 2018 Ago 28; citado en 2015 Jun 19]. Disponible en http://www.hhha.cl/Transparencia/presupuesto/decretos/Dcr1304_1305.pdf
- (105). UCV Medios, 84% de avance tiene nuevo SAPU de Alta Resolutividad del plan de Valparaíso - UCV Radio 103.5 FM - Portal UCV Medios [Internet] Valparaíso; [publicado en 2016; citado 26 Dic 2015]. Disponible en <http://www.ucvmedios.cl/ucv-radio-noticia.php?nid=7175>
- (106). Gobierno Regional, Región de Valparaíso, Consejo Regional Valparaíso. Minuta Comisión Inversiones Valparaíso [Internet]. Valparaíso; [publicado 2014; citado en 7 Oct 2015]. Disponible en http://www.corevalparaiso.cl/archivos_upload/Minuta%20Com.%20Inversiones%20unes%2023-06-2014.pdf
- (107). Colegio Tecnólogos Médicos. Quienes Somos. El Tecnólogo Médico [Internet]. Chile: Colegio de Tecnólogos Médicos; [citado en 2015 Mayo 25]. Disponible en: http://www.tecmed.cl/quienes_somos.php?sel=12
- (108). Rosales V, Zenteno M, Escobar M, Ávila L, Binimalis C, Toro F et al. Acta de Reunión de Trabajo, Representantes del Ministerio de Salud y Colegio de Tecnólogos Médicos. Santiago de Chile; 2014. p4.
- (109). Escobar L., El Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud: Visión de la Superintendencia de Salud. Santiago: Superintendencia de Salud; 2013.
- (110). Declaración Pública, Consejo Nacional de Tecnólogos Médicos de Chile, [publicado en 2014, 17 de Nov; citado en 2015 Oct 17]. Disponible en <http://www.tecmed.cl/web/images/noticias/Declara.pdf>
- (111). Instituto Nacional de Estadística. Compendio Estadístico año 2013. [Internet] Santiago de Chile: MINSAL; [publicado 2013; citado 2015 Jul 14]. Disponible en http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/compendio_estadi

stico2013.php

- (112). Terra Noticias. Tecnólogos Médicos aseguran que fueron excluidos de su trabajo en los consultorios [Internet]. Santiago de Chile: Terra Noticias; [publicado en 2014 Oct 19; citado en 2015 Jul 14]. Disponible en <http://noticias.terra.cl/chile/tecnologos-medicos-aseguran-que-fueron-excluidos-de-su-trabajo-en-los-consultorios,813a52eeda829410VgnCLD200000b2bf46d0RCRD.html>
- (113). Biblioteca del Congreso Nacional, Oficio N° 6104, informe sobre implementación de los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), Ministra de Salud a Presidente de la Cámara de Diputados, 21 de abril 2015.
- (114). Biblioteca del Congreso Nacional, Código Sanitario de 1967, Artículo 112°, sobre Personas que efectúen actividades propias de la medicina.
- (115). Contraloría General de la República. Dictamen N°40343. Santiago de Chile. Contraloría General de la República; 2015.
- (116). Biblioteca del Congreso Nacional, decreto N° 1704 de 1993, Sobre Profesiones Auxiliares a la medicina.
- (117). Biblioteca del congreso Nacional, Ministerio de Salud, decreto N° 20 sobre Reglamento de Laboratorios Clínicos. 2011
- (118). Biblioteca del Congreso Nacional, Código Sanitario de 1967, Artículo 86°, sobre Instalaciones Radiactivas.
- (119). Biblioteca del Congreso Nacional, Código penal de 1874, título IV de los crímenes y simples delitos contra la fe pública. Artículo 213°, sobre Ejercicio Ilegal de la Profesión.
- (120). Biblioteca del Congreso Nacional, Ley 17.164 de 2 de Agosto de 1969, título IV, Artículo 27°, del ejercicio de la profesión.
- (121). Universidad de Valparaíso. Perfil profesional del Egresado/a de la Escuela de Medicina [Internet]. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; [actualizado 2002; citado 2015 Oct 22]. Disponible en:
http://medicina.uv.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=44
- (122). Machado, M. Sociología de las Profesiones: un nuevo enfoque. Educación médica y salud [Internet] Río de Janeiro; Machado, M. [publicado en 1991; citado 07 Nov 2015]; Vol.25 (1):28-36. Disponible en <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/9046.pdf>
- (123). Goode, W. Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: Psychology,

- sociology and medicine. *Rev American Sociological*. 1960; Vol. 25(6):902-914.
- (124). Vargas M., Luz María. Los colores lacandonos: un estudio sobre percepción visual de un pueblo maya. México D. F.: Secretaría de Educación Pública, Instituto Nacional de Antropología e Historia; 1998.
- (125). Rosales Amarís, M. El Trabajo en equipo Multiprofesional e Interdisciplinario en Salud. *Rev Salud Uninorte*. 1999;14 (1): 46-52
- (126). Vázquez N. María L. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. 1era ed. Barcelona, España: Servei de Publicacions. Universidad Autónoma de Barcelona; 2006. p 37-38.
- (127). Quintana, A. y Montgomery.W. Peña. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Revista Psicología: Tópicos de Actualidad*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Volumen 15. 2006 pp 47-84. 2006.
- (128). Rodríguez, G., Gill Flores, & García Jiménez, E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe; 1996.
- (129). Parada, M. "Metodología Cualitativa en Investigación Científica", en "Cómo investigar con éxito en salud", Bobenrieth A. Manuel. Editor y autor principal. Capítulo I-12. Ed.: Escuela Andaluza de Salud Pública. España; 2012. p 340 -405.
- (130). Navarro, P. y Díaz, C. "Análisis de Contenido". En Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid, España. Síntesis; 1995.
- (131). McCracken, G. *The Long Interview*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.

CAPÍTULO 10. ANEXOS

ANEXO A. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SECTOR PÚBLICO

Concepto	Año		
	2010	2011	2012
Total de establecimientos Sector Publico	2.423	2.489	2.510
Total de establecimientos del SNSS	2.400	2.477	2.498
Total de Hospitales del SNSS	212	210	194
Hospitales Alta complejidad	61	62	62
Hospitales Mediana complejidad	23	26	24
Hospitales Baja complejidad	99	99	99
Hospitales con convenio	25	14	9
Total establecimientos de Atención Ambulatoria	2.192	2.276	2.304
Centros de Atención Ambulatoria de Especialidades	16	23	18
Centros de Atención Primaria	1.012	1.092	1.109
Postas de Salud Rural	1.164	1.161	1.177

Elaboración propia adaptada de INE compendio Estadístico 2014

ANEXO B. CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL SNSS

Dispositivos	Descripción	Cobertura	Cantidad
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Están equipados para atender urgencias de baja complejidad en horario inhábil	-	172 centros
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	Están enfocados en urgencias de sectores rurales.	Poblaciones inferiores a 10.000 habitantes	Se registran 71 dispositivos.
Postas de Salud Rurales	Están al cuidado de un/a técnico paramédico y es visitado cada cierto tiempo por un equipo profesional constituido por un médico/a, enfermera/a, matrón/a y un/a dentista.	Son establecimientos determinados a poblaciones de 600 a 2.000 habitantes ubicados en áreas que no exceden los 20.000 habitantes	1.177 centros
Consultorio General Rural (CGR)	Recibe a los pacientes que son derivados desde las postas de urgencias y a quienes necesiten una atención ambulatoria. Entrega atención médica, odontológica general y de labors preventivas.	Está equipado para proporcionar atención para 2.000 a 5.000 habitantes y al igual que las postas rurales no exceden a los 20.000 habitantes.	-
Centros de Salud Rural o Estación Médico Rural (CSR)	Es un centro esporádico para controles, vacunas, raciones de leche; entre otras. Tiene el apoyo del equipo o el/la auxiliar de la posta más cercana.	Atiende localidades rurales con habitantes entre 2000 y 5000 habitantes.	142 centros
Consultorio de Salud mental (COSAM)	Entrega atención exclusiva para salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los centros de salud de la comuna.	Está capacitado para entregar atención a poblaciones de alrededor de 50.000 habitantes.	60 consultorios
Consultorios adosados de Atención Primaria (CAAP)	Consultorios de Atención Primaria que se encuentran adosados a un hospital, pero que se encargan de entregar atención ambulatoria.	-	115 consultorios
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)	Estos centros poseen una base comunitaria para responden a la reforma en salud que se realizó en Chile, donde la idea era personalizar la atención, aumentar la participación con el/la paciente atendiendo a menos personas	Entre 3.500 y 5.000 habitantes.	139 centros
Centros de Salud Familiar	Centros enfocados en las personas como miembros de una comunidad y un	20 a 25 mil habitantes	144 centros

(CESFAM)	núcleo familiar. Vienen a ser el eje de la Atención Primaria y apoyo para los centros menores. Cuenta con equipos multidisciplinarios para realizar las acciones de salud pública y entrega de prestaciones curativas		
Centros de Salud Urbano (CSU)	Puede estar adosado a un hospital de baja complejidad. Su existencia es previa al cambio de modelo de salud familiar	no más de 40.000 habitantes	214 centros

Elaboración propia a partir de datos entregados por la Dirección de Presupuesto del Gobierno de Chile y la Tesis “La Experiencia en Salud Pública Centrada en los Paciente” (67, 68, 69)

ANEXO C. ATENCIONES DE URGENCIAS EN EL SSVSA

Atenciones de Urgencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	671.765	695.191	693.088	705.116	747.263	755.258	766.095
Red Hospitalaria	419.383	438.206	415.246	408.420	437.139	423.028	401.990
APS	252.382	256.985	277.842	296.696	310.124	332.230	364.105

Elaboración propia a partir de datos DEIS, MINSAL.

ANEXO D. GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

¿Qué opina de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)?
¿Sabe cuáles son algunas de sus funciones, o con qué implementación contarán? (Si no sabe se le entrega folleto informativo elaborado en base a información emitida por el MINSAL.)

¿Con qué profesionales cree usted que deberían contar los SAR? (Luego de que los enumeren, mostrar mediante el folleto informativo quienes realmente están contemplados). ¿Qué opina de este recurso? ¿Qué profesionales considera usted que se deberían sumar a los SAR?

¿Cuál cree usted que es la labor de los Tecnólogos Médicos?

¿Sabe cuáles son algunas de las funciones que realizan estos profesionales?

¿Qué opina usted de la participación de los Tecnólogos Médicos en los SAR? Estos profesionales no fueron contemplados en el proyecto. ¿Qué opina al respecto? ¿A qué razones cree que obedece esa decisión?

¿Qué opina usted de que el MINSAL permita que otros funcionarios de la salud realicen funciones propias del Tecnólogo Médico en el Servicio de Salud Público?

¿Quisiera agregar algo más?

ANEXO E. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado

Información para profesionales médicos

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio "Percepción de los Médicos del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar, acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos Médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)" cuyos investigadores son Mario Parada Lezcano, Nataly Avilés Rieloff y Tanya Bustos y co-investigadores son Paulina Mora Lara, Hernán Silva Clavero y Yuri Berrios Peña, patrocinados por la Universidad de Valparaíso. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación se realizará en las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar durante el año 2015.
2. La investigación pretende contribuir a la discusión en torno a la implementación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución de ahora en adelante SAR. Para esto, su objetivo principal es conocer la percepción de los médicos del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos Médicos en los Servicios SAR.
3. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Sus opiniones serán recogidas a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, en lugar a convenir.
4. Los investigadores aseguran el completo anonimato de los entrevistado/as, al igual que sus opiniones y/o la identidad de cualquier persona que fuese nombrada en el transcurso de esta investigación.
5. Usted no recibirá dinero por concepto de pago por su participación.
6. Usted tiene derecho a manifestar sus dudas a los investigadores en cualquier momento de la investigación. Igualmente, usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal, sin que esto le perjudique en modo alguno.
7. El nombre de los participantes no será revelado. En su lugar se utilizará un código numérico.
8. El registro de los datos será reservado y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores. Las entrevistas serán almacenadas en formato de audio para su posterior análisis. Esta información será resguardada por el profesor guía en archivos de su oficina ubicada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, con dirección en calle Hontaneda 2653, Valparaíso. Toda información emanada de la presente investigación será almacenada por 3 años a partir de la fecha de entrega de la memoria; posterior a ese periodo será eliminada.
9. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el investigador, en publicaciones de tipo científico y/o académico y podrán ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos del presente estudio, siempre preservando la identidad de los participantes.
10. Durante el transcurso de esta investigación usted podrá aclarar dudas o inquietudes directamente con las investigadoras: Nataly Avilés Rieloff, celular 81608242, Email: n.avilesrielcfff@gmail.com y Tanya Bustos Cortez, celular 57988664, Email: tanya.fbc@gmail.com.
11. Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.



Acta de Consentimiento Informado

Yo,..... RUT..... DECLARO que los investigadores Mario Parada Lezcano, médico-cirujano y académico de la Universidad de Valparaíso, Nataly Avilés Rieloff y Tanya Bustos Cortez, estudiantes tesisistas de la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ubicada en calle Montañeda Nro. 2653 de la ciudad de Valparaíso, junto a los co-investigadores Paulina Mora Lara, socioeconomista, Hernán Silva Clavero, estadista, y Yuri Berrios Peña, tecnólogo médico, de la Universidad de Valparaíso, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Percepción de los Médicos del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos Médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)" que se llevará a cabo en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar durante el año 2015. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es conocer la percepción de los médicos del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar acerca de la pertinencia de incluir a tecnólogos médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) a fin de contribuir a la discusión en torno a la implementación de estos servicios.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en responder las preguntas de una entrevista semiestructurada que se me aplicará en un lugar a convenir.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre será sustituido por un código numérico, y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio. Las entrevistas serán almacenadas en formato de audio para su posterior análisis. Esta información será resguardada por el investigador principal en su oficina y será destruida después de 3 años a partir de la fecha de entrega de la memoria.
5. Los resultados de este estudio podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando en todo momento mi identidad. Entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración por participar en este estudio. Todo gasto vinculado a la realización de esta investigación será asumido por los investigadores.
7. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
8. Podré aclarar mis dudas con los investigadores, a quienes podré contactar en cualquier momento de la investigación a los teléfonos 81608242 de Nataly Avilés Rieloff, Email: navilesrieloff@gmail.com; 57968654 de Tanya Bustos Cortez, Email: tanya.fbc@gmail.com o 2507334 de Mario Parada Lezcano, Email: mario.parada@uv.cl.
9. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.
10. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Director Establecimiento o su Delegado

RUT:

Fecha:

Nombre y Firma Participante

RUT:

Fecha:

Nombre y Firma Investigador

RUT:

Fecha:

Valparaíso,.... de de 2015

ANEXO F. FOLLETO INFORMATIVO ENTREGADO A PARTICIPANTES**Qué es un SAR?**

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución o SAR son dispositivos pertenecientes a la Red de Atención Primaria Comunal. No son SAPUs propiamente tales, sino dispositivos cuya mayor capacidad resolutoria, se espera, contribuya a aumentar el acceso de los usuarios a la red pública del sistema de urgencia.

¿Cuál es el objetivo de los SAR?

El principal objetivo de los SAR es entregar atención médica de urgencia, oportuna, resolutoria y de calidad a la población en horario inhábil (complementario al funcionamiento de CESFAM y SAPU), mediante un funcionamiento vespertino-nocturno de 17:00 PM a 08:00 AM y en días no hábiles con un funcionamiento de 24 horas, que otorguen atención médica y procedimientos relacionados con las categorías C3-C4-C5, evitando así que esta población concurra a los Servicios de Urgencia de los hospitales.

Cartera de prestaciones de los SAR

-) Consulta médica de urgencia.
-) Procedimientos diagnóstico - terapéuticos que estén asociados a la cartera de prestaciones.
-) Toma de muestra de alcoholemia.
-) Imagenología (rayos X digitales) capaces de generar imágenes de huesos y pulmones.

-) Exámenes de laboratorio, que incluyen electrolitos y detección de alteraciones en las enzimas cardiacas.
-) Telecardiología para la realización de electrocardiogramas en el SAR, cuyos datos serán transmitidos al Hospital Base.

Recurso Humano que contempla un SAR

Recurso Humano	Cantidad requerida
Medico(a)	1 (El 2do según demanda)
Enfermera(o)	1
Kinesiólogo(a)	1
TENS	1
Paramédico de Rayos	2 (El 3ro según demanda)
Administrativo(a)	1
Chofer de Ambulancia	1
Agente comunitario	1

Elaboración propia a partir de datos entregados por el Ministerio de Salud

ANEXO G. PRESTACIONES IMAGENOLÓGICAS SAR

Prestación	SAR Urgencia	SAR Diurno
Tórax Simple(Frontal o Lateral) (1 PROY.)(1 EXP.PANORÁMICA)	✓	✓
Ex.Rayos Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 PROY.) (2 EXP. PANORÁMICA) (2 EXP.)	✓	✓
Ex.Rayos Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de nariz, malar, maxilar, arco cigomático, cara c/u (2 EXP.)	✓	✓
Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales; (rotación interna, abducción, lateral, Lowenstein u otras) c/u (1 EXP.)		✓
Columna Cervical o Atlasaxis (frontal y lateral) (2 EXP.)	✓	✓
Columna Lumbar o Lumbosacra (ambas incluyen 5to espacio) (3-4 EXP.)	✓	✓
Pelvis, cadera o coxofemoral c/u (1 EXP.)	✓	✓
Brazo, atebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral) c/u (2 EXP.)	✓	✓
Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral) (2 EXP.)	✓	✓
Ecografía (sólo en caso que establecimiento habilite ecógrafo preexistente en espacio SAR)	✓	✓

ANEXO H. PRESTACIONES LABORATORIO SAR

Prestación	SAR Urgencia	SAR Diurno
Enzimascárdicas: Troponina	✓	
Glucosa	✓	
Creatinina	✓	
Electrolitos: Sodio, Potasio, Cloro, Calcio	✓	
Hematocrito y Hemoglobina	✓	

ANEXO I. ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 38/2015

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; Daniel Ciudad, kinesiólogo y Patricia Herrera, educadora de párvulos, en su sesión del día 8 de octubre de 2015, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Percepción de los Médicos del Servicio Público de Salud de Valparaíso y Viña del Mar acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos Médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución o SAR”, presentado por el investigador responsable Mario Parada Lezcano, adscrito a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 34/2015, versión en español
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. Currículum Vitae del investigador responsable

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá entregar evidencia en relación la percepción de los médicos del Servicio Público acerca de la pertinencia de incluir a Tecnólogos Médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución o SAR. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

instrumentos, y explicitando el compromiso de activar un protocolo de contención y posterior derivación si se detectara alguna sintomatología que así lo requiriese en los participantes; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2015, bajo la supervisión del investigador responsable, Mario Parada Lezcano. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. El investigador responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, si correspondiere.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina

Jimena Le Roy Barria
Presidenta

Ivanny Marchant Ramirez
Secretaria

Valparaíso, 13 de octubre de 2015.

C/C.

- Secretaria CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina