



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social



***TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA:  
ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE  
HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN EL  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO***

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN  
TRABAJO SOCIAL Y AL TÍTULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL.

**DOCENTE GUÍA**

SRA. PATRICIA CASTAÑEDA MENESES

**EQUIPO SEMINARISTA**

CARLOS CÁRCAMO BOHN

FELIPE NEIRA FRAZIER



## **AGRADECIMIENTOS.**

Este documento representa la culminación de una experiencia más de vida, a su vez es el puntapié inicial de una serie de acontecimientos en la mía propia. Resulta complejo plasmar dentro de un par de líneas todos los sentimientos y el significado que a mis 24 años tiene la llegada a ésta primera meta, que en principio se veía difusa, casi como un espejismo y que a través de éstos 6 años se materializó con mucho esfuerzo y dedicación, tras el paso por ésta Escuela de Trabajo Social, que a su vez se convirtió en una escuela de vida.

Sin ir mas lejos, es a mi madre Gloria Bohn y a mi padre Juan Carlos Cárcamo, las personas a quienes debo y deseo desde lo mas profundo de mi corazón, agradecerles la posibilidad de vivir esto, de realizar todos los esfuerzos por posicionarme en un lugar donde pude explorar y explotar mis potencialidades, entregándome desde el hogar lo mejor de ellos, sus enseñanzas que de manera indeleble y teniendo la fuerza necesaria, pretendo retribuir a través de la contribución que la educación recibida en Trabajo Social pueda hacer a la sociedad, fueron siempre un soporte, un apoyo, mi motivación y mi referencia para no flaquear, tanto desde el primer día en que debí alejarme de mi querida Isla de Chiloé en el año 2007, hasta éste en que la tesis cierra éste ciclo y me invita a materializar todo ese conjunto (utópico pero muy auténtico), de ideales, intereses, proyectos que nacen tras las herramientas adquiridas en ésta escuela, definiendo así las cartas de navegación y el rumbo del siguiente paso en ésta historia. Te amo papá, te amo mamá.

Valparaíso me dio la oportunidad de conocer la verdadera amistad y el amor genuino de la mano de personas únicas y maravillosas que acompañaron a éste Chilote desde el principio de la aventura, durante ésta, y actualmente, tras el ir y venir de los años en una ruta que estuvo llena de momentos en que las risas llegaban hasta las lágrimas, como también en aquellos en que la tristeza también las hizo fluir, sin olvidar anécdotas dignas de películas de acción, thriller y comedia. Son muchísimas las personas a las que debo agradecer ésta oportunidad, sin embargo no puedo dejar de nombrar y a quienes gracias a su compañía y apoyo se convirtieron para siempre, en mis hermanas y hermanos. Andrea Varas Moreno (o varas, o varas del), quien se impregnó y compartió la misma pasión por la cultura y la identidad del lugar que provengo y volverse una chilotita más, creer en mi a ciegas, ser cómplice, y dejarme descansar en su hombro cuando lo necesité, siempre estaré contigo hermana. Felipe Neira Frazier (o pipe, o pelao, o –censura-), además de compañero de tesis, amigo y hermano mayor, pelao, siempre cuidando de mi cuando me ha tocado cuidar de otros, agradezco muy sinceramente tu amistad, retos merecidos, consejos siempre asertivos, tu paciencia infinita, ánimo y buen humor, tu hermosa familia que creció durante nuestros años de universidad y a las princesas que mermaron nuestro estrés y demostraron que nada era grave al ver sus preciosos ojos tranquilizadores, viene ahora la conquista del pez gordo, no?. Claudia Schlack Vargas (la schlack o splash), siendo amiga, hermana y sucursal de la Gloria en ésta ciudad, no sabes cuando he aprendido y espero seguir aprendiendo de tu experiencia y relatos; me has entregado fuerza y coraje; me has enseñado a ser más valiente y a reconocer mis competencias, gracias por todo lo entregado.. ah, y por un Fonchi que tanta falta me hacía en mi vida. Andrea Gonzalez Fuentes (mi negrita, mi

solei), que linda la vida que nos permitió conocernos en ésta y no en la pasada o la siguiente; tu resistencia y energía, además de tu versatilidad entre la actuación y el trabajo social son cosas que nunca dejaré de admirar, te regalo mis enanos, nos reuniremos arriba del monte. Cristóbal Villarroel Naranjo, lo sorprendente de como llegó tu amistad a mi vida, tus capacidades y tu lealtad, son parte de aprendizajes que nunca podría borrar de éste capítulo donde has estado presente.

El reencuentro con mi querida familia rockera, mi reducto Chilote en Santiago y mis amigos en ésta ciudad, siempre cobijaron de mi cuando necesité escapar en algún momento, tantas risas, tantos almuerzos, tanta calidez humana las agradezco hoy y siempre: Pandora, Aretha, Luan, Consuelo, Joel, Camila O., Valeria, Flaca, les quiero inmensa y eternamente, gracias por todos éstos años de puras alegrías junto a ustedes.

Existen además otras maravillosas personas que estuvieron durante ésta experiencia, que me hicieron más fuerte en el principio: Carlos. Lograron sacarme de mi terquedad cuando me costó ser sensato: Carla. Y durante todos los años, un ser más humano y feliz cuando me dejé guiar solo por la razón: Diego. A ustedes, a todas y todos las/os aquí nombrados, los quiero muchísimo; en paralelo a la educación recibida en lo académico, me dieron cátedra sobre como ser mejor persona y sembraron en mi, sus mejores semillas, que sin duda son enseñanzas aprehendidas y que espero poner en práctica mientras me enfrente a éste nuevo proceso de aprendizaje, que es la vida adulta.

A la profe Paty, me queda darle las gracias por el acompañamiento que hubo en éste proceso, un tanto extraño dada la metodología y los avances y retrocesos propios de la complejidad del tipo de seminario desarrollado, las herramientas entregadas para defenderme y respaldar lo que ya se encuentra en mi tras 6 años y lo que debió aprenderse durante el seminario, en relación a que no hay limitantes en Trabajo Social, sólo gestiones que reubicar para que la secuencia realmente tenga éxito y funcione, son una de las muchas cosas que agradezco hoy y siempre.

Finalmente, a la querida Unidad de Servicio Social del Hospital Van Buren, qué grupo de personas: Carolina Villegas, Carolin, Lidia, Prisci, Octavio, Adri y Ángela, muchachas y muchacho, infinitas gracias, sin el recibimiento de ustedes a ésta dupla, sus críticas siempre constructivas, su humor único y el respaldo y apoyo incondicional ésta experiencia de mas de 10 meses no habría sido posible materializarla en las condiciones que se dio. En mi caso, desde octubre 2011 que debo agradecerles por ayudarme en lo personal a definir y creer en competencias y habilidades desconocidas, gracias por toda la confianza y dedicación que vierten en éste labor, que es muy dinámica, requiere muchas veces de improvisar, de un nivel de proactividad como cualidad básica y donde la oportunidad de incrementar aunque sea en un grano de arena, la calidad de vida de una persona, un grupo o una familia, sin duda alguna, configura una recompensa digna de todos los esfuerzos que sean necesarios, muchísimas gracias y hasta luego.

**Carlos Cárcamo Bohn.**

## **AGRADECIMIENTOS.**

Al término de un proceso extenso y desafiante como éste, me gustaría partir dando infinitas gracias a mi familia... Mamá, sin duda este primer logro no habría sido posible sin tu apoyo, gracias por estar ahí, por hacerme sentir que podía lograr este sueño y por ayudarme de todas las formas posibles cuando las señales parecían decir "fin". Gracias Coté, mi querida hermana, por ser mi partner, por alentarme, entenderme y hacerme sentir capaz de lograr este paso, de los últimos años una de las cosas que más me ha gustado es la complicidad que hemos desarrollado, espero que sigamos construyendo la relación que siempre debimos tener. Gracias a ti también Papá, sé que siempre estuviste ahí en alguna parte y forma, dándome energías para "seguir perseverando y no dejar esto a mitad de camino", como solías decirnos. Hay mucho de eso acá, un beso grande... A ustedes tres, gracias, gracias, gracias. Los amo con todo mi ser, no me he olvidado por un momento de ustedes.

También quiero darte las gracias a ti Fabiola, por ser mi pareja y compañera durante la última etapa de mi vida universitaria, gracias por aguantarme y aceptarme, por dejarme ser en mi extraño ritmo y con todo lo difícil que puedo llegar a ser y ayudar como has hecho en el desarrollo de mis anhelos. Has sabido equilibrar todo de una manera que yo no podría, tu sentido del humor, la pasión, generosidad y dedicación que pones en todo lo que haces me llenan de energía para seguir mejorando y trabajando para sacar todo esto adelante. Eres una gran mujer y madre, no lo olvides nunca, sin importar el contexto. Te amo, gracias por todo... Ahora vamos a volcar toda nuestra energía en tu proyecto.

Del mismo modo quiero dedicar esta primera publicación, este primer gran trabajo y logro a mis hijas, quienes son por lejos lo más hermoso que he visto, lo mejor que he hecho y por lejos lo máspreciado de esta vida para mí; Bárbara y Emilia o Emilia y Bárbara (inada de preferencias!), quiero que sepan que hay mucho de esto gracias a ustedes... el solo hecho de poder estar cerca, verlas crecer y la exquisita relación que estamos construyendo, fueron la mejor motivación que pude tener al cierre de este proceso y por supuesto, para todo lo que viene de aquí en adelante. Las amo con todo mi ser, estoy seguro que lo que sigue es una gran historia. Me siento agradecido y honrado de estar ahí al lado de ustedes... ¡Son lo máximo!

Quiero dedicar un pasaje especial a mi querida hermana y a mi pequeña Josefa, sepan que tienen todo mi apoyo, todo nuestro apoyo. Coté, eres una mujer increíble y una súper mamá, incansable y esforzada. No dejes que nada te quite eso que has tenido desde niña, ahora tienes una princesa hermosa a quien transmitir todo eso que has aprendido, estoy orgulloso de ti y confiado en que sabrás seguir aprendiendo y creciendo fuerte como lo has hecho hasta ahora. Hagas lo que hagas, cuenta conmigo.

No puedo dejar de agradecer a mi compañero y amigo de la vida José Luis, gracias por todo compadre, gracias por la energía, por tu constante preocupación, por estar ahí, por respetar y aceptar, por las mil y una noche. En fin, fueron años de circo y pienso que aunque este año la vida ha empezado a cambiar notoriamente, la amistad que hemos construido es sólida y capaz de ajustarse a

estos cambios y seguir adelante como lo hemos hecho todo este tiempo... te quiero hermano. Tengo que agradecer también a tu familia, a esta altura amigos y seres queridos para mí, gracias por todas esas ocasiones en que me acogieron en sus casas y dieron palabras de energía y ánimo. En definitiva gracias por creer en mí y hacerme sentir que puedo hacer esto y todo lo demás.

Quiero dar un agradecimiento muy especial a mis amigos y amigas más “viejos/as”, ustedes, los del colegio. Gracias por todo el apoyo que han puesto en esta nueva etapa de mi vida. Sólo ustedes podían hacer todo lo que han hecho, considerando todo lo que me he alejado y lo poco que nos vemos, me hace sentir que nunca me alejé tanto como para que dejaran de preocuparse y ayudar cuando ha sido necesario, son un siete.

También quiero agradecer a Carlos, mi compañero y amigo prácticamente desde el día uno de Universidad, gracias por todo hermano menor, pero por sobre todo por confiar en mis capacidades y por seguir y seguir ahí. Sin duda te ganaste mi confianza, afecto y admiración. Independiente de nuestras diferencias, supimos llevar adelante un proyecto difícil, en un terreno árido e innovador, tal como soñábamos en aquellas conversaciones pre tesis y cuyos primeros resultados ya hemos tenido ocasión de compartir. Fue un gusto pasar esta etapa juntos, pienso que con cualquier otro compañero/a no hubiese sido igual, ni parecido. Quiero desearte todo el éxito del mundo y toda la energía que se necesita para ser tú y construir todo aquello que tanto deseas. Estoy seguro que donde quiera que estés, esta sociedad, a veces injusta y agresiva, sabrá rendirse a tus infinitas capacidades, no me cabe ninguna duda que lograrás la mayor parte de lo que hoy sueñas y lo que con el tiempo empezarás a soñar. Espero que el tiempo junte nuestros caminos para desarrollar esas ideas de las que tanto hemos conversado... Te quiero amigo, y no me voy a despedir porque hay mucho que hacer todavía.

No puedo dejar pasar esta instancia sin agradecer a la familia Gonzalez – Schlack, por su hospitalidad, consejo y amistad, han sido fundamentales en esta parte del proceso y ha sido un placer compartir con ustedes. Gracias en particular a Claudia, quien sin duda ha sido uno de los pilares de este Seminario, sinceramente gracias por tu apoyo, eres una mujer increíble y ha sido un gusto poder conocerte un poco más... Gracias por permitirme compartir con los tuyos y contigo, tu vasta experiencia y maravillosas recetas. Aprendí por kilos... También ocuparé este espacio para agradecer a Gloria y Andrea, quienes han sido para mí, una fuente inagotable de calma y buenas energías mediante cuanto mensaje y saludo se pudo enviar. Gloria: ha sido un gusto el cruce de nuestras vidas, espero poder volver a tu maravillosa isla, ahora en patota y acompañado de las chicas superpoderosas. Andrea; fue un gusto compartir contigo todo este tiempo, gracias por alentarnos como sólo tú supiste hacerlo, eres grande.

Necesito agradecer también a la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren; Lidia, Carolina, Carolyn, Priscilla, Gabriela, Adriana, Gabriela, Cecilia y Octavio. Gracias por la oportunidad de aprender un poco más de esta maravillosa profesión, gracias por confiar y por desafiarnos a dar un poco más y con ello, avanzar. Fue un placer desarrollar este Seminario con ustedes, estoy convencido que fue mucho más que una experiencia de aprendizaje que finaliza con una calificación, ha sido una experiencia de vida, aprendí a conocerme un poco más, a desafiar mis límites, exigirme

aún más y en mucho más de una forma, por que las realidades que me han permitido conocer han dejado lecciones imborrables para mi vida personal y eso no se encuentra en cualquier centro de tesis o práctica.

Quiero agradecer también a la Profesora Patricia Castañeda, quien tuvo a su cargo la guía académica de este Seminario y fue sin duda quién más presionó y desafió a llevar la reflexión y el análisis un poco más allá, para desarrollar un proyecto íntegro, metódico y acorde a lo que se requería de él. Fue de todas formas una lección que no pasa inadvertida para mi, pienso que hay mucho de aquello en todo lo que como Escuela anhelamos para nuestra profesión. Del mismo modo quiero agradecer a la Profesora María Antonieta Urquieta, por acogernos como lo hizo, por apoyarnos con ideas frescas y alentarnos a darle otra vuelta cuando hubo que reestructurar todo, pienso que su apoyo fue fundamental tanto a nivel académico como humano, por eso; muchas gracias.

Finalmente, quisiera pedir sinceras disculpas si en este ejercicio he olvidado a alguien... No ha sido intencional. ¡Un abrazo enorme a ustedes, gracias!

**Felipe Neira Frazier.**

## SUMMARY

### **SOCIAL WORK AND HOSPITAL MANAGEMENT: ANALYSIS OF LONG-TERM HOSPITALIZATION PROBLEMATICS IN CARLOS VAN BUREN HOSPITAL, VALPARAISO, CHILE.**

In the present work, statistical and demographic data of patients experiencing long-term hospitalization during 2012 were analyzed. Data was collected from patients being hospitalized in the Carlos Van Buren Hospital Units of Low Medical Complexity, Medium Medical Complexity, and Adult Neurosurgery, in order to detect and describe predictors of long-term hospitalization risk.

Data was collected from case files referred by the health team, and were analyzed using documental analysis. As a result of this study, a method is proposed for hospital Social Workers so that they can more quickly and efficiently detect and warn the hospital team about high risk patients.

Further, this study provides hospital social workers with resources to address the social factors triggering long-term hospitalizations that are not due to health or medical issues.

**KEY WORDS:** long-term hospitalization, elderly's health care, elderly's social issues, hospital social workers, social work and public health.

#### **AUTHORS**

- Carlos Cárcamo Bohn
- Felipe Neira Frazier

## RESUMEN EJECUTIVO.

### 1. PRESENTACIÓN

<b>SEMINARIO DE TÍTULO</b>	<b>TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA: ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO.</b>
<b>EQUIPO SEMINARISTA</b>	CARLOS CÁRCAMO BOHN FELIPE NEIRA FRAZIER
<b>DOCENTE GUÍA</b>	PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
<b>INSTITUCIÓN PATROCINANTE</b>	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

### 2. FUNDAMENTACIÓN

El presente documento concluye la experiencia del Equipo Seminarista, que presenta un análisis de la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas en el ámbito de la gestión hospitalaria con alcances a nivel multidisciplinario en la atención terciaria de salud entregada por el Hospital Carlos Van Buren, y que afecta principalmente a adultos mayores.

La relevancia del presente seminario recae en que la problemática no tiene antecedentes previos de visibilización, sin embargo es parte del diagnóstico reconocido por las/os profesionales de la salud y disciplinas de apoyo, entre las que Trabajo Social ocupa el lugar de receptor de situaciones de riesgo entorno a la prolongación de estadías, que de mejorar la gestión interna entre equipos, favorecería las acciones preventivas y reparativas a fin de agilizar el alto nivel de saturación de los servicios clínicos de análisis. Es así que se genera, una caracterización general de la problemática en el marco del proceso de hospitalización y sus momentos claves, lo que da espacio a propuestas de mejora, como segundo objetivo.



### 3. REFERENTES TEÓRICOS

- Elementos Conceptuales sobre Salud.
- Elementos Referenciales sobre Gestión

### 4. OBJETIVOS DE TRABAJO

**Objetivo de Trabajo N° 1:** Elaborar una caracterización general de los pacientes en condición de Hospitalización Prolongada al interior de las Unidades de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica y Neurocirugía Adultos del Hospital Carlos Van Buren, en el año 2012, considerando:

- Ubicación, N° Ficha Clínica, Diagnóstico/s, Sexo, Run, APS de correspondencia, Previsión Social, Tipo de Hogar, Procedencia, Acompañantes, Necesidad Médica del paciente, Categorización de Usuario según Riesgo y Dependencia, Calidad de la Visita.

Todos estos antecedentes como parte de la experiencia del/la paciente en casos de hospitalización prolongada en situaciones referidas por el Equipo de Salud en el marco del proceso de hospitalización y los determinantes que dan origen a la problemática.

**Objetivo de Trabajo N° 2:** Realizar una propuesta de mejora a la gestión de mecanismos de pesquisa de usuarios/as proclives a prolongar su hospitalización por razones sociales, para ser utilizada en las Unidades Clínicas de Mediana Complejidad Médica, Baja Complejidad Médica y Neurocirugía, desde la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren. Mediante:

- Semáforo de Riesgo de Hospitalizaciones Prolongadas de uso en Servicios Clínicos.
- Posibilitar la conformación de la Comisión del Adulto Mayor del Hospital Carlos Van Buren.
- Instructivo que reúne las consideraciones técnicas, de uso y aplicación de las anteriores propuestas señaladas.
- Díptico informativo sobre procedimientos realizados por Unidad de Servicio Social a familiares y acompañantes de pacientes hospitalizados.

## 5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La experiencia fue desarrollada en una estructura metodológica vinculada al desarrollo secuencial y en constante ajuste en la lógica de Gestión, tanto para que el objetivo de trabajo n°1 lograra la recopilación de información de la manera más fidedigna posible como en el desarrollo del objetivo de trabajo n° 2, donde las decisiones metodológicas incluyen análisis documental, levantamiento de información, análisis de la experiencia, a fin de que las propuestas de mejora posean criterio de realidad y pertinencia profesional de ser aplicados.

## 6. CONCLUSIONES

Los principales hallazgos y reflexiones desarrolladas en las páginas finales del presente documento, se encuentran estructuradas a partir de tres ejes; conclusiones metodológicas, temáticas y profesionales, esto en relación a los objetivos de trabajo planteados en el diseño metodológico, a fin de sintetizar los análisis y aprendizajes obtenidos de la experiencia entorno a las Hospitalizaciones Prolongadas, como problemática de análisis.

En términos generales, el trabajo desarrollado se orientó en primera instancia hacia el levantamiento de información que permitiera caracterizar a los/as pacientes en la condición de análisis, a fin de visibilizar el peso real del problema dentro de los Servicios Clínicos de observación, para en un segundo momento lograr desarrollar un conjunto de propuestas de mejora, las que fueron posible entregar desde la disciplina de Trabajo Social como un antecedente de colaboración a la gestión hospitalaria.

Al finalizar el proceso de aprendizaje, destaca la importancia de lograr una óptima coordinación entre las disciplinas involucradas en la labor de restituir el estado de salud de la población en el Hospital Carlos Van Buren.

A partir del seminario de título que finaliza, se espera que sirva como un aporte fundacional al tratamiento de una problemática reconocida al interior de la institución, respecto del cual no existían referentes diagnósticos visibilizados; además de fundamentar el posicionamiento de nuestra disciplina en la definición de acciones que desde la gestión hospitalaria pueden incrementar sustancialmente las mejoras a un sistema dinámico y que requiere de las competencias profesionales de Trabajo Social.



**- ÍNDICE**

PRESENTACIÓN GENERAL	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO INSTITUCIONAL</b>	<b>3</b>
1. ANTECEDENTES GENERALES HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	4
2. ESTRUCTURA POLÍTICA Y ORGANIZACIÓN SECTOR SALUD	15
3. BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	25
4. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN	28
5. CONTEXTO SITUACIONAL DE LA EXPERIENCIA	38
<b>CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>58</b>
2.1. EJE TEMÁTICO N° 1: ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE SALUD	59
A. USUARIOS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA CHILENA	70
2.2. EJE TEMÁTICO N° 2: ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE GESTIÓN	74
A. GESTIÓN CLÍNICA	75
B. HOSPITAL AMIGO	77
<b>CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>84</b>
3.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	85
3.2. OBJETIVOS DE TRABAJO Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS	86
A. OBJETIVO DE TRABAJO N° 1	86
B. OBJETIVO DE TRABAJO N° 2	96
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y PRODUCTOS DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>103</b>
4.1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.	105
A. ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS	107
B. ANTECEDENTES RESPECTO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	114
C. DETERMINANTES DE LA CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	121
D. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS A COMUNIDAD HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	130
4.2. PROPUESTAS DE MEJORA	135
A. SEMÁFORO DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	136
B. COMISIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	140
C. DÍPTICO INFORMATIVO UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL A FAMILIARES Y/O ACOMPAÑANTES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	143
D. PRODUCTOS INTEGRADOS DEL OBJETIVO DE TRABAJO N° 2	146
<b>CAPÍTULO V: REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES</b>	<b>156</b>
1. REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES	157
2. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS	159
3. CONCLUSIONES TEMÁTICAS	160
4. CONCLUSIONES PROFESIONALES: TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN	161
<b>CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>163</b>



**- ÍNDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro N° 1:</b> Identificación de la Institución.	<b>5</b>
<b>Cuadro N° 2:</b> Recursos Humanos Institución.	<b>14</b>
<b>Cuadro N° 3:</b> Prestaciones ofrecidas por G.E.S.	<b>19</b>
<b>Cuadro N° 4:</b> Distribución por Áreas de Hospitalización y Áreas Temáticas.	<b>31</b>
<b>Cuadro N° 5:</b> Hospitales dependientes de Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.	<b>45</b>
<b>Cuadro N° 6:</b> Categorización de Paciente por Prioridad de Atención y no por orden de llegada.	<b>55</b>
<b>Cuadro N° 7:</b> Nudos Críticos Desarrollados.	<b>57</b>
<b>Cuadro N° 8:</b> Orientaciones Representativas Concepto Salud.	<b>60</b>
<b>Cuadro N° 9:</b> Atributos Esenciales Concepto Salud.	<b>61</b>
<b>Cuadro N° 10:</b> Modelos de Salud.	<b>61</b>
<b>Cuadro N° 11:</b> Diferencias entre Modelos de Salud.	<b>63</b>
<b>Cuadro N° 12:</b> Características de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS).	<b>65</b>
<b>Cuadro N° 13:</b> Características de los Establecimientos de Atención Secundaria de Salud (ASS).	<b>66</b>
<b>Cuadro N° 14:</b> Características de los Establecimientos de Atención Terciaria de Salud (ATS).	<b>67</b>
<b>Cuadro N° 15:</b> Distribución Afiliados FONASA Región Valparaíso, según Tramo, Población y Porcentaje Equivalente.	<b>70</b>
<b>Cuadro N° 16:</b> Estadística de Población Beneficiaria FONASA según Tramo, Ingreso y Comuna.	<b>71</b>
<b>Cuadro N° 17:</b> Estadística de Población beneficiaria de FONASA según Población asignada por Servicio de Salud y Quinquenio de Edad. Elaboración Equipo Seminarista.	<b>72</b>
<b>Cuadro N° 18:</b> Definiciones Técnicas asociadas a Objetivo N° 1.	<b>88</b>
<b>Cuadro N° 19:</b> Procedimientos Metodológicos asociadas a Objetivo N° 1.	<b>89</b>
<b>Cuadro N° 20:</b> Instrumento de Caracterización de Pacientes en Hospitalización Prolongada.	<b>95</b>
<b>Cuadro N° 21:</b> Definiciones Técnicas asociadas a Objetivo N° 2.	<b>96</b>
<b>Cuadro N° 22:</b> Procedimientos Metodológicos asociados a Objetivo N° 2.	<b>101</b>
<b>Cuadro N° 23:</b> Edades de los/as Pacientes Muestra Total.	<b>111</b>
<b>Cuadro N° 24:</b> Centro Asistencial de Procedencia.	<b>112</b>
<b>Cuadro N° 25:</b> Categorización según Riesgo y Dependencia de los/as pacientes de Muestra Total.	<b>118</b>
<b>Cuadro N° 26:</b> Calidad de la Visita. Muestra Total.	<b>119</b>
<b>Cuadro N° 27:</b> Frecuencia de Visitas. Muestra Total.	<b>120</b>
<b>Cuadro N° 28:</b> Destino del/a paciente al momento del Egreso Hospitalario. Muestra Total.	<b>120</b>
<b>Cuadro N° 29:</b> Frecuencia de Factores Sociales que Prolongan Estadía. Muestra Total.	<b>122</b>
<b>Cuadro N° 30:</b> N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Sociales. Muestra Total.	<b>123</b>

<b>Cuadro N° 31:</b> Frecuencia de Factores Clínicos que Prolongan Estadía. Muestra Total.	<b>125</b>
<b>Cuadro N° 32:</b> N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Clínicos. Muestra Total	<b>127</b>
<b>Cuadro N° 33:</b> Frecuencia de Factores Administrativos que Prolongan Estadía. Muestra Total.	<b>128</b>
<b>Cuadro N° 34:</b> N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Administrativos. Muestra Total.	<b>129</b>
<b>Cuadro N° 35:</b> Criterios Técnicos de Pesquisa según Momentos y Entidades/Equipos durante Proceso de Hospitalización	<b>153</b>

**- ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

<b>Diagrama N° 1:</b> “Organigrama Institucional”.	<b>14</b>
<b>Diagrama N° 2:</b> “Asistentes Sociales del Hospital Carlos Van Buren”.	<b>28</b>
<b>Diagrama N° 3:</b> “Dependencia Administrativa Unidad de Servicio Social”.	<b>30</b>
<b>Diagrama N° 4:</b> “Sistemas de Salud en Chile”.	<b>39</b>
<b>Diagrama N° 5:</b> “Funciones del Ministerio de Salud”.	<b>40</b>
<b>Diagrama N° 6:</b> “Red Asistencial de Salud”.	<b>40</b>
<b>Diagrama N° 7:</b> “Atención Terciaria en Salud”.	<b>41</b>
<b>Diagrama N° 8:</b> “Red Asistencial Región de Valparaíso”.	<b>42</b>
<b>Diagrama N° 9:</b> “Etapas del Proceso de Hospitalización”.	<b>51</b>
<b>Diagrama N° 10:</b> “Flujo Estándar del Proceso de Hospitalización”.	<b>51</b>
<b>Diagrama N° 11:</b> “Flujo de Atención de Salud Hospital Carlos Van Buren”.	<b>53</b>
<b>Diagrama N° 12:</b> “Nudos Críticos en relación a Atención en Hospital Carlos Van Buren”.	<b>56</b>
<b>Diagrama N° 13:</b> “Estructura Detallada de los Establecimientos de Atención Primaria”.	<b>66</b>
<b>Diagrama N° 14:</b> “Flujograma de Proceso de Hospitalización y Nudos Críticos Hospital Carlos Van Buren”.	<b>91</b>
<b>Diagrama N° 15:</b> “Secuencia de Procedimientos en Caso de Hospitalización Prolongada”:	<b>102</b>
<b>Diagrama N° 16:</b> “Universo Total”.	<b>107</b>
<b>Diagrama N° 17:</b> “Promedio Días de Hospitalización”.	<b>108</b>
<b>Diagrama N° 18:</b> “Muestra Total de Pacientes Registrados”	<b>109</b>
<b>Diagrama N° 19:</b> “Previsión de Salud Muestra Total”.	<b>113</b>
<b>Diagrama N° 20:</b> “Previsión de Salud * Edad de Pacientes”	<b>113</b>
<b>Diagrama N° 21:</b> “Información de Procedencia, Muestra Total”	<b>114</b>
<b>Diagrama N° 22:</b> “Forma de Ingreso del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total”.	<b>115</b>
<b>Diagrama N° 23:</b> “Acompañantes del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total”.	<b>116</b>
<b>Diagrama N° 24:</b> “Tipo de Hogar al que pertenece paciente”.	<b>116</b>
<b>Diagrama N° 25:</b> “Necesidad médica del paciente desde Diagnóstico. Muestra Total”.	<b>117</b>
<b>Diagrama N° 26:</b> “Frecuencias de Componentes de Hospitalización Prolongada. Muestra Total.”	<b>130</b>
<b>Diagrama N° 27:</b> “Peso Relativo Factores Sociales * Factores Clínicos. Muestra Total”	<b>131</b>

## PRESENTACIÓN GENERAL.

El Seminario de Título que se presenta en las páginas siguientes fue desarrollado por el Equipo Seminarista responsable, tras la inserción en la Institución Patrocinante durante los primeros meses del año en curso. En esos pasajes, la tarea consistió fundamentalmente en lograr el reconocimiento de los elementos involucrados en la problemática definida posteriormente como “Hospitalizaciones Prolongadas” mediante el diálogo con una amplia variedad de actores involucrados, a fin de conocer la percepción de cada parte respecto de la problemática señalada y con ello, disponer de la información necesaria para estructurar el diseño y la forma en que se desarrollaría el trabajo durante el período de duración del Seminario.

En esta lógica, se inicia un recorrido de continuo ajuste en términos de Instrumentos a aplicar, Unidades Clínicas de Observación y momentos precisos para iniciar el levantamiento de información. De esta manera, y habiendo sorteado una serie de complejidades asociadas a la nula información y trabajos desarrollados de forma previa disponible, vinculado a dificultades metodológicas en cuanto a la flexibilidad respecto de los modelos tradicionales y los requerimientos de la dinámica de trabajo al interior del Hospital, es que finalmente se logra el ajuste necesario para recolectar la información necesaria y el desarrollo del consecuente análisis de los datos obtenidos.

De esta forma, el trabajo desarrollado se encuentra estructurado a partir de seis Capítulos presentados a continuación: **Capítulo I: “Marco Institucional”**, donde se describen elementos relativos a la institución patrocinante; estructura organizacional, rango de acción, nivel de complejidad, personal disponible, entre otros elementos que presentan a la institución en todos sus aspectos. En un segundo momento, se presenta el **Capítulo II: “Marco de Referencia”**, el que estuvo desarrollado a partir de dos Ejes; Elementos Conceptuales sobre Salud y Elementos Conceptuales en Gestión, desde los que se aborda en el plano teórico la problemática analizada, así como aquellas materias relativas a ella. Posterior a aquello se da paso al **Capítulo III: “Diseño Metodológico”**, correspondiente a los elementos que sustentan el trabajo desarrollado desde la fundamentación de la metodología de trabajo seleccionada hasta la presentación de dos objetivos de trabajo, orientados por una parte a realizar una Caracterización General de Pacientes en Condición de Hospitalización Prolongada, y en una segunda instancia a estructurar una base de propuestas de mejora desde Trabajo Social.

A continuación de aquello, se prosigue con el **Capítulo IV: “Resultados y Productos de la Experiencia”**, momento en el que se desarrolla una revisión en extenso de los resultados obtenidos tras el proceso de levantamiento de información, así como de los productos asociados al trabajo llevado a cabo. El momento siguiente corresponde al **Capítulo V: “Reflexiones, Conclusiones y Aprendizajes”**, instancia en la que el Equipo Seminarista hace presentación de los hallazgos más importantes, siguiendo una estructura sustentada en tres pilares; “Conclusiones Metodológicas”, “Conclusiones Temáticas” y “Conclusiones Profesionales”, ello con el objeto de exponer los aprendizajes en tres ámbitos de interés para el desarrollo de la Profesión. De esta forma la experiencia finaliza con el desarrollo del **Capítulo VI: “Bibliografía”**, donde el/la lector/a encontrará un completo ordenamiento en relación a las fuentes revisadas en la construcción del presente documento.

De esta forma se invita al/la lector/a a una revisión crítica de los elementos expuestos en el presente seminario de título, que en base al desarrollo de una metodología centrada en la gestión, configura un desafío para el Equipo Seminarista en términos de lograr visibilizar el reconocimiento del peso que la problemática posee en el desarrollo de la atención otorgada en el Hospital Carlos Van Buren.



# CAPÍTULO I: MARCO INSTITUCIONAL

## 1. ANTECEDENTES GENERALES HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

### 1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN<sup>1</sup>.

<b>Nombre</b>	Hospital Carlos Van Buren (HCVB)	
<b>Tipo de Institución</b>	De carácter público sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA)	
<b>Dirección</b>	San Ignacio #725 Valparaíso	
<b>Fono</b>	Mesa Central 2364000 Dirección HCVB 2364188	
<b>E-Mail</b>	alejandra.sanchez@redsalud.gov.cl (OIRS)	
<b>Cobertura</b>	Beneficiarios de FONASA y aquellos convencionales	
<b>Población Asignada en 2011<sup>2</sup></b>	474.423	Hombres: 236.460
		Mujeres: 237.963
<b>Dotación de Camas<sup>3</sup></b>	Camas UPC Adulto: 38	
	Camas UPC Infantil: 10	
	Camas UPC Neonatología: 11	
	Dotación Total de Camas: 542	
	Estadía Promedio: 5,8 días <sup>4</sup> .	

**Cuadro N° 1:** Identificación de la Institución.

- **Misión<sup>5</sup>:** “Somos una institución pública de salud, asistencial, docente, integrada a la red del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, que entrega prestaciones oportunas y de calidad a su comunidad, con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud, a través de un equipo multidisciplinario, competente con servicios especializados de alta complejidad, ambulatoria y de hospitalización”.
- **Visión<sup>6</sup>:** “Queremos ser reconocidos como una institución de excelencia, innovadora, asistencial y docente, con las personas adecuadas para satisfacer las necesidades de salud de nuestros usuarios, como también, llevar al Hospital a ser líder en especialidades de alta complejidad, comprometida con sus usuarios, la familia y la sociedad”.

<sup>1</sup> Identificación de la Institución. Elaboración Equipo Seminarista

<sup>2</sup> Cuenta Pública 2011, Hospital Carlos Van Buren

<sup>3</sup> Cuenta Pública 2011, Hospital Carlos Van Buren

<sup>4</sup> CASTILLO, E., GAMBOA, A., “Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria de Salud”. Seminario de Título de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social y la Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

<sup>5</sup> Resolución Exenta N° 9586, del 30.12.2011

<sup>6</sup> Resolución Exenta N° 9586, del 30.12.2011



- **Valores:** Los valores que enmarcan todo accionar en la institución son:

- » **Compromiso**
- » **Equidad**
- » **Solidaridad**
- » **Respeto**
- » **Lealtad**
- » **Participación**
- » **Proactividad**
- » **Eficiencia**
- » **Orientación al Usuario.**

- **Radio de Acción:** Entendida como toda la población asignada al Hospital que corresponde a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA), incluyendo las provincias de Valparaíso y San Antonio. Además de aquellas personas provenientes de otras zonas de la V Región y aquellos pacientes de la III, IV, VI Regiones, que requieren atención por especialidades como Neurología, Traumatología, Oncología, Imágenes Complejas y Diálisis Peritoneal.

- **Emplazamiento:** El Hospital se encuentra emplazado en dos terrenos de dominio propio, con un total de 13 dependencias, el primer y principal terreno abarca 28.167,77m<sup>2</sup>, en él se encuentran gran parte de las especialidades del hospital, mientras que el segundo terreno está ubicado en la calle Blas Cuevas, con una superficie de 5.097m<sup>2</sup> que corresponde al edificio del ex Hospital de Niños, utilizado actualmente por el Jardín Infantil del establecimiento, la fundación Lionel Cooper, Corporación Bresky a cargo del Programa de Salud Mental, la Clínica Dental del Consultorio de Atención Primaria del Hospital de Niños, además de oficinas administrativas y bodegas disgregadas del hospital.

- **Infraestructura:** El establecimiento se compone de 4 edificios principales: Torre Médica, Torre Quirúrgica, Oncología y Otorrino Oftalmología, más el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). La superficie del terreno principal corresponde a 28.167m<sup>2</sup> y cuenta con una superficie construida aproximada de 40.559 m<sup>2</sup>.



## 1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia del Hospital Carlos Van Buren se remonta a principios del S. XVI, según consta en relatos históricos:

“...Es pensar en tiempos de Corsarios y Piratas, en aquellos tiempos no se contaba con un hospital en el principal puerto de la Capitanía General de Chile, así las embarcaciones que zarpaban desde el viejo continente a América, tras su largo periplo e innumerables penurias, muchos de sus tripulantes padecían epidemias y enfermedades sin contar con un hospital donde tratar sus enfermedades y curar sus dolencias.

Así el Rey Carlos III de España, en aquella época consciente de lo que sufrían sus marinos, dicta una Real Cédula, en la que ordenaba la creación de un Hospital en el Puerto de Valparaíso, esta Real Cédula la dictó el 14 de Agosto de 1768 y designaba como lugar para la construcción del Hospital la Quebrada de Elías, ubicada entre Calles Cumming y Almirante Montt. Tras cuatro largos años, el 18 de noviembre de 1772 y bajo el Gobierno de Don Antonio Gil y Gonzaga se funda el hospital, el que inicialmente es denominado “Hospital General de la Caridad” cambiando posteriormente su nombre por “Hospital San Juan De Dios”...”

El Primer Administrador es el Hermano Hospitalario de San Juan de Dios, Fray José Zenteno, quién en Julio de 1788 se queja del mal estado en que los temporales han dejado el edificio de la Quebrada de Elías, edificio que tiene más de un siglo de existencia. El edificio era deplorable, según consta en los relatos, los enfermos, apenas convalecientes, salían por los alrededores a pedir limosna. Más tarde el local se fue haciendo estrecho y el terremoto de 1822 dejó las construcciones en condiciones ruinosas. Por este motivo se habilitó cerca de 1830, unas piezas para hombres enfermos en el Almendral, en una Casa de Ejercicios edificado por el Marqués de la Pica.

Los Hermanos de San Juan de Dios estuvieron a cargo del establecimiento hasta 1822, con ésta fecha se ordenó una investigación por parte del Cabildo, estableciéndose que el Hospital se hallaba muy abandonado, sin médico ni botica, culpándose de ello al Clérigo, que entonces era Fray V.M. Solis. En vista de esta situación se acordó que el hospital pasara a manos seculares, nombrándose un administrador y un económico tesorero.

Durante el decenio siguiente a 1822, en que hubo una administración interina, las cosas no mejoran, a juzgar por el estado lamentable en que encontró el Hospital el Sr. Benito Fernández Maqueira al término de ese periodo, nadie quería hospitalizarse; era necesario llevar los pacientes por medio de la fuerza y no les faltaba alguna razón, pues más de la mitad fallecía.

El personal se componía de catorce individuos, incluyendo Médico, Contador y Capellán. Había por este tiempo treinta a treinta y cinco enfermos diarios. La alimentación era deficiente, el Panteón estaba en el mismo patio llegando los olores hasta las salas y en opinión del Sr. Fernández Maqueira, lo mejor que podía hacerse era “quemar el edificio”.

Administró después de los religiosos, el Sr. Francisco Fernández, (primer administrador laico en el local antiguo), desde febrero de 1822 hasta 1833, luego fue reemplazado por Don Francisco Riobó, quien permaneció un año, entregando la administración al mencionado Sr. Benito Fernández Maqueira.

Con fecha 25 de mayo de 1832 se creó en Valparaíso una Junta de Salud Pública (Primera Junta Local de Beneficencia) compuesta de 9 personas.

No quedaba otra solución que instalar el hospital en otra parte, en vista de las condiciones relatadas anteriormente y que se mantenían en el tiempo y empeoraban, en el sitio que según se ha dicho habría pertenecido al Marqués de la Pica. La instalación en este local, que es el actual, debe haberse efectuado entre 1833 y 1834, siendo Gobernador de Valparaíso Don Diego Portales. Así, Don Benito Fernández Maqueira fue el primer administrador en el nuevo hospital. El viejo hospital fue cerrado el 3 de agosto de 1832; A mediados de 1833 debe haberse efectuado el traslado; En octubre de 1834 aparecen las primeras estadísticas y a fines de éste año fue vendida la propiedad de la Quebrada de Elías o Calle San Juan de Dios en \$ 26.391.-

El Señor Fernández Maqueira demostró interés y actividad para mejorar el establecimiento. Edificó las primeras salas en 1835 y cercó de murallas el recinto del hospital, dictó reglamentos y se preocupó de procurar rentas al Establecimiento.

El 25 de Junio de 1907, ingresa al servicio del Hospital San Juan de Dios, el Señor Carlos Van Buren Vallejo, con el cargo de Sub-Administrador, posteriormente, en 1911 asume la Administración del Hospital, cargo que desempeña hasta el 12 de septiembre de 1921, fecha en que abandona la Administración por considerar que había cumplido con las metas que se había trazado.

Don Carlos Van Buren se destacó por el empuje que le dio al hospital, llenando de vigor y entusiasmo a su personal, siempre buscando lo mejor para la gente que junto a él se desenvolvía y para la comunidad que era atendida en el Hospital. Empezó muchas obras en las cuales también invertía dinero de su bolsillo, porque además lo caracterizaba su espíritu de filántropo.

Al momento de retirarse Don Carlos Van Buren de la Administración del Hospital, por los servicios que había prestado, fue nombrado Director Honorario del Hospital y miembro vitalicio de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso.

Después de hacer una brillante obra social a lo largo de toda su vida fallece el 25 de abril de 1929 a la edad de 61 años. Lamentablemente no alcanza a ver consumado otro de sus grandes anhelos, “La Escuela de Enfermería”, ubicada en la Subida El Litre, obra para la cual dejó en testamento los fondos para su construcción, como así también para la Clínica de Ojos que se entregó en el año 1944. Sus restos se encuentran en el Cementerio N° 2 de Valparaíso.

A propuesta de la Junta Beneficiaria, el Ministro de Bienestar Social, por Decreto N° 974 del 24 de abril de 1929, dispuso que el hospital se denominaría “Hospital Carlos Van Buren”.

Cabe destacar que un año antes (1928) se inician las funciones del Departamento de Servicio Social Profesional, el primero en la provincia, a cargo de la Asistente Social, Sra. Diana Rodríguez.

El Hospital ha sido afectado por varios terremotos, por lo que ha tenido que ser en varias oportunidades reconstruido y refaccionado. Además como la población aumenta día a día, también los centros hospitalarios han debido hacer lo propio, debido a esto es que el Hospital Carlos Van Buren ha visto la necesidad de modernizar sus instalaciones, creando nuevas secciones y levantando nuevos edificios.

En el año 1976 se entregó la Torre Quirúrgica, (aledaña al cerro), la que solucionó en parte las exigencias del momento y en los años 1980-1981 se construyó la Torre Médica, (hacia el mar), su inauguración fue un 15 de febrero de 1982.

Respecto a la tenencia del terreno el año 1981 se realiza la transferencia del dominio del inmueble, desde la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, en virtud de lo dispuesto en el D.F.L. 35 del 10 de Julio de 1980.

De acuerdo a los documentos de dominio, la transferencia de dominio del bien raíz, propiedad denominada “Hospital Carlos Van Buren”, antes Hospital San Juan de Dios, ubicado en la Calle Colón, de la ciudad de Valparaíso, tiene los siguientes deslindes:

- » NORTE: con Calle Colón y Hontaneda.
- » PONIENTE: con Calle San Ignacio y Calle Garibaldi.
- » SUR: con propiedad de don Delfín Tejo, J.B. Ahumada, Dolores Martín y J.B. viuda de Moreno.
- » ORIENTE: con Calle Hontaneda, ángulo formado por calle Hontaneda y Avenida del Litre y además, la misma Av. Del Litre que corre casi a una dirección Sur Oriente.

Adquirió dicho terreno, la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso, en parte por compra que hizo al Fisco, en conformidad a la ley del 6 de Diciembre de 1906, según consta en la Escritura del 12 de Febrero de 1912, inscrita a fojas 367, número 1184 del Registro de Propiedades de 1912.

La inscripción del Título de dominio a favor de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso rola fojas 1885, número 1868, del registro de Propiedades correspondiente al 6 de Septiembre de 1933, a cargo del Conservador de Bienes Raíces de Valparaíso.

La transferencia del dominio del terreno, de la Honorable Junta de Beneficencia de Valparaíso al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está inscrita en el Registro de Propiedad del Conservador de Bienes Raíces de Valparaíso, a fojas 5305 número 5943 del 3 de Julio de 1981.

Con el terremoto producido en marzo del año 1985, el Hospital Carlos Van Buren se vio enfrentado a auxiliar al Hospital Enrique Deformes, debido a que éste quedó en muy malas condiciones, razón por la cual se dictaminó su demolición durante los años 1987-1988.

A raíz de este cambio el Hospital Carlos Van Buren acogió la atención a la Especialidad Materno- Infantil, teniendo que reubicar sus servicio y trasladar otros hacía el Hospital Valparaíso (actual Eduardo Pereira).

En una nueva restructuración del HCVB el año 1990, se inauguran las nuevas dependencias del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) en funcionamiento hasta la fecha.

En la actualidad el Hospital Carlos Van Buren constituye ser un Hospital Base del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) de derivación Supraregional, referencia para la V Región en Neurocirugía y Oncología, específicamente Radioterapia, sumado a ello un Centro de Imágenes para todo el norte del país. Presta atención de Especialidad para las provincias de Valparaíso, en su efecto, Casablanca, El Tabo, El Quisco, Algarrobo, Juan Fernández, Cartagena, Hanga Roa y Santo Domingo.

### **1.3. POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN**

Objetivo General: “Desarrollar acciones de Salud orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la población asignada”.

#### **» Políticas Sociales en que se enmarca la institución:**

La Política Social en la que se encuadran los lineamientos de acción del funcionamiento del Hospital Carlos Van Buren, conciernen a la que dictó el Gobierno Supremo y contempla los siguientes aspectos:

- a)** El acceso es un derecho de todos los chilenos, que sólo se hará efectivo en la medida en que el Estado asume la responsabilidad en:
- Garantizar el acceso de toda la población a los Servicios de Salud que entreguen atención equitativa, eficiente y eficaz.
  - Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente.
- b)** Las acciones de salud deben ser guiadas por un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población, tomando en cuenta, los cambios que se producen en la composición de los grupos de edad y las enfermedades más frecuentes.
- c)** Los Servicios de Salud deben organizarse en torno a los conceptos de descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial.

En cuanto a la Estructura y Organización del Sistema los objetivos son:

1. Fácil acceso y oportuna atención de la población en los Centros de atención primaria.
2. En el marco de una carrera funcionaria, estabilidad laboral y formación permanente.
3. Coordinación con los Servicios de Salud Públicos, como con los de carácter privado.
4. Consolidación de los logros en salud, especialmente con relación a la mortalidad infantil y la atención de la madre embarazada.
5. Combatir los brotes epidémicos, en general las enfermedades causadas por la pobreza de los sectores urbanos y rurales.

#### **1.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

En las reuniones efectuadas por el Consejo Técnico Ampliado del Hospital Carlos Van Buren con fecha 30 de Octubre y 09 de Diciembre de 2009 se acordó y sancionó la nueva Estructura Organizacional de Centros de Responsabilidad a través de la cual se organiza el establecimiento hospitalario.

Esta nueva estructura nace a partir de:

- Los requerimientos de la Normativa de los Hospitales Autogestionados, en el marco de la Reforma Sanitaria;
- Los lineamientos del MINSAL en el Documento denominado Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, “Manual Administrativo N° 9”, en que consigna la estructura organizacional a través de centros de responsabilidad como un componente estratégico del nuevo modelo de atención integral de salud;
- La Norma General Técnica Administrativa N° 17, Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Establecimientos Auto gestionados en Red;
- La Norma General Administrativa N° 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada y las orientaciones expresadas por la Dirección de Servicio en el Plan Estratégico 2008 – 2010, en el cual se señala que los establecimientos que componen el Servicio de Salud y sus Centros de Responsabilidad constituyentes, deben trabajar como nodos interrelacionados;



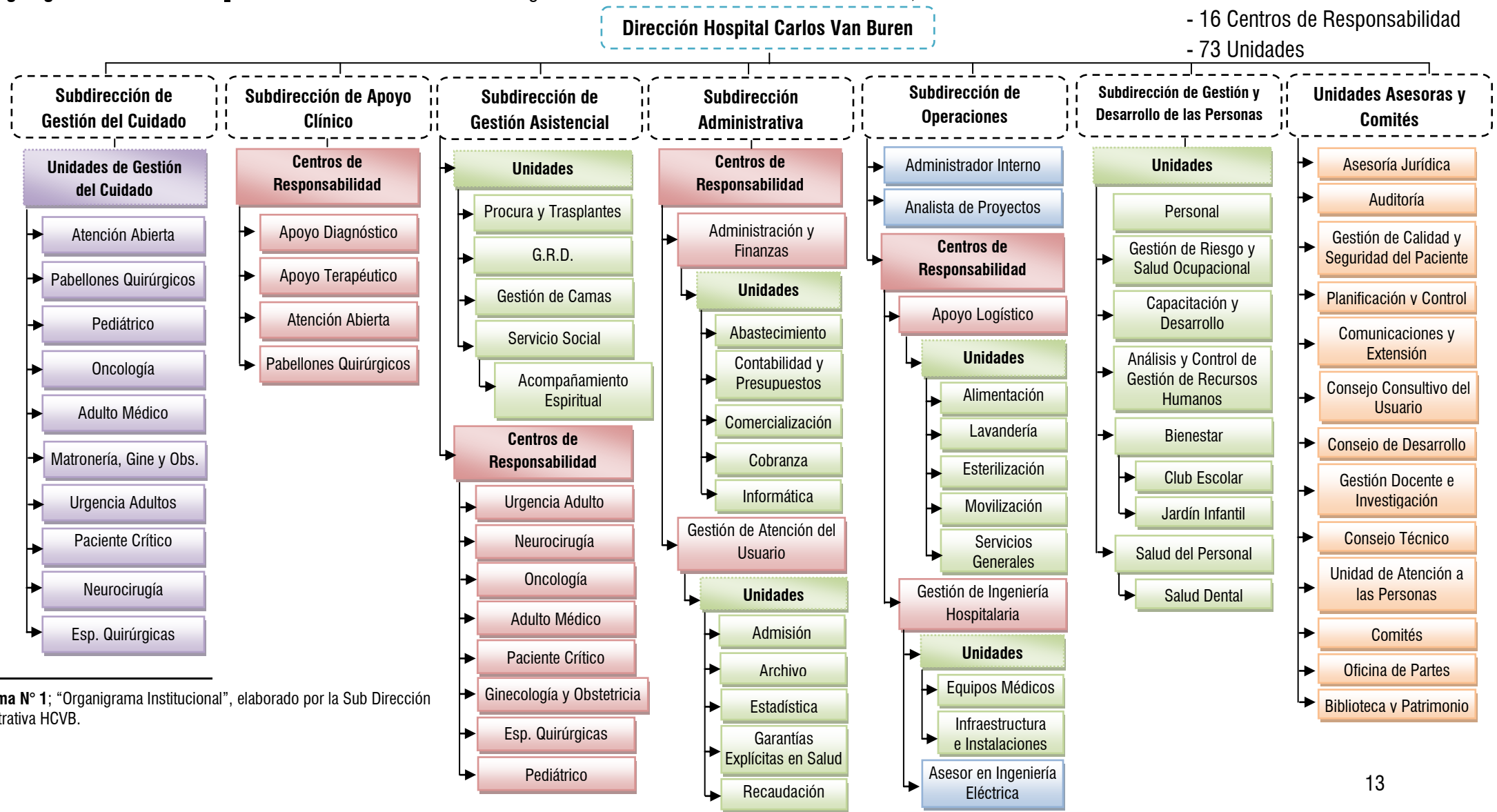
- Lo estipulado en la Ley N° 19.937, Modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana;
- El Reglamento orgánico de los Servicios de Salud Decreto N° 140 de 2004 en su Art. 46° letra c);
- El Decreto N° 38 que contiene el Reglamento orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red;
- Y el Manual Administrativo N° 9, el cual traduce la visión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Modelo de Gestión Hospitalaria y su rol en el cambio del Modelo de Atención a fin de enfrentar los desafíos de consolidación de la Reforma de Salud.

De esta forma, se presenta una propuesta el 12 de Diciembre 2008, la cual busca cumplir los requerimientos antes señalados y mejorar la funcionalidad actual que poseen las distintas unidades administrativas y servicios clínicos.

**1.5. Organigrama Institucional<sup>7</sup>:** De acuerdo a la nueva estructura organizacional decretada en Diciembre de 2009, se señala su conformación: - 6 Subdirecciones.

- 16 Centros de Responsabilidad

- 73 Unidades



<sup>7</sup>Diagrama N° 1; "Organigrama Institucional", elaborado por la Sub Dirección Administrativa HCVB.

## 1.6. Recursos Humanos<sup>8</sup>.

Según la Cuenta Pública, el Hospital Carlos Van Buren cuenta con una dotación de recursos humanos, que se describe a continuación:

<b>Estamento Ley 18.834.</b>	<b>Cantidad.</b>
Asistente Social	12
Nutricionistas	13
Enfermeras	198
Kinesiólogos	16
Matronas	53
Psicólogos	7
Tecnólogo Médico	52
Educadora de Párvulos	4
Terapeuta Ocupacional	2
Choferes	19
Técnicos	3
Auxiliar	242
Administrativos	195
Programadores de computadores	2
Técnicos Paramédicos	534
Técnicos de Nivel Superior en Enfermería	193
Profesionales Universitarios	35
Fonoaudiólogos	4
Directivos	13
<b>TOTAL</b>	<b>1.597</b>
<b>Estamento Ley Médica.</b>	<b>Cantidad.</b>
Bioquímicos	3
C. Destinación	1
Directivos	6
Farmacéuticos	11
Médicos	309
Odontólogos	12
<b>TOTAL</b>	<b>342</b>

**Cuadro N° 2:** Recursos Humanos Institución.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> CARVALLO, Rolando: Departamento de Planificación y Control Hospital Carlos Van Buren. 11 de mayo de 2012.

<sup>9</sup> Cuadro N° 2: Recursos Humanos de la Institución. Elaboración Propia

## 2. ESTRUCTURA POLÍTICA Y ORGANIZACIÓN SECTOR SALUD.

### 2.1. Reforma Sanitaria

A partir del año 2000 se establece la Comisión de Estudios de la Reforma, la cual en mayo de 2002 presenta a discusión parlamentaria un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, declarando apuntar principalmente a:

- Mejorar la calidad de salud de la población, prolongando los años de vida de las personas.
- Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud.
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

Asimismo, los objetivos están dirigidos a reducir los tiempos de atención, ampliando la red de establecimientos de salud y eliminando los impedimentos económicos para que las personas puedan someterse a tratamientos médicos complejos. Este beneficio va dirigido tanto a los usuarios del sistema público de salud (FONASA) como a los afiliados al sistema privado, expresado en las ISAPRE.

**2.1.1. Ámbitos de la Reforma Sanitaria:** A continuación se describen los cinco proyectos de ley promulgados.

1. **Derechos y Deberes del(a) Paciente:** Desde el día 02 de Octubre de 2012, entra en vigencia la Ley N° 20.584 de Deberes y Derechos de los pacientes, la cual estuvo en tramitación legislativa por más de 11 años, la que desde ahora regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega. La persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente. El desarrollo de éstos Deberes y Derechos se encuentran a continuación detallados:



### a. Derechos de los Pacientes:

- **A una atención segura y de calidad.** Esto significa que cuando se le brinde una atención de salud se cumpla con las normas y protocolos establecidos, es decir, que no se le opere de manera equívoca o se le suministre un medicamento que no corresponde. Eso incluye además que se le informe en caso que ocurra un evento adverso, así como también de si en el establecimiento se registra algún tipo de infección intrahospitalaria o hay errores en la atención. También significa que el médico o funcionario que lo atiende se identifique o tenga una credencial con su nombre y cargo.
- **A recibir información oportuna y comprensible de su enfermedad,** así como también de las alternativas de tratamiento que dispone para su patología y los riesgos que puede enfrentar. También de los resultados de sus exámenes o de los trámites que debe realizar para acceder a una atención de salud.
- **A recibir un trato digno, una atención respetuosa y amable.** Es decir, que el paciente sea llamado por su nombre, que le respondan adecuadamente cuando pregunte.
- **A que se le respete y proteja su privacidad durante su atención de salud,** es decir, que no puede ser fotografiado ni grabado con fines de difusión, sin su autorización.
- **Compañía y asistencia espiritual,** se le debe permitir al paciente recibir visitas de familiares o amigos durante su hospitalización o compañía y asistencia religiosa o espiritual, si lo desea.
- **Recibir un informe médico** que contenga todos los procedimientos aplicados mientras estuvo hospitalizado. Eso incluye: el diagnóstico, quién los atendió, los exámenes que le realizaron, qué medicamentos se le suministró, el tiempo que permaneció internado en el hospital o clínica.
- Que se le entregue **un informe que incluya los precios de las prestaciones** que recibió, además de los insumos, medicamentos, honorarios médicos, exámenes, derechos de pabellón, día-cama, información que debe ser dada a conocer antes del pago.
- **Ficha Clínica,** se establece el resguardo de la ficha clínica y los datos médicos los cuales no pueden ser entregados a personas no relacionadas con la atención del paciente.
- **Aceptar o rechazar un tratamiento,** una cirugía, o cualquier otro procedimiento médico. Esto tanto en el caso que la persona esté sana o en una condición terminal. No obstante, en ningún caso el rechazo podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte o un suicidio asistido. Además se incluye el derecho a que se respete su decisión de querer o no informar a sus familiares sobre su estado de salud.

- **Alta voluntaria**, en el caso que la persona exprese su deseo de no ser tratada podrá solicitar el alta médica voluntaria.
- **Investigación Científica**, aceptar o rechazar ser parte de una investigación científica. En este caso la persona debe autorizarlo por escrito.
- **Interculturalidad**, en los centros de salud públicos, que tienen alta concentración de población indígena, se establece que deberán contar con facilitadores y/o señalética escrita con el idioma del pueblo originario.
- **Personas con discapacidad psíquica o intelectual**, en el caso de empleo de medidas de aislamiento o contención deberá consignarse en la ficha clínica y se establece instancias de reclamos para revisión de las medidas adoptadas, entre otros.

**b. Deberes de los pacientes:**

- **Entregar información veraz** acerca de su enfermedad, identidad y dirección.
- **Conocer y cumplir el reglamento interno** del establecimiento de salud y resguardar su información médica.
- **Cuidar las instalaciones y equipamiento** del recinto de salud. En caso de ocasionar daños se deberá responder según las reglas generales.
- **Tratar respetuosamente al personal del recinto**. Sea profesionales de la salud, técnicos o administrativos. Lo mismo rige para los familiares del paciente o sus representantes.
- **Informarse acerca de los horarios de funcionamiento**, de las modalidades de atención y formas de pago.
- **Informarse acerca de los procedimientos de reclamos** y consultas establecidos.

El cumplimiento de la ley respecto de las personas que vean vulnerados sus derechos podrán reclamar en primera instancia al prestador de salud. En caso que la respuesta no sea satisfactoria, el usuario podrá recurrir a la Superintendencia de Salud, organismo que será el encargado por velar por el cumplimiento de esta ley. En caso que las irregularidades que se detecten no sean corregidas por los prestadores de salud en los plazos fijados por la autoridad, serán sancionados.

- **Carta de Derechos y Deberes:** La ley establece que los prestadores de salud institucionales tanto públicos como privados deberán colocar en los establecimientos una “Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes” en donde se especifiquen cada uno de los aspectos señalados.

2. **Financiamiento:** Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) conocido originalmente como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas).
3. **Instituciones de Salud Previsional<sup>10</sup>:** El objetivo es proteger al afiliado de una ISAPRE, en diversos aspectos. Se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes.
4. **Régimen de Garantías Explícitas en Salud<sup>11</sup>:** El objetivo del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en FONASA o ISAPRE, quienes tienen la obligación de administrarlo según las condiciones establecidas por la ley.

Son beneficiarios todos los cotizantes e indigentes, chilenos y extranjeros residentes en el territorio Nacional, independientemente de la calidad provisional, edad, género, ingreso, etnia u orientación sexual. Quedan excluidos los afiliados a regímenes previsionales de cajas de las fuerzas armadas y de orden.

**2.1.2. Prestaciones GES:** Con respecto a las patologías cubiertas por sistema de Garantías Explícitas en Salud, **se contemplan 69 actualmente.**

1	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	26	Cáncer Gástrico
2	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	27	Desprendimiento de Retina Regmátógeno no Traumático
3	Cáncer Cerivocuterino	28	Estrabismo en Menores de 9 años
4	Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	29	Órtesis o Ayudas Técnicas para Personas de 65 años y más.
5	Infarto Agudo al Miocardio	30	Retinopatía Diabética
6	Diabetes Mellitus Tipo 1	31	Hemofilia
7	Diabetes Mellitus Tipo 2	32	Depresión en Personas de 15 años y más
8	Cáncer de mama en Personas de 15 años y más	33	Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y más
9	Disrrafias Espinales	34	Urgencia Odontológica Ambulatoria
10	Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en Menores de 25 años	35	Vicios de Refracción en Personas de 65 años y más
11	Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	36	Leucemia en personas de 15 años o más
12	Endoprótesis total de Cadera en	37	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de

<sup>10</sup>Este proyecto se convirtió en ley el 17 de mayo de 2005 (Ley N° 20.015).

<sup>11</sup>GES previamente conocido como, Plan AUGE se convirtió en ley el 3 de Septiembre de 2004 (Ley N° 19.966). Y comenzó a regir el 1 de Julio de 2005 con 25 patologías consideradas. Actualmente dichas patologías han aumentado a 69.



	Personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa.		Vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.
13	Fisura Labiopalatina	38	Politraumatizado Grave
14	Cáncer en Menores de 15 años	39	Salud Oral Integral del Adulto de 60 años.
15	Esquizofrenia	40	Trauma Ocular Grave
16	Cáncer de Testículo en Personas de 15 años y más	41	Tratamiento Quirúrgico de Hiperplasia Benigna de la Próstata en Personas Sintomáticas.
17	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA	42	Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en personas menores de 20 años.
18	Infección Respiratoria Aguda, (IRA) Baja, de manejo ambulatorio en menores de 5 años	43	Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico Moderado o Grave.
19	Neumonía adquirida en la Comunidad, de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	44	Tratamiento Quirúrgico de Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más.
20	Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más	45	Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de Audífono.
21	Epilepsia no Refractaria en personas desde 1 año y Menores de 15 años	46	Hemorragia Subaracnoidea Secundaria o Ruptura de Aneurismas Cerebrales
22	Salud Oral Integral para niños de 6 años	47	Fibrosis Quística
23	Prevención del Parto Prematuro	48	Analgesia del Parto
24	Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso	49	Tratamiento Médico en Personas de 55 años y más con artrosis de Cadera y/o Rodilla Leve o Moderada
25	Linfomas en Personas de 15 años y mas	50	Artritis Idiopática Juvenil
51	Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 25 años y más.	60	Gran Quemado
52	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio	61	Retinopatía del Prematuro
53	Asma Bronquial Moderada y Severa en Menores de 15 años	62	Displasia Broncopulmonar del Prematuro
54	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido	63	Asma Bronquial en personas de 15 años y más.
55	Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar.	64	Enfermedad de Parkinson
56	Artritis Reumatoide en personas de 15 años o más	65	Displasia Luxante de Caderas
57	Prevención Secundaria de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal	66	Salud Oral Integral de la Embarazada
58	Epilepsia no Refractaria en Personas de 15 años y más	67	Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente
59	Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	68	Hepatitis B
<b>Cuadro N° 3:</b> Prestaciones ofrecidas por G.E.S. <sup>12</sup>		69	Hepatitis C

<sup>12</sup>Cuadro N° 3: Prestaciones ofrecidas por G.E.S. Elaboración Propia.



De las 69 afecciones incorporadas en el Régimen de Garantías en Salud (GES), **el Hospital Carlos Van Buren da cobertura a 61 de ellas**, siendo las restantes responsabilidad de la atención primaria de salud. Esto significa que los pacientes con sospecha de uno de estos problemas debe ser Confirmado o Descartado en este nivel y los profesionales que se desempeñan en la Atención Primaria deben prescribir el tratamiento y realizar las derivaciones al nivel secundario según necesidad.

**2.1.3. Red Asistencial:** La red constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden vincularse.

La red asistencial en salud, se define como conjunto de organizaciones vinculadas en el proceso salud-enfermedad, que actúan en un territorio de un servicio de salud. Es importante mencionar que la atención en salud y las prestaciones otorgadas, se realizan en los diferentes niveles de atención, los cuales son:

- **NIVEL PRIMARIO:** Corresponden a las prestaciones entregadas en los Consultorios, Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios (CECOF) o Postas Rurales, donde se brinda atención médica general, manejo de enfermedades crónicas, con focalización en promoción y prevención en salud de la población. Está ubicada en un territorio específico, depende administrativamente de las Corporaciones Municipales de Salud y técnicamente del Ministerio de Salud.
- **NIVEL SECUNDARIO:** Es el nivel de especialidades médicas, funciona en los consultorios adosados a los hospitales. En estos establecimientos se recepciona a los usuarios enviados con el respaldo de la **INTERCONSULTA** desde la atención primaria de salud (APS), para controles de usuarios que estuvieron hospitalizados, los usuarios derivados desde las Unidades de Emergencia del recinto hospitalario y los derivados desde otros hospitales de la red Regional o Supraregional por la especificidad de la atención requerida.
- **NIVEL TERCIARIO:** Se refiere a la atención que se realiza a los usuarios hospitalizados en el recinto hospitalario, dichas hospitalizaciones pueden ser electivas o de urgencia. A su vez, los hospitales pueden ser clasificados como de Mayor Complejidad, Mediana y Baja Complejidad. El Hospital Carlos Van Buren es considerado un hospital de Mayor Complejidad.

#### **2.1.4. Autoridad Sanitaria.**

Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal por metas alcanzadas. Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los SEREMIS y los Servicios de Salud, crea los llamados "Hospitales de Autogestión en Red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive)<sup>13</sup>.

#### **2.1.5. Modelo de Autogestión en Red<sup>14</sup>.**

Los Establecimientos Autogestionados en Red, de acuerdo al marco legal, tienen facultades y atribuciones en los ámbitos administrativo, financiero, de gestión de recursos humanos y de celebración de convenios, entre otros, su objetivo es optimizar su funcionamiento, organizando de mejor manera los recursos disponibles para dar respuestas rápidas y efectivas, en un entorno de mayores demandas y exigencias, con mayores niveles de conocimiento e información de la población usuaria<sup>15</sup>. Todo esto en el marco de las definiciones del gestor de red, que aprueba una determinada cartera de servicios y programación de actividades.

#### **2.1.6. Establecimientos de Autogestión en Red (EAR)<sup>16</sup>.**

Los establecimientos que obtengan la calidad de "EAR" serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. No obstante, las atribuciones con las que cuentan corresponderán solo en cuanto a los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus propios fines y, conforme a su nivel de complejidad, deberán ejecutar las acciones de salud que corresponden a los Servicios de acuerdo a la ley.

Podrán obtener la calidad de "EAR" aquellos centros de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica; referido a aquellos establecimientos que se encuentren clasificados como de alta complejidad, un mayor desarrollo de especialidades;

---

<sup>13</sup> Biblioteca del Congreso Nacional. Se convirtió en ley el 24 de febrero de 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, N° 19.937), con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

<sup>14</sup>La "Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión", N° 19.937<sup>14</sup>, y su Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, aprobado mediante Decreto Supremo N° 38 de 2005, de los Ministerios de Salud y Hacienda, establecen los requisitos y procedimientos que deben cumplir los Establecimientos Autogestionados en Red. Promulgada el año 2004

<sup>15</sup>Informe de la Comisión de Salud, Boletín n° 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008.

<sup>16</sup>Capítulo II "De los Establecimientos de Autogestión en Red", D.S. N° 38, Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, 2005.

entendido por aquellos establecimientos que de acuerdo a su complejidad técnica cuenten con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, y posean varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras, que cuenten con una organización administrativa; la cual corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostiene la gestión asistencial, y que incluye unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se dispongan de acuerdo al plan estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.

### 2.1.7. Hospital Carlos Van Buren Autogestionado<sup>17</sup>.

El Hospital “Carlos Van Buren”, a contar del 1º de Febrero del 2010, posee la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red, condición establecida por el Subsecretario de Redes Asistenciales tras los resultados del Informe realizado por el Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud.

El Informe de Auditoría fue realizado del 20 al 25 de Septiembre de 2009, el cual evaluó el cumplimiento de los requisitos técnicos exigidos para que el Hospital adquiriera la calidad de Establecimiento Autogestionado en Red. El equipo de Auditores asignados aplicó el “Instrumento Técnico de Certificación de cumplimientos de requisitos para la obtención de la calidad de EAR”, el que considera todas las materias que la ley ha establecido para la obtención de la calidad EAR, organizada en los siguientes acápite:

Aspectos Formales	Planificación
Gestión y Desarrollo de los Recursos Humanos	Gestión Financiera
Gestión de la Red Asistencial	Metas de Desempeño
Consejos Asesores	Sistemas de Información
Cuenta Pública de Resultados	Gestión de la Información de los Usuarios
Auditoría Interna	Organización Interna

<sup>17</sup>INOSTROZA, M; NARBONA, M. “Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de Procedimientos de Coordinación de los Niveles Primario, Secundario y Terciario de Salud de la Comuna de Valparaíso, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con Componente Psicosocial”, Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2011.

### 3. BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

**3.1. Beneficiarios Institucionales:** Según la Ley 18.469, existen cuatro categorías que clasifican a los diferentes tipos de beneficiarios y a las Prestaciones de Salud que otorga el Hospital como Institución, clasificados por el FONASA. Estas son:

» **FONASA Tramo A:** Para personas carentes de recursos o indigentes, para aquellas que se encuentren recibiendo pensiones asistenciales y/o subsidios familiares, aquellas cesantes, la mujer embarazada hasta el sexto mes, los niños hasta los 6 años de edad y los menores internos en establecimiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME), los cuales obtienen atención gratuita en el Servicio Nacional de Salud (bonificación del 100%).

» **FONASA Tramo B:** Para aquellas personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$193.000, a excepción de la atención dental. La atención es gratuita con bonificación del 100%.

» **FONASA Tramo C:** Para aquellas personas cuyo ingreso imponible mensual sea mayor a \$193.001 y menor o igual a \$281.780. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasarán a Grupo B automáticamente. Cuentan con una bonificación del 90% de la atención.

» **FONASA Tramo D:** Para aquellas personas que tienen un ingreso imponible mensual mayor a \$281.781. Aquellas con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C, la bonificación es de un 80% en la atención.

**3.2. Convenio Refugiados:** Acuerdo realizado entre el Ministerio del Interior y FONASA, para otorgar protección en salud a todos aquellos extranjeros que hayan solicitado en el Ministerio del Interior (Depto. de Extranjería), su calificación como Refugiados. Para esto, deben tener su resolución en trámite o ya contar con la calidad de Refugiados.

El beneficiario, permanecerá como tal en FONASA mientras dure la validez de la calidad de solicitante de Refugio y se encuentre vigente su calidad de Refugiado, fecha informada por el Departamento de Extranjería.

**3.3. Convenios Internacionales:** En el marco de las políticas gubernamentales y de Seguridad Social, como es de proteger a los ciudadanos en paso temporal o permanente en nuestro país, algunos países europeos y latinoamericanos han acordado establecer convenios recíprocos de previsión social, con el objeto de facilitar el acceso de sus ciudadanos a prestaciones y beneficios de salud.

Chile ha celebrado distintos convenios con países de Europa y América Latina, siendo FONASA la institución de enlace para estas materias. Producto de la celebración de estos convenios internacionales, surgen dos situaciones que deben ser acreditadas como siguen, según sea el caso:

- Ciudadano español, debe presentar un "Certificado de Estancia en Chile", ya sea temporal o habitual (ECH-09 ó ECH-11) otorgado por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Seguridad Social de la ciudad en que reside el ciudadano, donde consten todos los datos de la persona y de su grupo familiar y el período de estadía, dato que dará vigencia a la Credencial. En el caso de estadía habitual o indefinida, la vigencia será de 2 años, renovable.
- Otros extranjeros con convenio, estas personas deben cotizar para tener derecho a la credencial de salud, para lo cual deben presentar el formulario Autorización a Cotizar para prestación de salud en Chile a Titular de Pensión otorgada en el Extranjero, donde conste la visación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social y el cálculo del monto del 7% que deberá cotizar mensualmente. La credencial de salud en este caso tendrá una vigencia de 1 año, siempre que se cotice regularmente.

En general a todos los extranjeros a los que se le otorgue credencial de salud serán clasificados en el Tramo D, por lo cual tendrán acceso a adquirir órdenes de atención y programas médicos, previa presentación de la credencial y copago respectivo, cuando acceden a la Modalidad libre Elección o presentar su credencial cuando soliciten atención en consultorios u hospitales del sistema nacional de servicios de salud.

#### **3.4. PRAIS** (Programa de Reparación y Atención Integral en Salud):

Es la respuesta del sector de salud al compromiso asumido por el Estado y los gobiernos democráticos con las víctimas de la represión, en el periodo entre 1973-1990.

PRAIS está orientado a la atención integral de la salud general a lo largo de todo ciclo vital, por lo tanto, de las personas ingresadas al programa tienen derecho a la gratuidad de las prestaciones, en todos los niveles del Servicio Público.

Los beneficios de la credencial PRAIS:

- Acceso gratuito a todas las prestaciones de salud disponibles en todos los establecimientos de la red pública de salud.
- Atención especializada realizada por los equipos PRAIS para el tratamiento de las secuelas en la salud mental para los afectados de la represión política.
- Apoyos técnicos y rehabilitación física para la superación de las lesiones físicas surgidas a consecuencia de la prisión política o la tortura.

Los beneficiarios del PRAIS: Las personas y familiares que fueron sometidas a cualquiera de estos eventos depresivos:

- Detención con desaparición.
- Ejecución política.
- Tortura.
- Prisión política.
- Exilio.
- Relegación.
- Clandestinidad.
- Exoneración por causa política.

La calidad de beneficiario del PRAIS se sustenta en las distintas leyes de reparación vigentes y es acreditada por los profesionales del programa, basándose en la norma técnica “Para la atención en Salud en Personas Afectadas por la Represión Política” del Ministerio de Salud.

La condición de beneficiario del Programa de Reparación y Atención Integral el Salud (PRAIS), en la modalidad de atención institucional, es compatible y prima sobre cualquier otra afiliación, sea esta FONASA, ISAPRE u otro sistema provisional. En la actualidad existen 29 equipos PRAIS distribuidas en todos los Servicios de Salud del país, estos equipos dependen directamente de la directiva de los Servicios de salud. Se denomina equipo PRAIS al equipo multidisciplinario donde podemos encontrar profesionales psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras y médicos generales, entre otros.

#### **Derecho de los Usuarios en PRAIS:**

- » Como usuarios del sistema público de salud, los beneficiarios de este programa adquieren los derechos establecidos equivalentes para todos los beneficiarios de FONASA.
- » Podrán participar en los consejos que la autoridad sanitaria crea tanto en los establecimientos como a nivel de la red y secretaria regional.
- » A partir de la constitución de sus organizaciones podrán cooperar con el equipo PRAIS en la difusión del programa y en la promoción del resto de los derechos humanos.

**3.5. Beneficiarios Convencionales:** Corresponde a aquellos beneficios que el afiliado al sistema privado de salud, pacta libremente contemplando la más amplia gama de prestaciones de salud, como atenciones ambulatorias, hospitalizaciones, exámenes de diagnóstico, imagenología, traslados de ambulancia, prótesis, lentes ópticos, medicamentos e insumos durante la hospitalización y prestaciones dentales. Estas instituciones son:

- DIPRECA: Dirección de previsión de carabineros de Chile.
- CAPREDENA: Caja de previsión de la defensa nacional.
- FF.CC: Ferrocarriles de Chile.
- Algunas ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.

**3.6. Ley 20.285 Sobre “Acceso a la Información Pública”<sup>18</sup>:** Esta Ley obliga a las autoridades y funcionarios de la Administración del Estado a dar estricto cumplimiento al principio de transparencia de la función pública, de modo que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y decisiones que se adopten en ejercicio de ella. Dicho principio consiste en respetar y cautelar la publicidad de los actos, resoluciones, procedimientos y documentos de la Administración, así como la de la información que le dio fundamento, y facilitar el acceso de cualquier persona a esa información. Así, se definen como públicos los actos y resoluciones de los órganos de la Administración del Estado, sus fundamentos, los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial y los procedimientos que se utilicen para su dictación, salvo las excepciones que establece la ley y las previstas en leyes de quórum calificado.

Asimismo, es pública la información elaborada con presupuesto público y toda otra información que obre en poder de los órganos de la Administración, cualquiera sea su formato, soporte, fecha de creación, origen, clasificación o procesamiento, salvo las excepciones que establece la ley y las previstas en leyes de quórum calificado (leyes que por su materia, de acuerdo a la Constitución, necesitan un quórum de mayoría de diputados y senadores en ejercicio para su aprobación, modificación y derogación).

---

<sup>18</sup>La Ley sobre Acceso a la Información Pública N° 20.285 o Ley de Transparencia regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Publicación en Diario Oficial 13.04.2009, Santiago de Chile.

La Ley se cimenta sobre tres ejes relevantes:

- ✓ Define la información que los servicios y organismos públicos deben mantener publicada de manera permanente en sus sitios web, conocida como transparencia activa.
- ✓ Establece el procedimiento para solicitar y acceder a información incluyendo, un régimen de sanciones para quienes incumplan, lo que se conoce como gestión de solicitudes o transparencia pasiva.
- ✓ Y crea una nueva institucionalidad sobre la materia, constituyendo el Consejo para la Transparencia, organismo autónomo con facultad de fiscalizar la aplicación de la ley, proponer normas generales sobre la materia y aplicar sanciones.

En lo referido a su ámbito de acción, esta Ley es aplicable íntegramente a Ministerios, Intendencias, Gobernaciones, Gobiernos Regionales, Municipios, Fuerzas Armadas, Carabineros, Investigaciones, Órganos y Servicios Públicos.

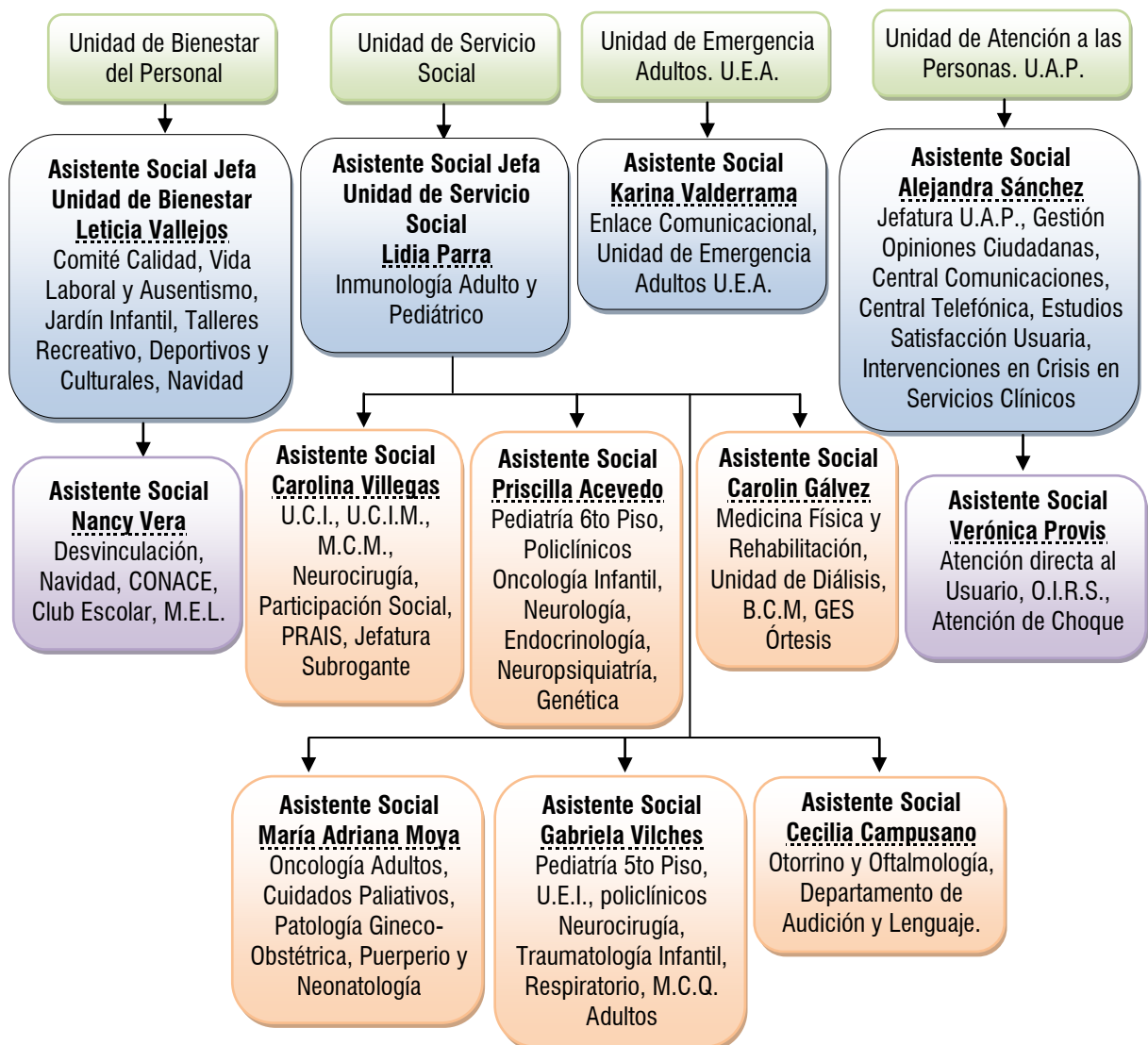
En virtud de la entrada en vigencia de la Ley 20.285, de Transparencia y Probidad de la Gestión Pública, se hizo necesario dentro del Hospital Carlos Van Buren avanzar en la mejora de los procesos de Provisión y Acceso a la Información de sus usuarios, la que entra en vigencia desde el día Lunes 20 de Abril de 2009. Dentro de este contexto, y con el objetivo de canalizar y conocer en forma oportuna los requerimientos de información, se ha establecido, que las solicitudes que se realicen en este ámbito ingresen y se canalicen, a través de la Unidad de Atención a las Personas, y que corresponde a la estructura preparada y especializada para gestionar y canalizar estos requerimientos de acceso a la información.



#### 4. TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCION

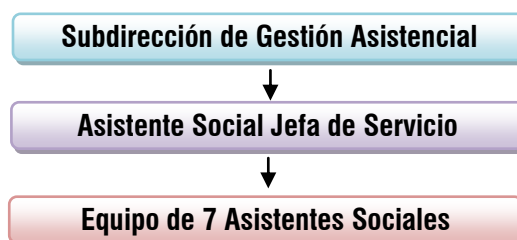
El Trabajo Social es una profesión que se encuentra posicionada y distribuida en un variado ámbito al interior de la organización, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y contribuir a la gestión hospitalaria, promoviendo el desarrollo de potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, ya sea se trate de usuarios externos como internos (funcionarios). Destaca el hecho que dos de las Unidades donde está presente la profesión, están lideradas y conformadas exclusivamente por Asistentes Sociales. Estas profesionales que encuentran distribuidas en Unidad de Bienestar del Personal, Unidad de Atención de las Personas, Unidad de Emergencia Adultos y Unidad de Servicio Social. Por la naturaleza y objetivos de las diversas Unidades donde está presente la Asistente Social, funcionan separadamente, dependiendo de diversas jefaturas.

##### 4.1. Asistentes Sociales Hospital Carlos Van Buren<sup>19</sup>



<sup>19</sup>Diagrama N°2: Asistentes Sociales del Hospital Carlos Van Buren. FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A.; Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010. Antecedentes Actualizados a Primer Semestre 2012, Confeción Equipo Seminarista.

## 4.2. Unidad de Servicio Social<sup>20</sup>



**Misión:** “Otorgar atención social de excelencia a los usuarios de atención cerrada y abierta del Hospital Carlos Van Buren, contribuyendo a la eficiencia de la gestión hospitalaria, en el marco de la legislación y normativa vigente”.

### 4.2.1. Objetivos de la Unidad de Servicio Social

1. Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios, contribuyendo al abordaje integral de los problemas de salud con énfasis en la calidad.
2. Educar y orientar a los usuarios de atención abierta y cerrada, así como a los equipos de salud del establecimiento hospitalario, respecto a derechos asociados a la seguridad social y los recursos disponibles en la red de salud, comunitaria y de políticas sociales.
3. Asesorar al equipo de salud del establecimiento hospitalario respecto del manejo de situaciones judiciales vinculadas a los usuarios de atención abierta y cerrada.
4. Colaborar con la gestión hospitalaria en la administración de programas y proyectos complementarios de mejoramiento de la atención de salud secundaria y terciaria.
5. Colaborar con la gestión docente asistencial del establecimiento hospitalario.

### 4.2.2. Funciones de la Unidad de Servicio Social

- » Realizar investigación, diagnóstico y tratamiento social a usuarios de atención abierta y cerrada de todos los grupos etarios en situación de riesgo social y vulneración de derechos, de acuerdo a requerimiento de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.

<sup>20</sup>**Diagrama N° 3:** Dependencia Administrativa Unidad de Servicio Social. FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A., Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

- » Representar al establecimiento hospitalario y a los equipos de salud del mismo en instancias judiciales por comisión de delitos o vulneración de derechos vinculadas a los usuarios de atención abierta o cerrada.
- » Otorgar atención social a usuarios de atención abierta y cerrada, según corresponda, por demanda espontánea o derivación de los equipos de salud del establecimiento hospitalario.
- » Efectuar acciones de coordinación con la red de salud, comunitaria y de políticas sociales para la orientación y derivación de usuarios.
- » Mantener una retroalimentación y coordinación permanente con los equipos de salud del establecimiento hospitalario a través de la realización de entrevistas, reuniones, informes sociales y registros en ficha clínica correspondiente.
- » Asesorar a organizaciones y grupos de usuarios en torno a adherencia a tratamientos y participación social en salud.
- » Administrar y monitorear Programas de Colocaciones Extrahospitalarias, GES (Órtesis y Audífonos) y Oxigenoterapia Domiciliaria.
- » Participar activamente de iniciativas de mejoramiento de la gestión hospitalaria y trato al usuario tales como comités, comisiones y capacitación a funcionarios.
- » Mediar en la vinculación médico – paciente con usuarios de atención abierta y cerrada altamente demandantes con necesidades específicas.
- » Supervisar Práctica Profesionales de Estudiantes de Pregrado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, realizadas al interior de la Unidad.
- » Otras funciones que el Subdirector de Gestión Asistencial del establecimiento hospitalario encomiende en materias de competencia de la Unidad.
- » **Ubicación:** La Unidad está ubicada en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), en el sector J.
- » **Dependencia:** La Unidad de Servicio Social depende de la Subdirección de Gestión Asistencial, actualmente ejercida por el Dr. Leonardo Díaz, médico nefrólogo.
- » **Dotación:** La Unidad de Servicio Social está conformada por un equipo de 7 Asistentes Sociales y un administrativo, matriz a continuación desarrollada.



**4.2.3. Distribución por Áreas de Hospitalización y Áreas Temáticas<sup>21</sup>:** La Unidad de Servicio Social atiende a usuarios activos del Consultorio de Especialidades y Hospitalizados.

<b>Asistente Social</b>	<b>Áreas de Servicio</b>
<b>Jefatura Unidad Srta. Lidia Parra (Anexo 324377)</b>	Policlínico de Inmunología
	Jefatura Unidad de Servicio Social
<b>Sra. Cecilia Campusano (Anexo 324622)</b>	Otorrino y Lenguaje (2do Piso Edificio Otorrino) Oftalmología
	Coordinación Dpto. Audición y Lenguaje
<b>Srta. Carolina Villegas (Anexo 324379)</b>	Mediana Complejidad Médica
	Neurocirugía Adultos
	U.C.I. – U.C.I.M. – U.P.C. (4to Piso Torre Quirúrgica)
	Encargada Participación Social Facilitadora P.R.A.I.S.
<b>Srta. Carolin Gálvez (Anexo 324336)</b>	Baja Complejidad Médica y Unidad Renal (7mo Piso Torre Médica)
	Medicina Física y Rehabilitación
	Diálisis
	Ayudas Técnicas G.E.S. (65 años y más)
<b>Srta. Priscilla Acevedo (Anexo 324335)</b>	Oncología Infantil
	Neurología Infantil
	Lactancia, U.C.I., 2da Infancia
	Policlínico Infantil: Salud Mental (Psicología y Psiquiatría), Diabetes Tipo I, Endocrinología, Neurología, Hemato - Oncología
<b>Srta. Gabriela Vilches (Anexo 324388)</b>	Mediana Complejidad Quirúrgica (5to Piso Torre Quirúrgica)
	Neurocirugía Infantil, Cirugía Infantil y Traumatología Infantil (5to Piso Torre Médica)
	Unidad de Emergencia Infantil, C.A.E. Adultos
	Policlínico Infantil: Respiratorio, Cirugía, Traumatología, Neurocirugía, Nefrología, Cardiología, Nutrición, Infectología.
<b>Srta. María Adriana Moya (Anexo 324227)</b>	Oncología
	Alivio del Dolor
	Área Ginecología, Maternidad y Neonatología

**Cuadro N°4:** Distribución por Áreas de Hospitalización y Áreas Temáticas.

<sup>21</sup>Unidad de Servicio Social, Asistente Social Srta. Carolin Gálvez hace entrega de las áreas de servicio definidas para el año 2012. Elaboración Propia

### **Otras Temas de Responsabilidad del Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren.**

- » Devolución de Pasajes, **solamente los contemplados en el Normativo.**
- » Orientación para la regularización de previsión de salud.
- » Orientación previsional para pensiones.
- » Intervención en usuarios hospitalizados NN
- » Orientación para sepultación
- » Orientación en problemáticas de familia.

### **4.3. Unidad de Acompañamiento Espiritual**

Es la Unidad que gestiona y facilita el otorgamiento de Asistencia Religiosa y Espiritual a los Pacientes Hospitalizados o de Atención Cerrada, sus Familiares y Funcionarios que lo requieran, de acuerdo al Normativo Interno de Funcionamiento en el Hospital Carlos Van Buren.”

- Acompañamiento Espiritual<sup>22</sup>: En concordancia con el enfoque de salud integral entregado por la definición de la OPS, la cual ha definido la salud como “el completo bienestar físico, mental, social, y espiritual”, el Ministerio de salud, en el marco del proceso de la Reforma a la salud, ha visto la necesidad de crear en los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Red Pública, Unidades de Acompañamiento Espiritual con el objeto de coordinar las actividades de acompañamiento espiritual que se realicen en ellos y que involucren a usuarios, sus familias, funcionarios y organizaciones de voluntariado.

**4.3.1. Funciones de la Unidad de Acompañamiento Espiritual**, según Resolución Exenta. N° 1944, son:

- a) Velar por el respeto y creencias religiosas de los usuarios que son atendidos en el Hospital Carlos Van Buren.
- b) Coordinar las actividades de los Voluntariados de Credos Religiosos al interior del Hospital.
- c) Mantener una relación con los demás Servicios con el fin de ofrecerles su colaboración y recibir de ellos su valioso apoyo.
- d) Reglamentar horarios y forma en que los Voluntariados realicen el Acompañamiento Espiritual.
- e) Coordinar con las Autoridades del Hospital la mantención de Lugares de Culto.

---

<sup>22</sup>Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94 de 2007.

#### 4.4. Situaciones Profesionales de Servicio Social al interior del Hospital Carlos Van Buren<sup>23</sup>

**a. Consulta Social:** La finalidad de la consulta social en el Hospital Carlos Van Buren se constituye como una atención directa a los/as usuarios/as internos/as y externos/as al centro hospitalario, canalizando las inquietudes para contribuir principalmente al mejoramiento de su calidad de vida, así como a la satisfacción de sus necesidades en el área de salud, orientando, gestionando y educando frente a los requerimientos sociales del/a usuario/a. Además se facilitan las herramientas necesarias para potenciar la autonomía en la resolución de los problemas a los que se ven enfrentados.

**b. Visita Domiciliaria:** La Visita Domiciliaria en la atención terciaria tiene por finalidad ser una técnica para constatar domicilio y recabar información sobre el/la paciente en su domicilio, su interacción con el entorno familiar y social, calidad de vida y todo aquello que pueda ser detectado como de riesgo y que sirva para configurar un diagnóstico, sumada a técnicas como la Entrevista y la Observación. La finalidad dependerá del caso que se esté evaluando, lo que influirá en la información final que se desee recabar, sin embargo, existe información transversal que se debe obtener, por lo tanto, el Diagnóstico de la situación socioeconómica y habitacional del/la paciente permite:

- » La construcción de Informes Sociales, para la solicitud de beneficios estatales o privados, para constatar situación del/la paciente y de su grupo familiar a otros profesionales, a Tribunales de Justicia o a cualquier instancia formal validada por la profesional.
- » Evaluar ingresos para programas ministeriales, con aplicación de documento pauteado.
- » Ubicación de familiares de pacientes hospitalizados.
- » La profesional realiza la Visita Domiciliaria para constatar sospecha de paciente vulnerable o en riesgo detectada en consulta social, por sugerencia de equipo de salud o por otras entidades externas. Algunas de las vulnerabilidades constatadas son: aislamiento, ausencia de redes de apoyo, abandono, verificación de información y/o veracidad de declaraciones entregadas en casos de maltrato, entre otros.

**c. Visita en Sala:** o Box tiene por finalidad conocer e investigar los antecedentes del/la paciente que se encuentra hospitalizado/a en las unidades médicas, investigando el motivo de derivación de interconsulta o conociendo el motivo de consulta del/la usuario/a que solicita la presencia de Servicio Social, recabando los antecedentes necesarios del/a paciente, tutor o cuidador, familia,

---

<sup>23</sup>FUENTE: CASTILLO, D., GAMBOA, A., Sistematización de situaciones profesionales de Trabajo Social en la atención Terciaria de Salud. Tesis de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social, Universidad de Valparaíso, 2010.

ficha clínica o equipo médico tratante y así evaluar la intervención adecuada a la problemática que se pueda presentar. Una vez reconocida la problemática e iniciada la intervención social, las visitas en sala corresponderán a seguimiento del caso, entrevistas o entrega de ayudas técnicas o documentos. Algunas de las temáticas de atención más habituales que generan la visita en sala o box son:

- » Colaboración en las complicaciones con los flujos de egreso.
- » Pacientes en riesgo social (maltratos, abandono, entre otros.).
- » Realizar orientaciones previsionales.
- » Entrega de ayudas técnicas.
- » Manejo en situaciones de crisis.

**d. Reuniones Técnicas Multidisciplinarias:** La finalidad de la participación en reuniones Técnicas multidisciplinarias es la retroalimentación con un equipo de profesionales, para la búsqueda de estrategias resolutivas ante casos puntuales, participando en el proceso de rehabilitación y recuperación del paciente a nivel caso/familia y grupal, o en problemáticas asociadas a patologías, flujos de atención u orientaciones desde la perspectiva social, realizando evaluaciones, diagnósticos, o la intervención que requiera el usuario/a. Así mismo, los encuentros entre profesionales facilita la coordinación entre el mismo equipo y con la red de salud, actualización de procedimientos, normas o cualquier antecedente que enriquezca la labor profesional.

Pueden existir reuniones con énfasis:

- » En el caso: donde la finalidad es discutir sobre la integralidad del paciente, se hace retroalimentación en la búsqueda de la mejor alternativa en su situación.
- » En lo clínico: la finalidad es la búsqueda de alternativas que mejoren o potencien los tratamientos o procedimientos con que se atienden los pacientes que padezcan la patología. Se crean modalidades de atención, normas internas en cuanto a las responsabilidades que cada profesional deba tener en el equipo, se comparte información relevante, entre otras.
- » En la especialidad del servicio: se busca discutir temáticas atinentes a lo clínico, donde prevalece lo médico por sobre lo social.

**e. Gestión Judicial:** La finalidad de la Gestión Judicial en el Hospital Carlos Van Buren está en generar medidas de control social (de protección o prevención) en el marco legal, que permitan asegurar de alguna forma el bienestar biopsicosocial del paciente judicializado.

En consecuencia la Gestión Judicial tiene por finalidad:

***Entregar Protección:***

- ✓ Al niño, niña y/o adolescente con alto riesgo social (embarazo adolescente, gestantes con consumo de estupefacientes, entre otros), disfunción familiar severa o maltrato infantil en todas sus expresiones,
- ✓ a la usuaria derivada de la Red SENAME que durante el embarazo manifestó voluntad de dar en Adopción a su hijo/a,
- ✓ y a la madre que no controló su embarazo y durante el parto declara dar en adopción a su hijo/a.

***Prevenir:*** Nuevas vulnerabilidades de derecho dentro del grupo familiar y de alguna u otra manera sancionar al que provoca esta violencia.

**f. Jefatura o Coordinación:** El cargo de Jefe y Coordinador de una unidad tiene por finalidad cumplir un rol estratégico como representante de la Unidad, asumiendo funciones directivas y administrativas (planificar, programar, dirigir, supervisar y coordinar todas las actividades de la unidad), difundiendo las políticas, normas vigentes e instrucciones impartidas por las autoridades de salud.

Como objetivos generales la jefa o coordinadora debe:

- ✓ Contribuir al fortalecimiento del modelo de gestión y procesos de planificación estratégica del Hospital.
- ✓ Contribuir a la elaboración de programas de capacitación en temáticas de Bienestar del personal.
- ✓ Proponer actividades que permitan mejorar la calidad de atención de los usuarios.
- ✓ Proponer y aplicar un sistema de coordinación con otras especialidades para la atención integral del usuario.
- ✓ Colaborar con actividades de gestión docente.

**g. Asesoramiento a Organizaciones y Agrupaciones Intrahospitalarias:** La finalidad de ésta situación profesional tiene relación con mantener un rol de intermediario entre el centro hospitalario y las agrupaciones de usuarios, así mismo se asesora en temáticas sobre planificación y organización asegurando la permanencia de los grupos y velando por los intereses del centro hospitalario en el cumplimiento de establecer instancias cuyo propósito sea construir acuerdos y compromisos para lograr el mejoramiento de la atención y satisfacción del usuario, incorporando el control social, como asimismo, que tales instancias constituyan entidades flexibles, que se conformen y desarrollen de acuerdo a las necesidades locales.

#### 4.4.1. Principales Problemáticas Sociales

- **Fallecimiento:** Investigar, evaluar y coordinar situación familiar, previsional y judicial de los usuarios fallecidos NN, indigentes, en situación de abandono y sin cobertura previsional.
- **Adopción<sup>24</sup>:** Representar los intereses del recién nacido cuya madre biológica se encuentra en conflicto con su maternidad en instancias Judiciales pertinentes y vinculación con la red de protección de SENAME para el cumplimiento de las disposiciones judiciales y acompañar a la madre en el proceso de ceder en adopción.
- **Orientación Previsional:** Ejercer el rol de asesor previsional con los usuarios que presentan consultas relativas a Pensiones, Licencias Médicas, Seguros (accidentes), Accidentes y Enfermedades Profesionales, Poderes, discapacidad mental, duplos, actualización calificación de salud, entre otros.
- **Beneficios Ley de Discapacidad<sup>25</sup>:** Orientar y facilitar al usuario la tramitación de credencial de discapacidad y postulación a beneficios para discapacitados menores de 65 años.
- **Pasajes:** Evaluar y aprobar pago de pasajes para usuarios que se ajustan a normativo establecido por la institución.

---

<sup>24</sup> Servicio Nacional de Menores, Chile 2010.

<sup>25</sup> **Ley N°20.422** que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. La nueva Ley se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Además, establece nuevos organismo para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las personas con discapacidad: Comité de Ministros, Servicio Nacional de la Discapacidad y Consejo Consultivo.

- **Maltrato/Abandono/Negligencia/Vulneración de Derechos Neonatal e Infantil:** Intervención representando los intereses de los niños (as) desde su nacimiento y menores de 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, negligencias, abandonos, ya sean, en el grupo familiar o en las instituciones sociales de manera directa o indirecta (UNICEF, 1989). Realización de peritajes como entrevistas y visitas domiciliarias, elaboración de Informe Social, medio a través del cual se cursan medidas de protección a instancias judiciales pertinentes. Asistencia a Audiencias preparatorias y de Juicio representando asimismo los intereses del establecimiento.
- **Adherencia a tratamiento/Educación al usuario y su familia:** Se refiere a cuánto se cumple con un régimen terapéutico prescrito. Y es aquí donde las profesionales apoyan a los pacientes y orientan a sus familias sobre la importancia de éste para el bienestar del paciente.
- **Órtesis o Ayudas Técnicas para usuarios de atención abierta o cerrada:** Gestionar las solicitudes de los usuarios de acuerdo a protocolos de intervención, se refiere a apoyos GES, no GES o de la red de discapacidad o programa interno de Unidad de Medicina Física y Rehabilitación como apoyo a la recuperación de los usuarios.
- **Gestión de Beneficios en la Red Social local.**
- **Acceso a Programas internos del establecimiento:** Tales como oxigenoterapia domiciliaria y colocaciones extrahospitalarias.

## 5. CONTEXTO SITUACIONAL DE LA EXPERIENCIA

El Contexto Situacional del presente Seminario de Título, busca clarificar a nivel institucional la inserción que el equipo seminarista realiza en el contexto del Hospital Carlos Van Buren y que en lo sucesivo, otorgan sustento a la experiencia profesional en curso entorno al foco del estudio y los niveles de inclusión.

En el Hospital Carlos Van Buren se otorga Atención de Salud en los niveles Secundario a través de su Consultorio Adosado de Especialidades y Terciario a través del Establecimiento Hospitalario homónimo, configurándose como un Hospital con cobertura de carácter suprarregional, en especialidades específicas a la Región de Atacama, Coquimbo y Valparaíso<sup>26</sup>.

Sus lineamientos estratégicos actualmente se encuentran orientados a<sup>27</sup>:

- » Optimizar la integración a la red asistencial.
- » Desarrollar la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.
- » Potenciar los actuales polos de desarrollo (Oncología, Neurocirugía e Imagenología Compleja).
- » Potenciar el desarrollo docente asistencial y de investigación.
- » Potenciar la relación con el usuario.
- » Optimización en el uso de los recursos.

### 5.1. Organización de la Red Asistencial Chilena.

La Salud en Chile tiene tres niveles de gestión; a nivel **político**, de **gestión** y de **atención médica**.

En el nivel **político**, corresponde señalar que existen dos Sistemas de Salud, uno Privado, que da cobertura al 16,2% de la Población y uno Público, que otorga cobertura al 72,8% de la Población<sup>28</sup>, en éste último, existe una única entidad gubernamental que gestiona, que es el Ministerio de Salud que en sus funciones básica implica:

- ✓ Normar la regulación, supervisión y control de la Normativa AUGE.
- ✓ Administrar el financiamiento.
- ✓ Otorgar directamente las prestaciones de salud.

<sup>26</sup>Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren

<sup>27</sup> Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

<sup>28</sup> [http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS:\\_La\\_Salud\\_Pública](http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS:_La_Salud_Pública), Basado en Antecedentes del Ministerio de Salud, 2011.

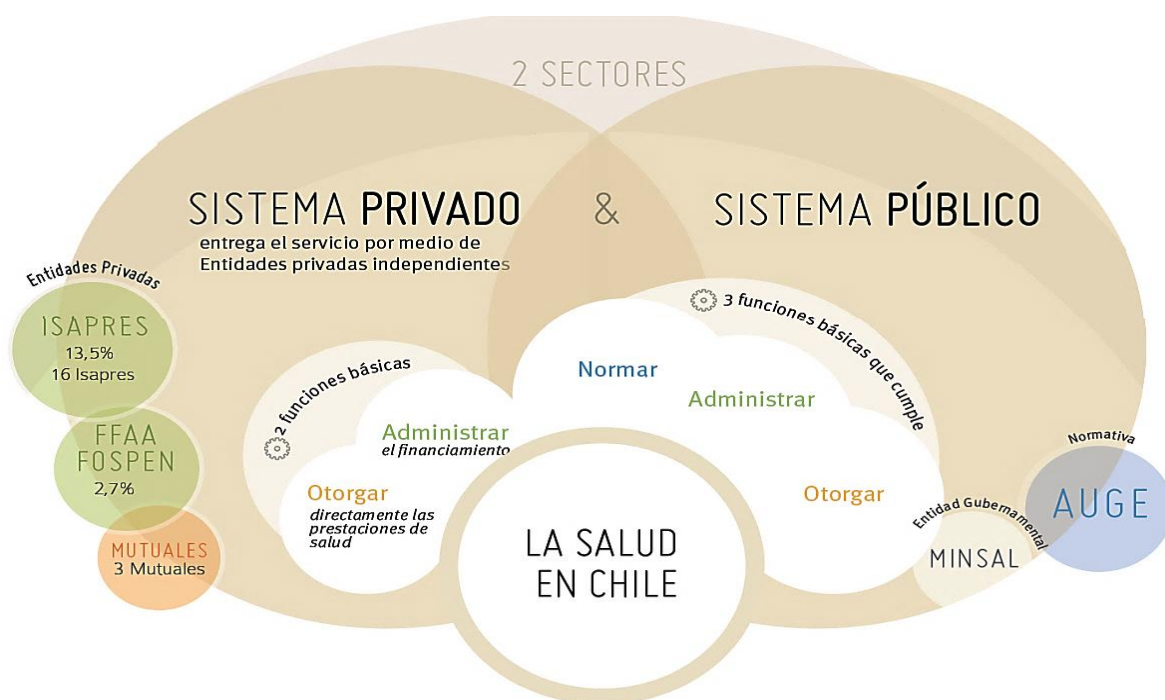


Diagrama N° 4: Sistemas de Salud en Chile.

A nivel de **gestión**, el Ministerio de Salud es el Organismo Normativo que da organización institucional y gubernamental al Sistema de Salud; posee áreas de fiscalización, administración y organización, las que se componen por los siguientes ejes de gestión:

» **Fiscalización.**

- ✓ Velar por la efectiva coordinación de las Redes Asistenciales.
- ✓ Evaluar la situación de salud de la población chilena.
- ✓ Efectuar acciones de vigilancia en salud pública.
- ✓ Cumplir con las normativas en materia de salud.
- ✓ Ejercer la rectoría del sector salud.

» **Organización.**

- ✓ Dictar normar generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras.
- ✓ Establecer un sistema de acreditación para prestadores institucionales.
- ✓ Establecer protocolos de atención en salud.
- ✓ Establecer un sistema de certificación de especialidades.

» **Administración.**

- ✓ Formular el AUGE.
- ✓ Evaluar el Presupuesto Sectorial.
- ✓ Actualizar los lineamientos estratégicos del Sector Salud.
- ✓ Fijar políticas y normas de inversión.

En el eje **político** de éste organismo, de los cuales se hace cargo el Ministerio de Salud, su gestión se instrumentaliza a través de las Entidades del Ministerio de Salud<sup>29</sup>:



**Diagrama N° 5:** Funciones Ministerio de Salud.

En el plano de **atención médica**, es posible desarrollar los Niveles de Atención en relación a las instituciones a nivel local y sus niveles de complejidad como parte de la Red Asistencial<sup>30</sup>, como se detalla a continuación.



**Diagrama N° 6:** Red Asistencial de Salud

<sup>29</sup>**Diagrama N° 5:** Funciones del Ministerio de Salud. Adaptado de "Diseño de Servicios en el Área de Salud Pública: Oportunidades y Propuestas" <http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS>

<sup>30</sup>**Diagrama N° 6:** Red Asistencial de Salud. Adaptado de "Diseño de Servicios en el Área de Salud Pública: Oportunidades y Propuestas" <http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS>

Es en el último eslabón del diagrama de la Atención Terciaria de Salud<sup>31</sup> dentro de la Red Asistencial, correspondiente a los Hospitales de Alta Complejidad y que cuentan con la Acreditación para denominarse Establecimientos de Autogestión en Red, donde el Hospital Carlos Van Buren posee contextualización, al configurarse además, como el Hospital Base del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.



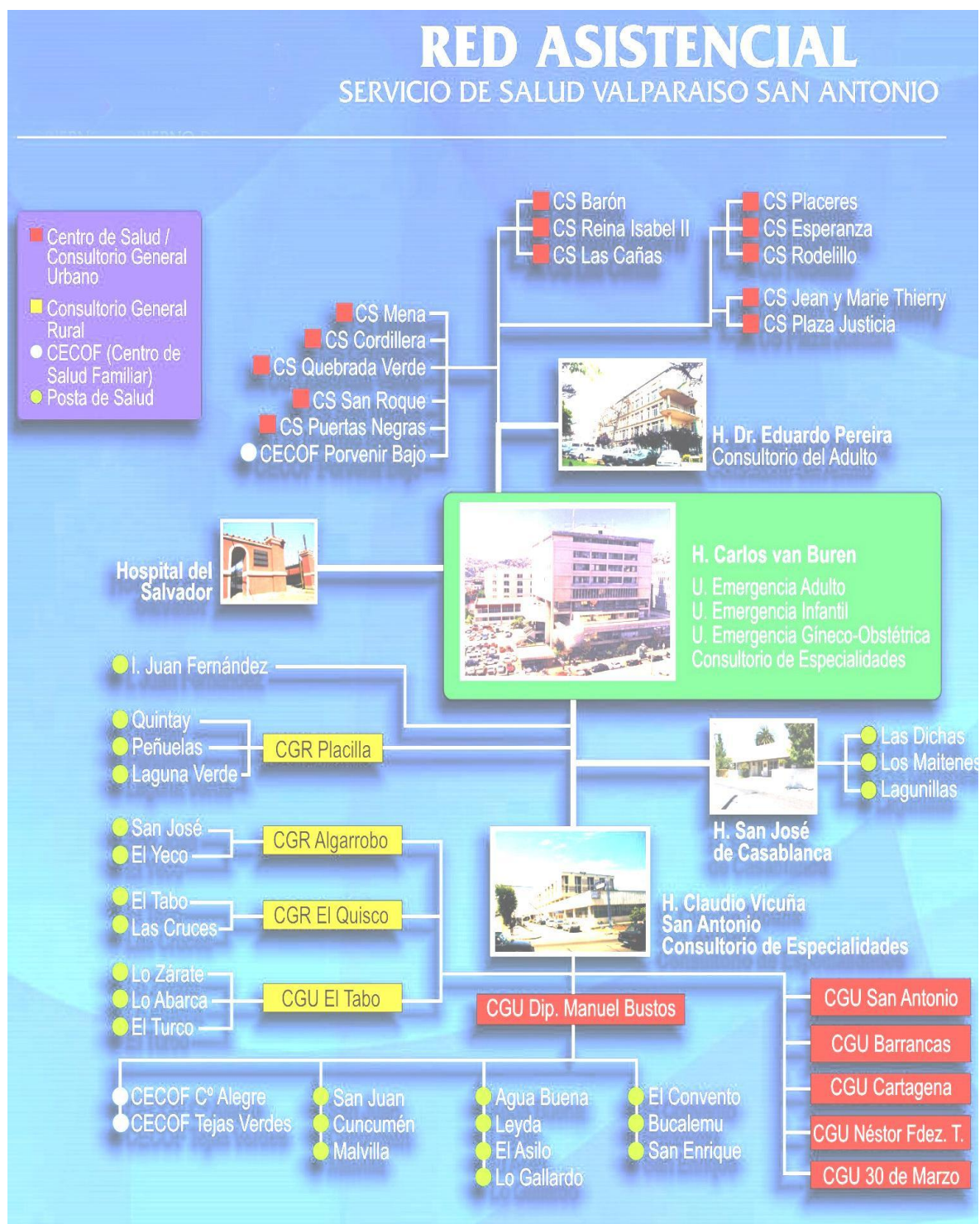
**Diagrama N° 7:** Atención Terciaria en Salud.

Frente a esto, presenta condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada, que corresponde a la hospitalización de pacientes.

<sup>31</sup>**Diagrama N° 7:** Atención Terciaria en Salud. Adaptado de “Diseño de Servicios en el Área de Salud Pública: Oportunidades y Propuestas” <http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS>.



**a. Red Asistencial Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio<sup>32</sup>.**



**Diagrama N° 8:** Red Asistencial Región de Valparaíso.

Asimismo, la Red Asistencial del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, se compone de los siguientes Hospitales, detallados a continuación:

<sup>32</sup>Diagrama N° 8: Red Asistencial Región de Valparaíso. <http://ssvalposa.redsalud.gob.cl> Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, 2011.



<b>Hospital</b>	Hospital San José
<b>Ubicación</b>	Yungay 124, Casablanca
<b>Características Generales</b>	<p>Es un Hospital Familiar Comunitario de baja complejidad, conformado por un consultorio que funciona bajo el modelo de salud familiar (CESFAM) y atiende el 80% de la población de la comuna.</p> <p>Cuenta con una sección de hospitalización con 6 camas indiferenciadas y un servicio de urgencias con 3 camas de observación que se ha convertido en un lugar estratégico para la atención de víctimas de accidentes -a través del Samu- dada su cercanía a las principales rutas de alto flujo vehicular.</p>
<b>Hospital</b>	Hospital Carlos Van Buren
<b>Ubicación</b>	San Ignacio 725, Valparaíso.
<b>Características Generales</b>	<p>Establecimiento de alta complejidad, centro de derivación, con atención médica y de especialidades quirúrgicas, dentro las cuales se cuenta con Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología entre otras, además de destacarse en áreas como<sup>33</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Polo de Desarrollo en Oncología.</li> <li>- Segundo Centro Neuroquirúrgica del país.</li> <li>- Centro de derivación de Imágenes Complejas del Norte del País.</li> <li>- Centro de Trasplantes Renales de la Quinta Región.</li> <li>- Unidad de Emergencia de alta complejidad del Servicio de Salud.</li> </ul> <p>Es un centro de referencia regional y extra regional para Oncología y Neurocirugía.</p> <p>Cuenta con una dotación de 532 camas, de diversa complejidad: agudas, básicas mediana complejidad y críticas, la mayor parte de ellas indiferenciadas a fin de garantizar su distribución en función de la demanda y apuntando a contar con el recurso adecuado al riesgo dependencia del usuario.</p> <p>Dentro de su dotación, se dispone de 45 camas críticas: 21 para adultos y adultas, 10 para niños y niñas y 14 para recién nacidos.</p> <p>Este centro asistencial, cuenta además con Unidades de Emergencia: adultos, infantiles y Gineco-Obstétrica.</p>

<sup>33</sup> <http://www.hcvb.cl> Hospital Carlos Van Buren



<b>Hospital</b>	Hospital Psiquiátrico Del Salvador
<b>Ubicación</b>	Subida Carvallo 200, Playa Ancha, Valparaíso.
<b>Características Generales</b>	<p>Establecimiento que funciona como recinto de salud mental desde 1969 siendo el único, dentro de nuestra red asistencial, que ofrece asistencia en patología mental compleja, tanto interna como ambulatoria para las comunas de las provincias de Valparaíso y San Antonio, además brinda apoyo en internación de usuarios en la jurisdicción Viña del Mar – Quillota y la Región de Coquimbo.</p> <p>Cuenta con atención abierta y cerrada en consulta psiquiátrica y atención psicológica desde la psicoterapia y psicodiagnóstico. Asimismo posee una Unidad de Dispositivos Comunitarios, la cual organiza su funcionamiento en tres importantes áreas: Hospitalaria, con atención en trastornos psiquiátricos severos y dependencia de alcohol, drogas y patología dual. Área Intermedia con hogares y residencias protegidas para usuarios con trastornos psiquiátricos severos y personas con secuelas neurológicas y el Área Comunitaria, donde se han incorporado, a través de convenios los centros diurnos como, Corporación Bresky, Casa Club, Nuevo Renacer, Tucuyapaj y los clubes de integración social como, Las Estrellas de la Casa Club.</p> <p>Finalmente, el hospital es campo docente de pre y post grado de la especialidad de Psiquiatría, Medicina, Enfermería, Nutrición, Kinesiología, Odontología, Psicología, Terapia Ocupacional y Técnicos Paramédicos.</p>
<b>Hospital</b>	Hospital Claudio Vicuña
<b>Ubicación</b>	Carmen Guerrero 945, San Antonio.
<b>Características Generales</b>	<p>Establecimiento de alta complejidad, destinado a satisfacer los requerimientos de mayor complejidad de la zona costera de nuestra región.</p> <p>Posee especialidades Médicas, Quirúrgicas, Gineco-Obstétricas y pediatría. Cuenta con 157 camas de diversidad complejidad, próximamente contará con una Unidad de Cuidados Intermedios con 6 camas para adultos. Posee además 8 camas de agudos y una Unidad de Emergencia.</p> <p>Este establecimiento resuelve patología quirúrgica, tanto en modalidad de urgencia como electiva, hospitalizado y ambulatorio.</p>
<b>Hospital</b>	Hospital Dr. Eduardo Pereira
<b>Ubicación</b>	Ibsen esquina Noruega S/N, Valparaíso.
<b>Características Generales</b>	<p>Establecimiento de alta complejidad, cuenta con 222 camas de para satisfacer las necesidades de atención de Medicina Interna y Cirugía general y de especialidad, para adultos y adultas, en su modalidad electiva, otorgando sus prestaciones tanto en forma ambulatoria como hospitalizada.</p>

	<p>Cuenta, dentro de su dotación, con 14 camas críticas destinadas a satisfacer las necesidades de pacientes que requieran atención de mayor complejidad.</p> <p>Se caracteriza por el alto estándar de cumplimiento de Indicadores de Gestión tanto Administrativos como Clínicos, destacando el gran desarrollo alcanzado en lo relacionado con la Cirugía Endovascular y la Cirugía Bariátrica, lo que lo ha posicionado como uno de los hospitales públicos más avanzado en estas ramas de la atención de salud.</p>
--	--

**Cuadro N° 5:** Hospitales dependientes de Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

## 5.2. Hospital Carlos Van Buren dentro de la Red Asistencial.

El Hospital Carlos Van Buren, en el nivel de Atención Terciaria de Salud y como parte de la Red Asistencial de Hospitales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, presenta elementos y características que lo distinguen de otros Hospitales de su categoría, principalmente al constituirse como un establecimiento de alta complejidad, con atención médica y especialidades quirúrgicas.

### a. Redes de Instituciones Públicas con que se vincula Hospital Carlos Van Buren<sup>34</sup>

El Hospital Carlos Van Buren es parte de una red de instituciones públicas que se encuentran interrelacionadas dependiendo de las circunstancias que afecten directamente a la recuperación de sus usuarios en sus distintas dimensiones, como entidades vinculadas entre sí en relación al funcionamiento y soporte del Hospital como Establecimiento.

Las instituciones relacionadas en ambos planos, son las siguientes:

#### - Entidades Gubernamentales

- » Gobierno de Chile
- » Ministerio del Interior
- » Ministerio de Relaciones Exteriores
- » Ministerio de Defensa
- » Ministerio de Hacienda
- » Ministerio Secretaría General de la Presidencia
- » Ministerio Secretaría General de Gobierno
- » Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción
- » Ministerio de Planificación
- » Ministerio de Educación

<sup>34</sup> Instituciones Relacionadas, MINSAL.

[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_instituciones\\_relacionadas/g\\_gubernamentales/presentacion\\_gubernamentales.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_instituciones_relacionadas/g_gubernamentales/presentacion_gubernamentales.html)

- » Ministerio de Justicia
- » Ministerio del Trabajo y Previsión Social
- » Ministerio de Obras Públicas
- » Ministerio de Vivienda y Urbanismo
- » Ministerio de Agricultura
- » Ministerio de Minería
- » Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones
- » Ministerio de Bienes Nacionales
- » Comisión Nacional de Energía
- » Servicio Nacional de la Mujer
- » Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
- » Comisión Nacional del Medioambiente

**- Servicios y programas vinculados al área de la salud**

- » Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
- » Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)
- » Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
- » Servicio Agrícola y Ganadero (SAG)
- » Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)
- » Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.
- » Estrategia Nacional de Seguridad Pública.

**5.3. Caracterización Usuaría Regional de Salud**

» **Población beneficiaria y validada**

El Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, es uno de los tres servicios que cubre la atención de salud de la población de la Quinta Región de Valparaíso. Dicha cobertura es compartida con los Servicios de Salud Viña del Mar Quillota y Aconcagua, para los que actúa como centro de derivación regional.

La Quinta Región de Valparaíso cuenta con una superficie total de 16.303,4 km<sup>2</sup> que representa el 0,8% del territorio Nacional, y un 2,1% del territorio nacional sudamericano. De esta superficie 394 km<sup>2</sup> corresponden a territorio insular compuesto por las islas de Pascua, Sala y Gómez, San Félix y San Ambrosio, y el Archipiélago Juan Fernández pertenecen a la jurisdicción del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.



La población general de la región corresponde a 1.672.357 habitantes, de ellos 474.423 forman parte de la jurisdicción del SSVSA, del total 236.460 son varones y 237.963 son damas<sup>35</sup>, de esa población 389.989 son población inscrita y validada en la Red de Salud SSVSA (184.000 son hombres y 205.989 son mujeres).

La red asistencial la conforman 5 Hospitales: 2 de alta complejidad (Carlos Van Buren y Eduardo Pereira), 1 de mediana complejidad, (Claudio Vicuña), y 1 de menor complejidad (Hospital San José de Casablanca), además del Hospital Psiquiátrico Del Salvador.

Del Servicio también dependen los Centros de Salud Familiar Plaza Justicia, Jean y Marie Thierry, el Centro de Sangre y Tejidos y el Consultorio de Especialidades Odontológicas (CEO). La red de APS Municipal se conforma por 24 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), 22 Postas de Salud Rural (PSR), 8 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y 1 SAPU Sistema Urgencia Rural (SUR) más 3 Unidades de Emergencia Hospitalaria: (Carlos van Buren, Claudio Vicuña y San José).

#### » **Estructura Poblacional**<sup>36</sup>

La estructura de población, al igual que la del país ha tenido grandes cambios, ello se observa en el que va a experimentar la distribución de la población en los grandes grupos de edad entre los años 1990 y 2020. En Chile en el grupo de 0 a 14 años se va a tener una disminución de la población de un 32,4% y en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio de un 34,5%. Las comunas que presentarán en este período una mayor disminución corresponden a las comunas de Juan Fernández con un 55,4% y El Quisco con un 44,9%.

Las comunas que presentan un mayor aumento entre los 15 y 64 años corresponden a Juan Fernández con un 15,9% y San Antonio con un 11,9%, siendo el valor nacional de un 6,1%.

Para el grupo de 65 años y más, el país tendrá un 95,4% más de adultos mayores en el año 2020 respecto al año 1990, en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio la comuna de El Quisco es la que tendrá el valor más alto con un 151,6% más, seguida de San Antonio con un 110,8% y finalmente Juan Fernández con un 109,7% más.

<sup>35</sup> Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren

<sup>36</sup> Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. <http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl/>

En el caso de la Región de Valparaíso, en relación a los datos proporcionados por el Censo 2002, la población de 60 años y más correspondía a un 13,4%, equivalente a 206,872 personas, de los cuales el 13% ha declarado vivir solo, porcentaje superior a la media nacional (11.3%), situación relevante considerando que los antecedentes expuestos anteriormente reflejan la realidad de los Adultos Mayores al año 2002.

Mientras que en la actualidad, según el mismo Censo, la población mayor de 65 años en la Región de Valparaíso, es de 46.444, de ellos 18.662 son hombres y 27.782 son mujeres.

La estructura etaria de nuestra comunidad muestra pirámides poblacionales<sup>37</sup> en la cual se aprecia el envejecimiento progresivo de la población, con la transformación desde la característica con forma piramidal a una forma de pilar. Si en 1990 las personas de 65 años y más correspondían al 7,6 % de la población, la proyección para el año 2020 será de un 13,9% de la población. Se espera que este crecimiento en el número de adultos mayores genere mayor demanda sobre los Servicios de Salud. El envejecimiento progresivo de la población, involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.

#### » **Caracterización Estadística Comuna de Valparaíso.**

- Perteneciente al sistema de Salud Público: Valparaíso: 77% | País: 77,9%
- Porcentaje de pobreza: Valparaíso: 15,4% | País: 13,7%
- Promedio de escolaridad: Valparaíso: 11,0 años | País: 10,1 años
- Tasa de desocupación: Valparaíso: 11% | País: 7,3%
- Porcentaje de mayores de 60 años: Valparaíso: 15,7% | País: 9,8 %

#### **a. Situación de Salud Servicio de Salud Valparaíso San Antonio<sup>38</sup>**

Conocer el perfil epidemiológico de la región de Valparaíso en la división del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio resulta imprescindible de consignar al considerar las variables que inciden en la demanda y el tipo de recinto hospitalario que específicamente cumple el Hospital Carlos Van Buren en la región de manera contextual.

<sup>37</sup> <http://www.ssvsa.cl> Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, “Situación de Salud”

<sup>38</sup> <http://www.ssvsa.cl> Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, “Situación de Salud”

## » **Tasas de mortalidad generales**

La mortalidad es el segundo parámetro determinante del crecimiento de la población y también de su grado de envejecimiento. Desde el punto de vista médico la mortalidad es un indicador de gravedad y en consecuencia constituye uno de los criterios más importantes en la definición del perfil epidemiológico priorizado del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

El sistema de información de mortalidad registra anualmente en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio aproximadamente tres mil defunciones y en la comuna de Valparaíso dos mil, lo que corresponde a un 67% del total de defunciones del Servicio de Salud.

Chile en el año 2004 tuvo una Tasa de Mortalidad Ajustada de 4,7 por 1000 habitantes, inferior a la tasa del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio que fue de 5,1 considerando como Población Estándar la Población de Chile Censo 1992.

Las comunas que tienen tasas de mortalidad ajustada superior a Chile son: en primer lugar San Antonio con una tasa de 5,9 por 1000 habitantes, luego Valparaíso con una tasa de 5,4 y finalmente Algarrobo con una tasa de 5,0. Las demás comunas pertenecientes al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio tienen tasa inferiores a Chile.

## » **Causas de mortalidad**

- En Chile se tiene:

- » Enfermedades del Sistema Circulatorio, con una tasa de 150,8 por 100.000 Habitantes.
- » Tumores con una tasa de 129,1 por 100.000 Habitantes
- » Enfermedades del Sistema Respiratorio con una tasa de 51,9 por 100.000 Habitantes.
- » Enfermedades del Sistema Digestivo con una tasa de 40,8 por 100.000 Habitantes.
- » Traumatismos y Envenenamientos con una tasa de 46,7 por 100.000 Habitantes

- En el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio se tiene:

- » Enfermedades del Sistema Circulatorio, con una tasa de 222,1 por 100.000 Habitantes.
- » Tumores con una tasa de 157,3 por 100.000 Habitantes
- » Enfermedades del Sistema Respiratorio con una tasa de 52,4 por 100.000 Habitantes.
- » Traumatismos y Envenenamientos con una tasa de 51,9 por 100.000 Habitantes
- » Enfermedades del Sistema Digestivo con una tasa de 44,5 por 100.000 Habitantes.

Las Enfermedades del Aparato Circulatorio ocupan la primera causa de muerte tanto en Chile como en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

## **b. Situación de Salud y Caracterización Usuaría Hospital Carlos Van Buren**

### » **Consultas de Urgencia Hospital Carlos Van Buren 2011.**

En base a los antecedentes de la última cuenta pública realizada por la subdirección administrativa del Hospital Carlos Van Buren, se consignan en las estadísticas un total de 318.946 consultas recibidas por el hospital, que en relación al total de atenciones realizadas el año 2010, tuvo una variación de -0,6% (320.952). El 2011, el 51% (162.663) correspondió a atenciones a adultos

### » **Egresos Hospitalarios<sup>39</sup>**

Mientras que en lo relacionado a los egresos hospitalarios desde el Hospital Carlos Van Buren, el año 2010 se realizaron 27.992 Egresos Hospitalarios Efectivos, mientras que en 2011, un total de 28.413, con esto la variación de aumento es de un 0,4%

### » **Promedio Días de Hospitalización.**

El promedio de días de hospitalización corresponde a 5,8 días, valor que entrega la Subdirección Administrativa según estadísticas de la Unidad de Estadística, emitido el año 2009, valor no declarado en cuentas públicas posteriores.

## **5.4. Atención Cerrada en Hospital Carlos Van Buren**

### **a. Relación de Flujos de Atención .**

Al interior de un Hospital se establecen procesos que dan respuesta a las necesidades de salud de la población, los cuales se conforman entorno a una lógica de gestión hospitalaria; así, los procesos de urgencia, de atención abierta, de maternidad, de apoyo clínico, de servicios quirúrgicos serán distintos entre si, donde el paciente sigue un flujo determinado de ingreso, sea ésta electiva o de urgencia; sin embargo, se encuentran interrelacionados y en conjunto generan una organización.

Cada proceso está conformado por actividades particulares, que se refieren a acciones y procedimientos orientados a restituir y estabilizar la situación de salud de cada paciente; las cuales se encuentran agrupadas por etapas con objeto de mejorar la capacidad de análisis y contar con un ordenamiento común; cualquiera de éstos procesos contará con las siguientes etapas transversales: Ingreso, Diagnóstico, Tratamiento y Alta<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Cuenta Pública 2011, Subdirección Administrativa, Hospital Carlos Van Buren

<sup>40</sup> **Diagrama N° 9:** Etapas del Proceso de Hospitalización. Adaptado de "Etapas y Actividades Comunes de los Procesos Clínico", Modelo de Gestión Clínico Administrativa en Hospitales, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Chile.

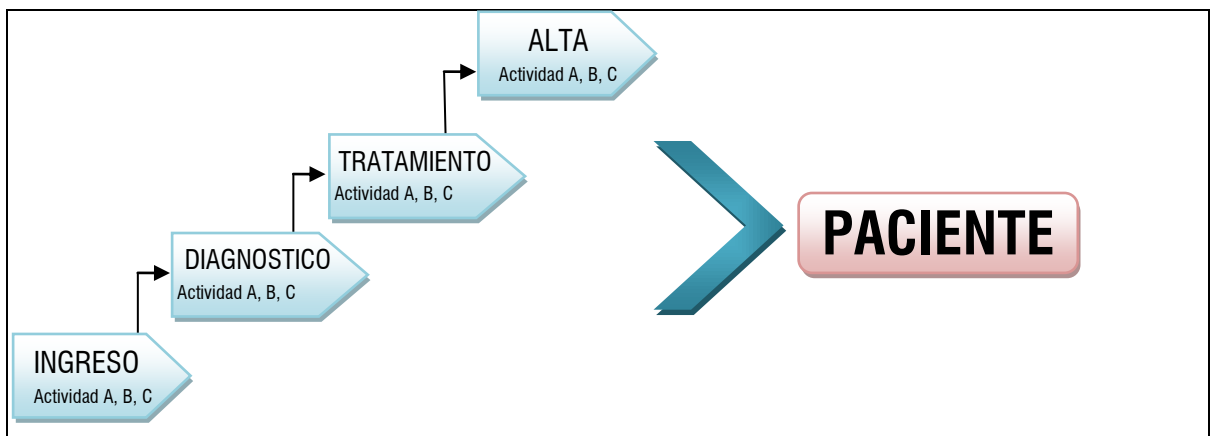
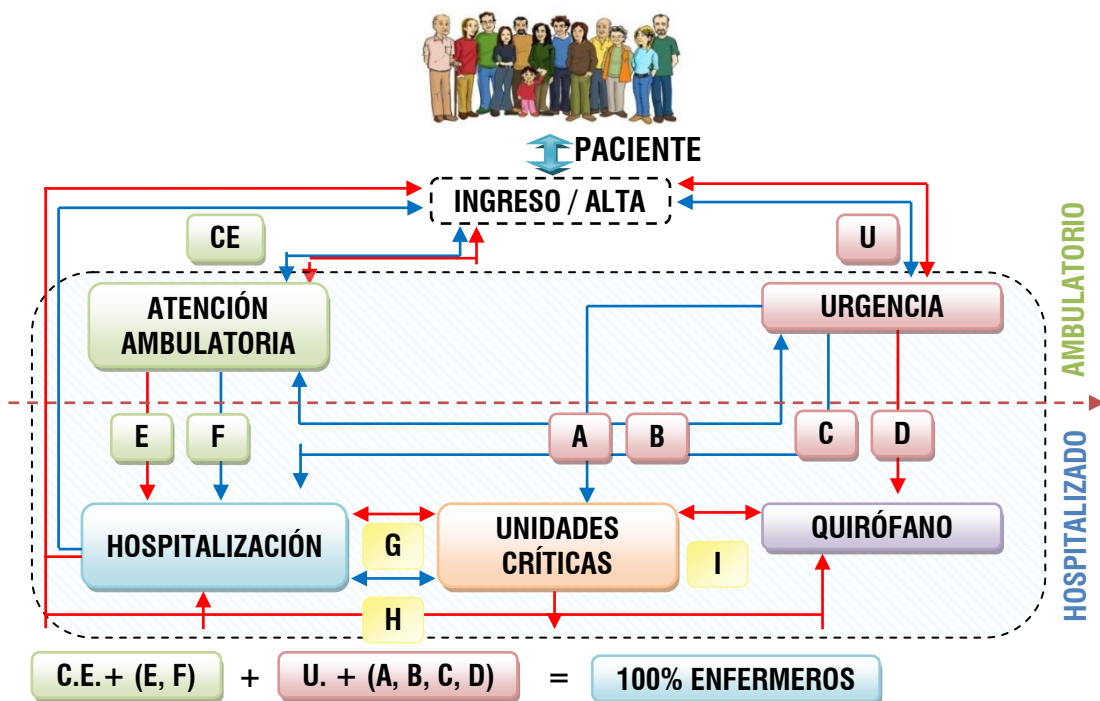


Diagrama N° 9: Etapas del Proceso de Hospitalización.<sup>41</sup>

El funcionamiento al interior del hospital de estas cuatro etapas, según los distintos procesos que se dan en la atención de salud, puede visualizarse a través del siguiente flujo:

### b. Flujo Estándar Atención Nivel Terciario de la Salud<sup>42</sup>

La forma de entregar atención en los establecimientos de salud que otorgan prestaciones en el nivel terciario, puede vislumbrarse de la siguiente manera:



Simbología	
CE	CONSULTA EXTERNA
U	URGENCIA
→	CIRUGIA
→	MEDICINA
⋮	APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO

Diagrama N° 10: Flujo Estándar del Proceso de Hospitalización.

<sup>41</sup>Diagrama N° 9: Etapas del Proceso de Hospitalización. Elaboración Equipo Seminarista

<sup>42</sup>Diagrama N°10 : Elaboración Equipo Seminarista

Independiente de los dos puntos donde puede ingresar el paciente (**Urgencia** o **Atención Ambulatoria**), puede presentar las siguientes alternativas:

- **Alta** (A Domicilio, a Interconsulta Especialista)
- **Hospitalización** (Salas o un Servicio Crítico como U.C.I. o a los Servicios Quirúrgicos), representadas por las letras **A, B, C, D, y E.** (nodos)

Como consecuencia tendremos una serie de derivaciones y contra-derivaciones entre los diferentes servicios clínicos que se representan con las letras **G, H y I** (interfaces). El paciente puede ser dado de alta o recorrer por entre dichos servicios, dependiendo de su condición física, y finalmente el flujo de salida será el “Alta”, ya sea vivo o fallecido, y lo hará procedente de solamente tres lugares (**urgencia, hospitalización y consulta externa**).

El proceso de atención de un paciente es un continuo que ira pasando por los diferentes nodos e interfaces, el factor relevante en la programación hospitalaria será establecer los porcentajes normales de derivación de uno a otro nodo, a modo de ejemplo existen estudios que señalan que el 60 % de la Hospitalización procede del Servicio de Urgencia, por lo tanto, se debe conocer las proporciones adecuadas a la realidad local, para ello es necesario que los sistemas de informaciones acopien el dato relevante por cada especialidad clínica, existiendo porcentajes de los flujos representados mediante letras en el diagrama anterior.

Cada nodo tiene su propio flujo de salida e ingreso de pacientes, que sumado a su complemento (CE, U) es decir los derivados hacia el nodo de alta debe corresponder exactamente al 100 % de los pacientes atendidos por el hospital en un período determinado.

Mientras que la organización de la atención, es en base a Servicios Clínicos que participan conjuntamente con Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, incluyendo los pabellones quirúrgicos.

### c. Flujo de Atención de Salud en Hospital Carlos Van Buren

En relación al funcionamiento de la atención de salud en el Hospital Carlos Van Buren, la secuencia dada es la siguiente;

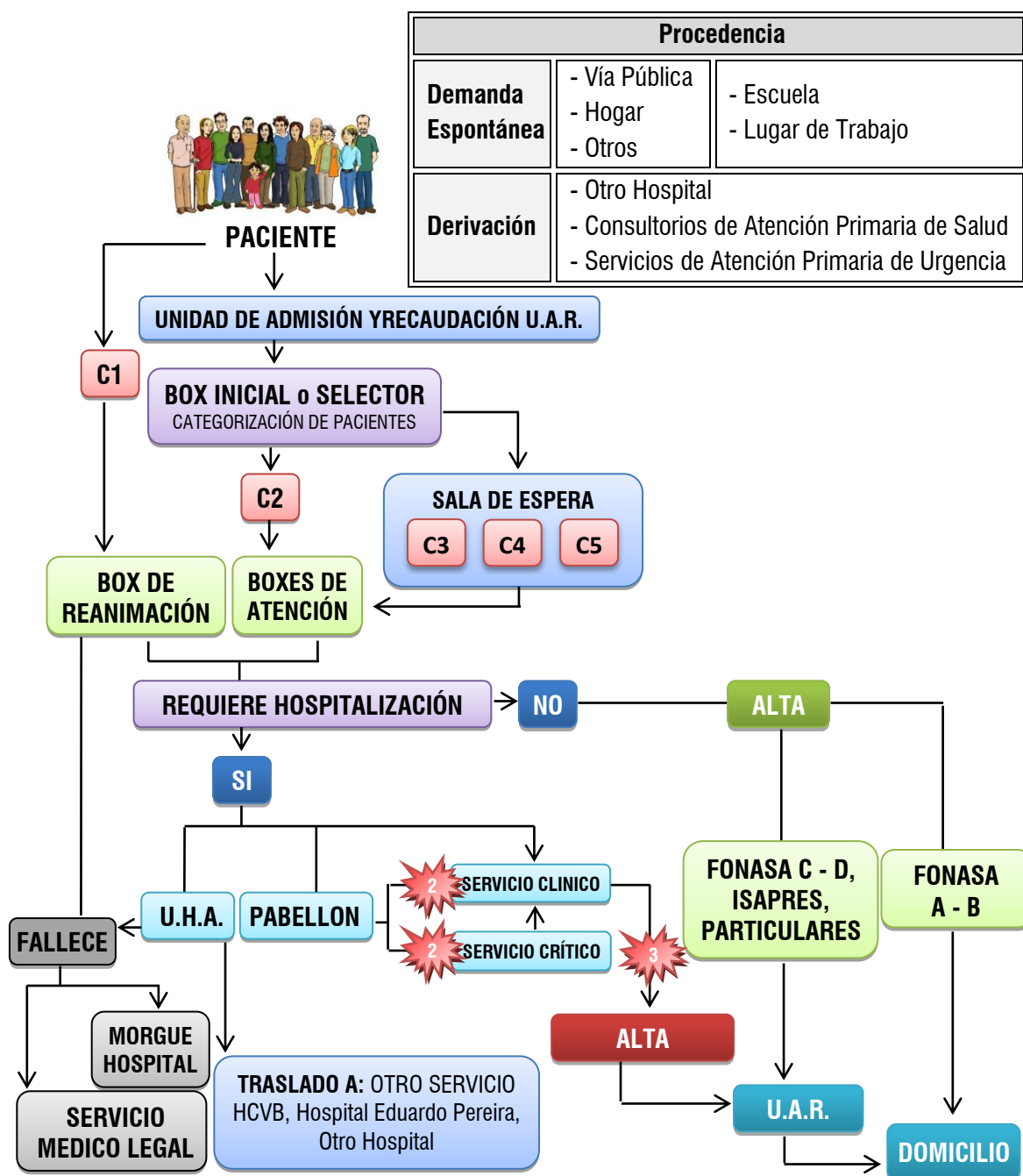


Diagrama N° 11: Flujo de Atención de Salud Hospital Carlos Van Buren.<sup>43</sup>

\* C1, C2, C3, C4 y C5: **Niveles de Prioridad para la Atención del Modelo de Categorización según Gravedad.** (C1: Define Riesgo Inminente, C4 – C: Patología Banal).

\* **U.H.A.:** Unidad de Hospitalización Abreviada en Unidad de Emergencia Adultos. 18 Camas, 2 Salas diferenciadas por sexo.

\* **U.A.R.:** Unidad de Admisión y Recaudación.

<sup>43</sup>Diagrama N° 11: Flujo de Atención de Salud Hospital Carlos Van Buren, Fuente: Elaboración Equipo Seminarista.

Respecto del flujograma presentado, es pertinente señalar que en principio, el paciente se dirige a la Unidad de Admisión y Recaudación donde solicita atención médica, luego de aquello y, dependiendo de su categorización de gravedad, es derivado de inmediato al box selector correspondiente. En el caso de los pacientes C4 y C5, en el box de atención se les realiza un diagnóstico en base a la anamnesis<sup>44</sup>, luego de lo cual, son derivados a sus domicilios o a la Unidad de Admisión y Recaudación para cancelar la prestación recibida según corresponda su previsión de salud, determinando para éstos casos particulares el inicio del tratamiento desde la indicación de medicación. En el caso de los pacientes que requieren hospitalización, exceptuando a aquellos que son derivados a pabellón de forma inmediata, son derivados a la Unidad de Hospitalización Abreviada o U.H.A., para ser estabilizados desde su condición crítica, en ésta área se genera una Ficha Clínica, donde el médico de turno registra distintos antecedentes relacionados con la patología del paciente, y es quien realiza las derivaciones en un periodo no superior a 48 horas desde la llegada de éste a la unidad. En este tránsito, se define el diagnóstico y se realiza la derivación correspondiente a otro servicio dentro del Hospital Carlos Van Buren, a su domicilio u otro Hospital si se requiere. Mientras que en el caso de los Servicios Críticos, donde el Hospital Carlos Van Buren cuenta con dos Unidades (Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios), es el propio personal del equipo de salud de éstas unidades, quienes se acercan a la Unidad de Hospitalización Abreviada, a definir y acordar de forma conjunta si un paciente determinado requiere tratamiento médico de alta complejidad.

---

<sup>44</sup>La anamnesis es la reunión de datos subjetivos, relativos a un paciente, que comprenden antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que experimenta en su enfermedad, experiencias y, en particular, recuerdos, que se usan para analizar su situación clínica. Es un historial médico que puede proporcionarnos información relevante para diagnosticar posibles enfermedades.



<b>CATEGORIZACIÓN DE PACIENTE POR PRIORIDAD DE ATENCIÓN Y NO POR ORDEN DE LLEGADA<sup>45</sup></b>	
<b>TIPO PACIENTE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>C1 PRIORIDAD 1</b>	Personas con Riesgo Vital que requieren reanimación inmediata. Ejemplos: - Paro Cardiorespiratorio. - Politraumatizados. - Hemorragias Masivas. - Gran Quemado.
<b>C2 PRIORIDAD 2</b>	Personas en Estado de Gravedad. Ejemplos: - Pérdida de Conciencia. - Crisis Convulsivas. - Trauma Ocular. - Descompensación de Enfermedades Crónicas.
	<b>Situaciones Especiales:</b> - Mujeres víctimas de Violencia de Género. - Atención Médico Legal: Constatación de Lesiones y Alcoholemias. - Personas acompañadas de Carabineros, Investigaciones y Gendarmería.
<b>C3 PRIORIDAD 3</b>	Personas con Patologías de Mediana Complejidad. Ejemplos: - Quemaduras sin Riesgo Vital. - Dolor Abdominal Focalizado. - Fracturas. - Heridas.
<b>C4 PRIORIDAD 4</b>	Personas con Patologías de Baja Complejidad, que pueden ser resueltas en el <b>Consultorio o Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)</b> . Ejemplos: - Lumbago. - Resfrío Común. - Alergias. - Picaduras de Insectos.
<b>C5 PRIORIDAD 5</b>	

**Cuadro N° 6:** Categorización de Paciente por Prioridad de Atención y no por orden de llegada.

<sup>45</sup> VALDERRAMA, Karina. Asistente Social Unidad de Emergencia de Adultos, Entrevista 17.05.2012. "Categorización de Paciente por Prioridad de Atención y no por Orden de Llegada"



#### d. Nudos Críticos del Flujo de Atención en Hospital Carlos Van Buren

La mirada crítica al flujo actual de entrega de atención a usuarios/as del Hospital Carlos Van Buren, puede destacarse en el siguiente diagrama:

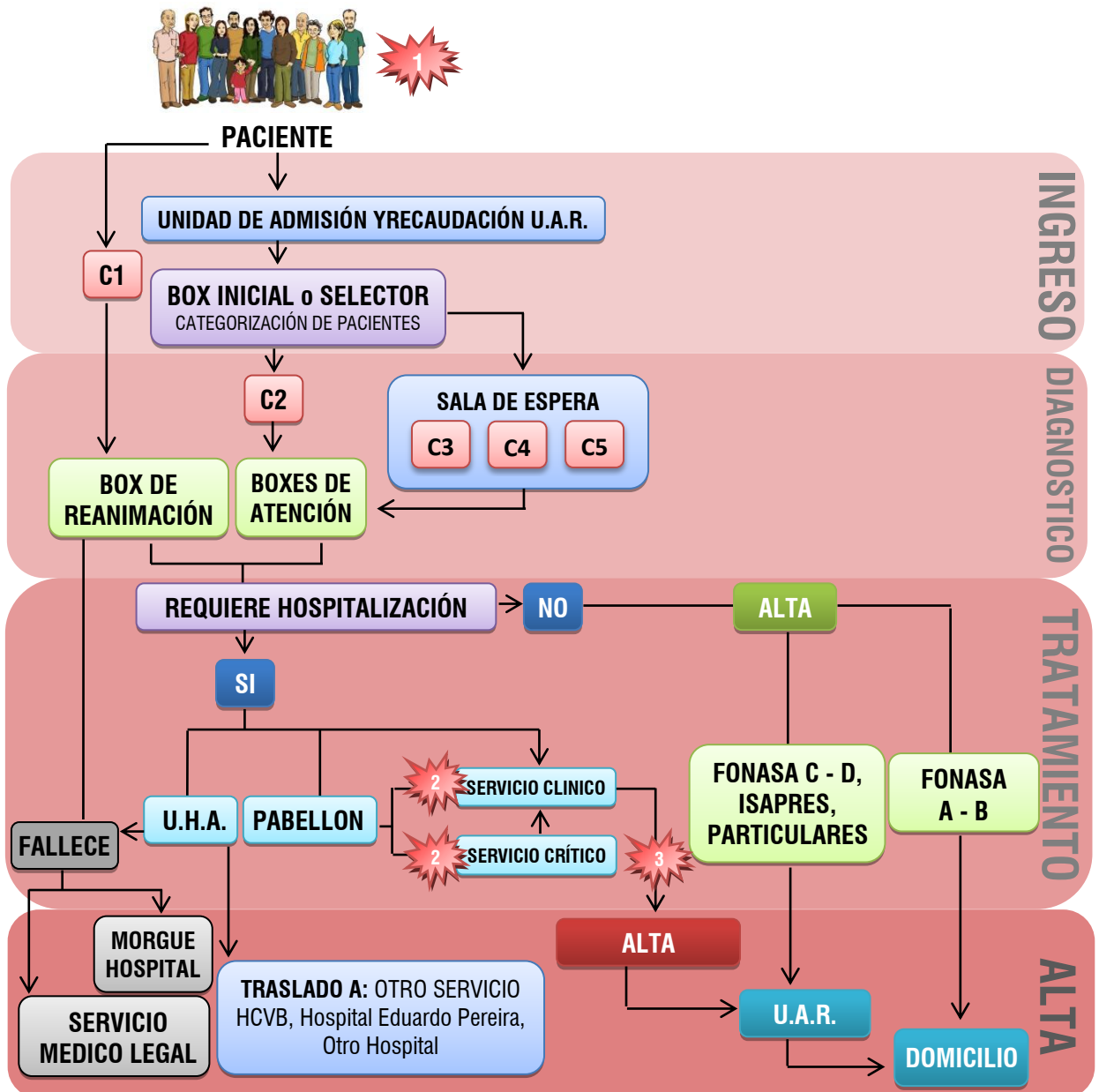


Diagrama N° 12: Nudos Críticos en relación a Atención en Hospital Carlos Van Buren.



NUDOS CRITICOS	
ELEMENTOS IDENTIFICADOS	CARACTERÍSTICAS
<b>1: Red Familiar Paciente</b>	» <b>Ausencia de Red de Apoyo Familiar:</b> Descrito como la falta de acompañamiento y participación en cuanto a la rehabilitación del estado de salud del paciente, así como sustento de insumos a nivel económico.
	» <b>Negación por parte de la familia de su Responsabilidad de cuidado del usuario/a:</b> Entendido como la delegación respecto del cuidado del paciente, en el Sistema de Salud y Red Intersectorial.
	» <b>Superación de la capacidad de respuesta de la familia, ante la gravedad de la patología o deterioro producido por ésta:</b> Entendido desde el impacto que eventualmente produce a las familias en dimensiones sociales, psicológicas y económicas.
<b>2: Derivación Servicio Social</b>	<p>» <b>Coordinación efectiva entre Enfermería y Unidad de Servicio Social:</b> En relación al ingreso de pacientes a determinados Servicios Clínicos y la derivación oportuna a Servicio Social, de presentarse características de orden social y que lo configuren como un posible caso de hospitalización prolongada.</p> <p>» <b>Presencia constante de Asistente Social en el Servicio Clínico (sala):</b> Situación que se explica por la dinámica de alta demanda del hospital.</p>
<b>3: Razones Médicas</b>	<p>» <b>Procedimientos Médicos:</b> Entendidos como todos aquellos procesos relativos a la restauración o cuidado de la salud de un paciente, y que dada la dinámica de alta demanda del hospital, produce un retraso en el acceso a determinados equipos, exámenes u otros procedimientos, que finalmente prolongan la estadía del usuario en el hospital.</p> <p>» <b>Dilatación del alta médica:</b> Producida fundamentalmente por la tardanza en la firma del documento de alta por el Médico tratante, fundamentado por el apadrinamiento que ejerce el profesional sobre su paciente, en vista de su condición socioeconómica u otra variable.</p>

**Cuadro N° 7:** Nudos Críticos Desarrollados  
. Elaboración Propia Equipo Seminarista.



---

## CAPÍTULO II: **MARCO DE REFERENCIA**

## **2.1. EJE TEMÁTICO N° 1: ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE SALUD.**

### **1.1. Breve Reseña Histórica sobre el concepto de Salud.**

A lo largo de la historia se han estructurado distintas interpretaciones teóricas que definen el concepto de Salud, las que requieren de una revisión exhaustiva en orden a comprender la dinámica que ha tenido el término a través del tiempo.

La revisión histórica indica que la palabra “Salud”, aparece en los escritos sólo a partir del s. I d.C. y representaba una idea muy general de la condición de ser saludable. Por otra parte, la visión griega representada por Hipócrates señala que la Salud era el resultado del equilibrio y la armonía entre los factores del cuerpo, el ambiente y los estilos de vida. Esta visión integral del concepto termina en el s. XVII con Descartes, quien plantea al cuerpo y la mente como dos elementos aparte. En esta lógica, el cuerpo es entendido como una máquina compleja, donde la enfermedad es vista como un quiebre y el trabajo médico como una reparación de éste. Esta concepción permanece vigente en nuestro siglo, sin embargo, en un intento de retomar la visión holística, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una definición que refleja más bien una condición ideal y enfatiza los aspectos positivos.

### **1.2. Definición de Salud según la Organización Mundial de la Salud.**

Para la OMS, la Salud es un concepto dinámico, entendido en un sentido amplio como “un completo estado de bienestar físico, mental y social, del individuo y no sólo la ausencia de enfermedad<sup>46</sup>

En la Conferencia Mundial de Atención Primaria en Salud ALMA ATA (1978), se hace alusión a que “éste estado de bienestar, incluye a la familia y la sociedad en conjunto, constituyéndose también en un bien social, un derecho de la humanidad y un componente esencial de la calidad de vida, del crecimiento y desarrollo integral de un país.”<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup>OMS, 1948

<sup>47</sup>OMS, 1978

### 1.3. Salud como Orientación Teórica.

La Salud es un concepto que ha evolucionado en función de los paradigmas científico – humanistas que han predominado en cada momento histórico. Las orientaciones más representativas del concepto de salud, son las siguientes:

<p><b>Salud como Ausencia de Enfermedad</b></p>	<p>Se basa en una visión biomédica y reduccionista, focalizada en las funciones fisiológicas, separándolas de las mentales. Desde ésta perspectiva, los esfuerzos deben orientarse hacia el diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos. Hasta el día de hoy, ésta acepción es ampliamente aceptada, especialmente por las ciencias biomédicas.</p>
<p><b>Salud como Desempeño del Rol</b></p>	<p>Según Parsons, la salud puede definirse como un estado de capacidad óptima del individuo para desempeñar en forma efectiva, los roles y tareas para los cuales ha sido socializado. Se enfatiza la necesidad de entender la salud como un concepto valorativo. Una persona puede estar enferma, pero si desarrolla adecuadamente sus roles y tareas, se le considera sano.</p>
<p><b>Salud como Adaptación</b></p>	<p>Esta aproximación teórica desarrollada por Dubos, plantea que la salud y la enfermedad, son la expresión del éxito o fracaso del organismo en sus esfuerzos para responder adaptativamente a los cambios del ambiente. Así, la salud estaría determinada por la capacidad de la persona para ajustarse a los sucesos vitales</p>
<p><b>Salud como Maximización del Potencial Humano</b></p>	<p>Ésta corresponde a una visión que incorpora una cualidad metafísica, añadiendo las dimensiones adaptativas y actualizadoras en el concepto de salud. Se considera entonces, como la maximización de las condiciones individuales y ambientales para el logro del potencial humano.</p>

**Cuadro N°8:** Orientaciones Representativas Concepto Salud.

Lo anterior precisa que el concepto de salud, es un constructo multidimensional, donde la ausencia de enfermedad no tiene protagonismo, pero que incluye dos atributos esenciales<sup>48</sup>:

<b>Adaptación Biopsicosocial</b>	Un equilibrio dinámico entre los sistemas biológicos, psicológicos y sociocultural del individuo incluyendo además, la capacidad para ajustarse a eventos vitales y a los diferentes roles.
<b>Auto-actualización</b>	Referida a la maximización del potencial de la persona a través de las conductas dirigidas a metas, el crecimiento personal, reflexivo y la vida productiva.

**Cuadro N°9:** Atributos Esenciales Concepto Salud.

El concepto de salud en el plano local, se traduce e instrumentaliza en la aplicación de distintos modelos o enfoques de desarrollo de Atención de Salud, los cuales a través de la historia de Chile han entregado respuesta a las demandas y expectativas de la población, detallados a continuación:

#### 1.4. Modelos de Salud<sup>49</sup>.

Década	1910	1940	1970
<b>Etapa</b>	Etapa Científico Natural	Etapa Científico Social	Etapa Promoción de la Salud-Bioética
<b>Modelo</b>	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial	Modelo Humanista
<b>Característica General</b>	Medicina como Ciencia	Ciencias Socio Médicas (OMS)	Medicina Familiar y Comunitaria

**Cuadro N°10:** Modelos de Salud.

**a. Modelo Biomédico:** Éste se define por focalizarse en la enfermedad, implementado en Chile durante varias décadas, contribuyó a mejorar directamente los indicadores de salud. Su contribución se debió en gran medida a que se constituyó en un modelo adecuado a la situación epidemiológica frente a la que debió actuar, puesto que las enfermedades que mayores y más precoces muertes producían, fueron vulnerables al tipo de estrategia utilizada. Sin embargo, sustentado en una concepción biomédica de la salud, éste modelo se volvió obsoleto para hacer frente a los actuales desafíos en salud.<sup>50</sup>

<sup>48</sup>Simmons, 1993

<sup>49</sup>Castañeda, 2001

<sup>50</sup>Ministerio de Salud, 1993.

**b. Modelo Biopsicosocial:** Emerge desde el contexto del modelo anterior, caracterizándose por poseer una perspectiva más amplia, considerando no sólo variables de índole biológica, sino también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental. La aplicación de una concepción biopsicosocial de la salud exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela y medio ambiente. Exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las distintas etapas de la vida.<sup>51</sup>

Los profesionales del sector salud en éste modelo, dejan de ser los únicos expertos capaces de hacer aportes en el área, reconociendo que otros sectores y personas se encuentran habilitados para adquirir, aplicar y enseñar salud: el saber se comparte haciéndose más democrático. Emerge así la interdisciplina y el trabajo en equipo como una necesidad y no sólo como alternativa deseable desde el punto de vista organizacional.<sup>52</sup>

Bajo ésta lógica, el modelo biopsicosocial insta a reconocer la complejidad de los problemas de salud desde una mirada de intersectorialidad, que por consiguiente, implica contar con la participación de todos los sectores parte del desarrollo social, político, técnico y económico de los diferentes niveles de gestión, para de manera conjunta actuar de forma eficaz.<sup>53</sup>

Para facilitar la comprensión entre los Modelos Biomédico y Biopsicosocial, a continuación se grafican las principales diferencias<sup>54</sup>:

Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Predominan las disciplinas biomédicas	Existe un enfoque transdisciplinario (Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales)
Atención de Pacientes en específico (Casos Clínicos)	Atención de la dimensión individual en el contexto familiar y social
Visión Especializada	Visión de Integralidad
Enfermedad » Curación	Salud » Prevención
Anamnesis de alteraciones somáticas. Historia natural de la enfermedad	Percepción subjetiva. Historia Socio-Cultural-Biográfica
Comunidad como receptor pasivo de las acciones del Equipo de Salud	Comunidad como agente activo corresponsable de su estado de salud.

**Cuadro N°11:** Diferencias entre Modelos de Salud.

<sup>51</sup>Ministerio de Salud, 1993

<sup>52</sup>Ministerio de Salud, 1993

<sup>53</sup>Ministerio de Salud, 1993.

<sup>54</sup>Castañeda, 2001

**c. Modelo Humanista<sup>55</sup>:** En nuestro país, en el año 1998, el Ministerio de la Salud dio inicio a un programa de atención para nivel primario denominado Salud Familiar, conocido también como Atención de Salud con Enfoque Familiar o simplemente Salud Familiar.

Pese a la preocupación por la familia, es preciso reconocer que fue a partir de 1981 que se inicia el debate sobre la formación de médicos especialistas en medicina familiar, la Salud Familiar, el Equipo de Salud Familiar y el Enfoque Familiar en el tratamiento de enfermedades.

En los años que han transcurrido desde entonces se han sumado diversos aportes desde Universidades, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y General, algunas iniciativas locales y en especial la experiencia de desarrollo del Programa Ministerial, los que han generado actualmente las condiciones básicas para poder hablar de la implementación progresiva del Modelo de Salud Familiar en los establecimientos de nivel primario del SNSS.

La propuesta del Modelo de Salud Familiar se inserta en la historia de la Salud Pública chilena rescatando lo mejor del modelo anterior y proyectando hacia el futuro, en el contexto de la reforma sectorial el refuerzo de sus principios y la consecución de sus metas, destacándose los siguientes elementos fundamentales:

- » Continuidad de atención, cuidados preventivos y promocionales, proporcionada por el Equipo de Salud de cabecera de cada familia y la red de establecimientos de salud.
- » Capacidad diagnóstica, donde cada establecimiento dispone de equipos y Recursos Humanos calificados para confirmar diagnósticos evitando traslados innecesarios y reduciendo costos.
- » Prestación de servicios integrados, en cada actividad de morbilidad se incorporan contenidos de prevención, promoción y viceversa.
- » Atención integral en domicilio, en medida que lo requieran las familias son visitadas por uno o más miembros del Equipo de Salud en relación al Plan de Intervención elaborado con ellos.
- » Autocuidado individual y familiar, el componente educativo cobra relevancia para que como individuos y familia exista autonomía para tomar decisiones en salud de manera oportuna y criteriosa.
- » Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia, con tal de promover la participación de más de un integrante ya sea en actividades preventivo – promocionales como en las recuperativas.

---

<sup>55</sup> Apuntes de Cátedra Trabajo Social en Salud, "Atención de Salud con Enfoque Familiar", 2008.

En resumen, el cambio de modelo como proceso de desarrollo gradual implica la transformación de Consultorios Tradicionales en Centros de Salud (CES). El proceso ha sido identificado en cuatro etapas hasta alcanzar la fase de consolidación que corresponde al Centro de Salud Familiar (CESFAM), donde se pueden observar la mayoría de las características del enfoque de Salud Integral Familiar mencionadas anteriormente.

### 1.5. Niveles de Atención en el Sistema de Salud.

La Red Asistencial de Salud corresponde a un conjunto de organizaciones vinculadas en el ciclo salud – enfermedad las que actúan en un determinado territorio de un Servicio de Salud, donde la atención de salud y las prestaciones otorgadas se entregan según niveles, organizados de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial, en este sentido, entendemos lo siguiente como un desglose de la entrega de la atención en el sector público. Éstos se detallan a continuación<sup>56</sup>:

#### a. Nivel Primario:

Los establecimientos de nivel primario son la primera instancia a la que deben acudir las personas con algún problema de salud, perfilándose como la puerta de entrada al sistema de salud pública. Desde estos establecimientos básicos, los casos más graves son derivados a los niveles superiores de atención. Son estos casos los que componen el grueso de la población atendida por los establecimientos secundarios y terciarios. Las características propias de los establecimientos del nivel primario de atención<sup>57</sup> son:

Establecimientos de Nivel Primario	
<b>Complejidad</b>	Baja.
<b>Cobertura Poblacional</b>	Alta.
<b>Atención</b>	Ambulatoria (abierta).
<b>Medios</b>	Unidades simples de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
<b>Actividades</b>	Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria.
<b>Personal</b>	Médicos Generales y Personal de Colaboración (Técnicos, Auxiliares, etc).
<b>Tipos de Establecimientos</b>	Consultorios Generales, Centros de Salud, Servicios de Urgencia, postas de Salud y Estaciones Médicas.

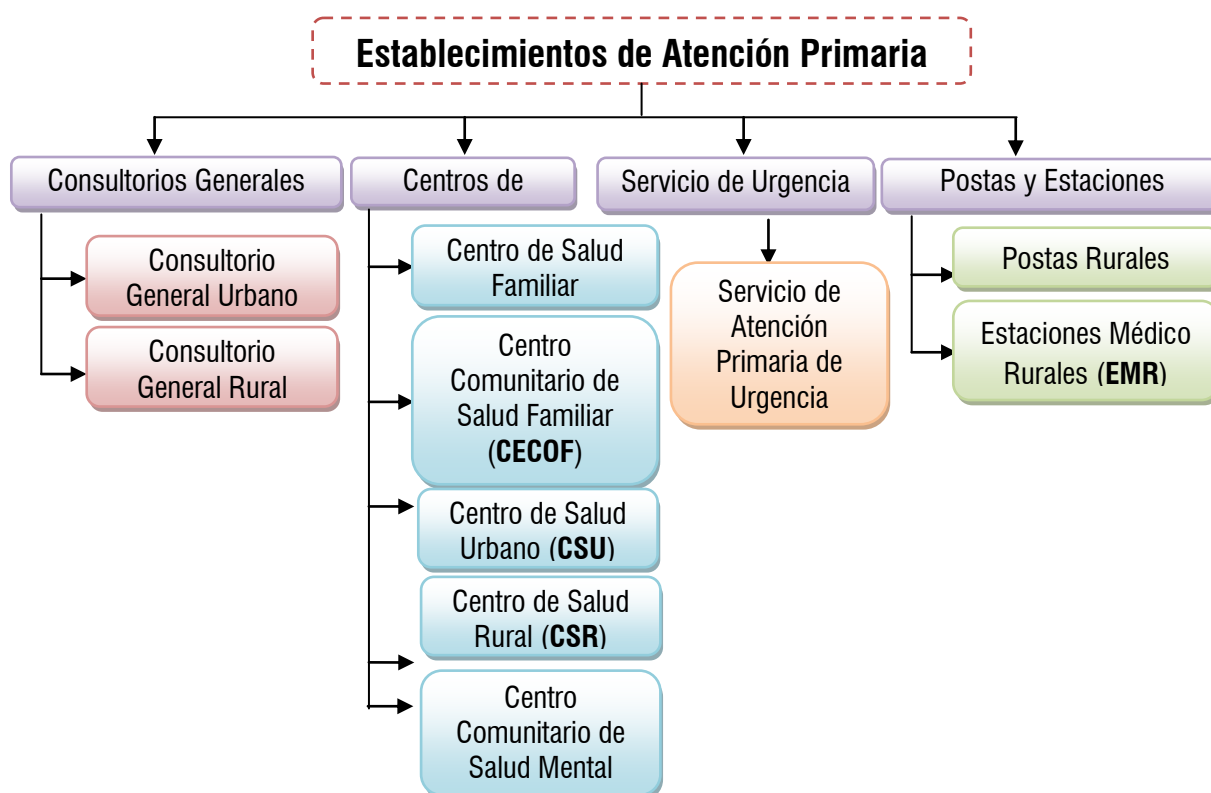
**Cuadro N° 12:** Características de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS); **Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista

<sup>56</sup>NARBONA, Karina | DURAN, Gonzalo: Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral, Sindical e Institucional

<sup>57</sup>**Cuadro N° 12:** Características de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS); Elaboración Equipo Seminarista.

Los establecimientos que componen la red asistencial de la Atención Primaria son múltiples, y corresponden en su mayoría a distintas variedades de consultorios. Esta multiplicidad de establecimientos en la mayoría de las comunas del país, existe con el objetivo de entregar una mayor disponibilidad de atención a la población usuaria, posibilitándole de paso ejercer cierta selectividad respecto al tipo de establecimiento al que acude. De esta manera el principal criterio de su elección ya no debiera ser exclusivamente el de la accesibilidad del establecimiento. Dicho principio es el que mueve la adopción de un modelo de salud en “red”, concebido en la reforma de salud.

En detalle, los distintos tipos de establecimientos pueden apreciarse en la siguiente figura<sup>58</sup>:



**Diagrama N° 13:** Estructura Detallada de los Establecimientos de Atención Primaria

<sup>58</sup>**Diagrama N° 13:** Estructura Detallada de los Establecimientos de Atención Primaria. Elaboración Equipo Seminarista.

**b. Nivel Secundario:** En términos generales, el rasgo fundamental de este nivel es que, en conjunto con el nivel terciario, sirve de referencia para la Atención Primaria, y sus recursos, para satisfacer las demandas son más complejos. Específicamente se caracteriza<sup>59</sup> por:

Establecimientos de Nivel Secundario	
<b>Complejidad</b>	Media.
<b>Cobertura Poblacional</b>	Media.
<b>Atención</b>	Ambulatoria (abierta) y Hospitalaria (cerrada).
<b>Medios</b>	Unidades diferenciadas de Atención Directa al paciente y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
<b>Actividades</b>	Principalmente actividades de Recuperación y Rehabilitación de pacientes más complejos, a través de un tratamiento especializado y eventualmente una internación por varios días.
<b>Personal</b>	Mayor dotación de Médicos Generales y de Médicos Especialistas, como así también de Personal de Colaboración
<b>Tipos de Establecimientos</b>	Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria con Tecnología de Especialidad

**Cuadro N° 13:** Características de los Establecimientos de Atención Secundaria de Salud (ASS).  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Los establecimientos de estos niveles son los Hospitales y los Centros de Atención Primaria con tecnología de especialidad, entre los cuales se encuentran, los Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) y Centro de Referencia de Salud (CRS). Los Hospitales son establecimientos destinados a tratar a aquellos pacientes que han sido derivados desde el nivel primario o bien derivados de emergencia. Los servicios que el hospital entrega se encuentran reunidos en la que es su principal función, la función asistencial. Estos se llevan a cabo a través de las Unidades de Atención Directa de Pacientes y las Unidades de Apoyo Diagnóstico, ya sea a través de la sección de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Anatomía Patológica, Radiología o Medicina Nuclear.

**c. Nivel Terciario:** El nivel terciario está orientado a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad 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, supra regional y en ocasiones, nacional.

<sup>59</sup>**Cuadro N° 13:** Características de los Establecimientos de Atención Secundaria de Salud (ASS). Elaboración Propia Equipo Seminarista.

Las características de este nivel, se describen en el siguiente diagrama<sup>60</sup>:

<b>Establecimientos de Nivel Terciario</b>	
<b>Complejidad</b>	Alta.
<b>Cobertura Poblacional</b>	Baja.
<b>Atención</b>	Ambulatoria (abierta) y Hospitalaria (cerrada).
<b>Medios</b>	Unidades Complejas de Atención Directa al Paciente, como así también de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
<b>Actividades</b>	Actividades de Recuperación y Rehabilitación de pacientes con problemas o patologías atingentes a una determinada especialidad médica, con alta complejidad técnicas (Ej: Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, Neurología).
<b>Personal</b>	Médicos Especialistas y Personal de Colaboración
<b>Tipos de Establecimientos</b>	Institutos, Hospitales de Especialidad y Centros Clínicos Especializados.

**Cuadro N° 14:** Características de los Establecimientos de Atención Terciaria de Salud (ATS).  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En estos establecimientos, se realizan actividades de alta complejidad y 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.

### 1.5.1. Clasificación de Hospitales:<sup>61</sup>

#### » HOSPITAL TIPO 1 DE ALTA COMPLEJIDAD

Tienen las 4 especialidades básicas de la medicina (Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia), Enfermería y la totalidad de las sub especialidades.

Los Hospitales Tipo 1 se encuentran ubicados en ciudades con más de 500.000 habitantes y cuentan con un mínimo de 500 camas aproximadamente. Se encuentran ubicados en las ciudades cabeceras de los Servicios de Salud, constituyendo el Hospital Base de cada unidad del sistema, cuando el tamaño del Servicio de Salud o su ubicación geográfica lo justifique. Es el establecimiento de atención cerrada con el mayor nivel de complejidad, tiene adosado un Centro de Diagnóstico Terapéutico. El área de influencia corresponde al territorio geográfico de 1 o más Servicios de Salud.

<sup>60</sup>**Cuadro N° 14:** Características de los Establecimientos de Atención Terciaria de Salud (ATS). Elaboración Propia Equipo Seminarista.

<sup>61</sup><http://wiki.ead.pucv.cl>

Posee Servicio de Urgencia organizado, Residencia Interna diferenciada por Servicio Clínico y Unidades de Tratamiento Intensivo. El recurso humano comprende prácticamente la totalidad de las especialidades y subespecialidades clínicas, pudiendo faltar aquellas que por razones de costo-efectividad, deban concentrarse en algunas Unidades del Sistema, estratégicamente distribuidas en el país.

» **HOSPITAL TIPO 2 DE ALTA COMPLEJIDAD.**

Tienen las 4 especialidades básicas de la Medicina, Enfermería y sólo algunas de las sub especialidades. Los Hospitales Tipo 2 se ubican en ciudades con más de 100.000 habitantes como único establecimiento hospitalario, pudiendo tener un Centro de Referencia de Salud adosado y cuentan con menos de 400 camas. También se pueden ubicar en grandes urbes como soporte de los Hospitales Tipo 1. Cuando es el Establecimiento Hospitalario de mayor complejidad del Servicio de Salud, podrá aumentar su nivel de complejidad por sobre lo establecido en el listado de prestaciones y tendrá adosado un Centro Diagnóstico Terapéutico.

Tiene Servicio de Urgencia diferenciado de la Residencia Interna, Servicios Clínicos diferenciados para especialidades básicas, Unidades de Tratamiento Intermedio y en casos justificados, Unidad de Tratamiento Intensivo. Los recursos humanos comprenden médicos especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Anestesiología, Psiquiatría, Traumatología, Neurología, Radiología, Fisiatría y Urología. Otros recursos son: Psicólogo, Enfermera, Matrona, Nutricionista, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Tecnólogo Médico, Químico Farmacéutico, Asistente Social, Auxiliar Paramédico, Personal Auxiliar y Administrativo.

» **HOSPITAL TIPO 3 DE MEDIANA COMPLEJIDAD.**

Cuentan sólo con las 4 especialidades básicas y Enfermería. Se encuentran ubicados en localidades de hasta 50.000 habitantes y cuentan con menos de 200 camas, cuya área de influencia corresponde a las poblaciones asignadas a los Consultorios Rurales y Generales Urbanos, no siendo éste superior a 70.000 personas. Se pueden ubicar también en grandes ciudades, sirviendo para atender la demanda de hospitalización de menor complejidad de estas localidades. Los recursos humanos presentes son: Médicos Generales, Médicos Especialistas (Internistas, Pediatra, Gineco-Obstetra, Cirujano y Anestesta), Enfermera, Matrona, Asistente Social, Nutricionista, Kinesiólogo, Auxiliar Paramédico, Personal Administrativo y Auxiliares De Servicio.



#### » **HOSPITAL TIPO 4 DE BAJA COMPLEJIDAD.**

Tienen Medicina Familiar y Enfermería, y poseen camas indiferenciadas para adultos y niños. Se encuentran ubicados en ciudades con más de 10.000 habitantes y tienen un número aproximado de camas inferior a 100. Su área de influencia comprende las poblaciones asignadas a los Consultorios Rurales y Generales del sector, no siendo ésta superior a 30.000 habitantes. Cuenta con Atención Médica de Urgencia 24 horas al día y puede tener un Consultorio General Urbano adosado.

Los recursos humanos existentes son: Médico General, Enfermera, Matrona, Asistente Social, Tecnólogo Médico, Nutricionista, Auxiliares Paramédicos, Auxiliares De Servicio y Personal Administrativo.

En este contexto y luego de la revisión de los antecedentes expuestos, es pertinente señalar que el Hospital Carlos Van Buren, se define por la categoría “Hospital Tipo 1 de Alta Complejidad”.

Dado que, según los antecedentes expuestos posee un número de camas que asciende a 542, elemento que permite su encuadre dentro de la categoría mencionada, además de las especialidades con las que cuenta y de ser denominado un centro suprarregional de referencia.

## A. USUARIOS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA CHILENA.<sup>62</sup>

A nivel nacional, las/os afiliadas/os al Fondo Nacional de Salud, corresponden a 13.202.753 de personas, que representan el 76,2% de la Población Chilena<sup>63</sup>, y la distribución de éste valor por Región y Tramos de Ingreso respecto de la Población Total y Nacional es:

<b>Distribución de Afiliados al Fondo Nacional de Salud según Tramo, Población y Porcentaje Equivalente. Región de Valparaíso.<sup>64</sup></b>		
<b>Tramos de Fonasa</b>	<b>Población por Tramo</b>	<b>Porcentaje en relación a Pob. Quinta Región</b>
FONASA A	353.599	19,8%
FONASA B	484.489	27,1%
FONASA C	241.579	13,5%
FONASA D	312.749	17,5%
Total	1.392.416	77,9%
Proyección Censo <sup>65</sup> al año 2011 Quinta Región: 1.786.618		

**Cuadro N° 15:** Distribución Afiliados FONASA Región Valparaíso.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En términos generales, la población beneficiaria de la Región de Valparaíso, corresponde a 1.392.416 de personas, equivalente a un 77,9% de la población total de la región, antecedente que representa al 10,5% del total de afiliados a nivel nacional, valor que supera a la media nacional de afiliados, el que corresponde a un 76,2%, con 13.202.753 personas.

En segundo orden, la Región de Valparaíso presenta una tendencia respecto de la cantidad de afiliados por Tramos, siendo el de mayor representatividad el Tramo FONASA B. Mientras que el subtotal de las/os afiliados que deben cancelar un porcentaje respecto a la prestación de salud, compuesto por la el total de usuarios/as de los Tramos B, C y D, asciende a 1.038.817 personas, equivalente al 58,1% de la población regional afiliada, superando la media nacional que asciende a un 53,7%.

<sup>62</sup><http://ssvalparaiso.redsalud.gob.cl>

<sup>63</sup> Estadísticas Demográficas, Fondo Nacional de Salud, 2011, <http://www.fonasa.cl>

<sup>64</sup>**Cuadro N° 15:** Distribución Afiliados FONASA Región Valparaíso, según Tramo, Población y Porcentaje Equivalente.

<sup>65</sup>Proyección INE CENSO 1990 – 2050, llevados a Diciembre de cada año.

A nivel jurisdiccional, el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, entrega atención a un total de 403.807 personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud, antecedentes desarrollados a continuación:

<b>Estadística de Población Beneficiaria, Fondo Nacional de Salud según Tramos de Ingreso y Comuna<sup>66</sup>.(Dic. 2011)</b>						
<b>Servicio de Salud</b>	<b>Comuna</b>	<b>TRAMOS DE INGRESO</b>				
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
VALPARAISO - SAN ANTONIO	VALPARAISO	71.692	81.891	43.503	57.710	254.796
	CASABLANCA	3.901	6.283	4.053	5.185	19.422
	SAN ANTONIO	23.007	28.154	12.868	17.679	81.708
	ALGARROBO	2.912	3.324	1.625	1.798	9.659
	CARTAGENA	5.758	5.125	2.168	2.431	15.482
	EL QUISCO	3.435	3.158	1.254	1.627	9.474
	EL TABO	2.003	2.002	782	1.057	5.844
	SANTO DOMINGO	1.493	2.652	1.480	1.797	7.422
<b>Total SSVSA</b>						<b>403.807</b>

**Cuadro N° 16:** Estadística de Población Beneficiaria FONASA según Tramo, Ingreso y Comuna.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En la tabla precedente es posible observar la relación existente entre los grupos de beneficiarios de FONASA correspondientes al Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, disgregados por tramo de ingreso frente a la comuna donde se recibe la atención de salud.

En consideración a los datos expuestos, se observa una notoria mayoría en cuanto a la prestación de servicios en la comuna de Valparaíso, donde se concentra el 63% de las atenciones otorgadas a nivel general en el Servicio citado.

En cuanto a representación de usuarios disgregados por tramo de ingreso, la medición señala que el tramo que condensa el mayor número de usuarios corresponde al tramo "b" con un total de 132.589 personas, de las cuales el 61,7% se atiende en la Ciudad de Valparaíso correspondiendo a un total de 81.891 usuarios/as.

Respecto del número de usuarios que se atiende en el tramo de ingresos "a", podemos señalar que éstos corresponden a un total de 114.201 personas, de las cuales el 63% recibe atención en la Ciudad de Valparaíso, correspondiendo a un total de 71.692 usuarios/as.

Del mismo modo, en la Ciudad de Valparaíso, los/as usuarios/as correspondientes a los cuatro tramos de ingreso suman un total de 254.796, de los cuales un 60,3% se sitúa en los

<sup>66</sup>**Cuadro N° 16:** Estadística de Población Beneficiaria FONASA según Tramo, Ingreso y Comuna. Elaboración Equipo Seminarista.

tramos “a” y “b”, equivalentes a 153.583 personas, ubicadas en los tramos de ingresos más bajos.

<b>Estadística de Población Beneficiaria del Fondo Nacional de Salud según Población asignada por Servicio de Salud y Quinquenio de Edad. (Dic. 2011)<sup>67</sup></b>	
<b>Quinquenio de Edad</b>	<b>Servicio de Salud Valparaíso/San Antonio</b>
0-4 años	24.167
05-09 años	25.309
10-14 años	28.673
15-19 años	32.051
20-24 años	33.049
25-29 años	26.776
30-34 años	25.656
35-39 años	25.879
40-44 años	26.662
45-49 años	28.692
50-54 años	27.089
55-59 años	22.286
60-64 años	19.427
65-69 años	17.599
70-74 años	13.832
75-79 años	10.878
80 y+ años	11.664
<b>Sin. Edad</b>	4.618
<b>TOTAL</b>	<b>403.807</b>

**Cuadro N° 17:** Estadística de Población beneficiaria de FONASA según Población asignada por Servicio de Salud y Quinquenio de Edad.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

La atención de salud entregada por éste Servicio de Salud categorizada según rangos de edad (ver cuadro n° 17. “Estadística de Población beneficiaria de FONASA según Población asignada por Servicio de Salud y Quinquenio de Edad”), permite reconocer que el 18,1% de la población atendida bajo la jurisdicción de éste Servicio, tiene 60 años y más, equivalente a 73.400 personas, lo que en relación a la estadística anterior que mantiene éste servicio del año 2010, que indica una disminución porcentual de 1 punto, desde un 19,1% (74.699 personas), aspecto que cobra relevancia al ser comparado con la tasa de crecimiento del segmento de la población chilena de 60 años y más<sup>68</sup>, el que en un sentido lineal, se ha duplicado en la primera mitad del siglo XX, llegando a cuadruplicarse en los cincuenta años siguientes.

<sup>67</sup>**Cuadro N° 17:** Estadística de Población beneficiaria de FONASA según Población asignada por Servicio de Salud y Quinquenio de Edad. Elaboración Equipo Seminarista.

<sup>68</sup>Se usa la edad de 60 años para describir el adulto mayor sobre la base de la definición usada en las Naciones Unidas.



En la actualidad este grupo de edad alcanza a casi 1,9 millones de individuos los cuales constituyen el 12,9% de la población total chilena, antecedente que contrasta con el 14,9% a nivel de la región de Valparaíso, superando la media nacional.

Dado éste contexto, es que el Hospital Carlos Van Buren, en su calidad de Hospital Base de la Región de Valparaíso actúa como Centro Asistencial de Referencia a nivel suprarregional, por lo tanto y dada la alta prevalencia del segmento adultos mayores es que concentra sus esfuerzos en mantener acciones tendientes a optimizar el trabajo y la atención realizada con este segmento y sus familiares. Reflejo de aquello, es el antecedente de “Capacitación” entregado en la Cuenta Pública 2011, el que señala que los lineamientos ministeriales de mejorar la calidad y trato al usuario/a, la gestión y el desarrollo de las personas han sido ejes que han duplicado su instrucción entre 2010 y 2011 manifestando de forma explícita la preocupación del Hospital y su gestión interna de generar los cambios que relevan al paciente a una modalidad de atención que busca de forma sostenida, mejorar la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores.



## 2.2. EJE TEMÁTICO N° 2: ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE GESTION.

### Preámbulo.

El proceso de Reforma, que alcanza fuertemente la forma de gestionar los Hospitales, pretende reorientar los estilos actuales de gestión hacia una organización en red. El principio básico del funcionamiento en red es que el problema se resuelve donde estén las mejores condiciones, competencias y capacidad de impacto, lo que se logra con la cooperación del resto de los otros componentes de la red. La red de servicio en el ámbito de la gestión, corresponde al sistema de recursos asistenciales que satisfacen las necesidades de salud de la población en un área geográfica determinada; establece niveles de complejidad, generando actividades definidas, diferenciadas y complementarias entre sí.

La Gestión en Red debe asegurar la complementariedad entre los niveles de diferente complejidad médica para que los problemas de salud se enfrenten eficaz y oportunamente, postulándose que ningún Establecimiento es más importante que otro y lo verdaderamente significativo son las relaciones que los sustentan. Se pretende, entonces, una lógica de funcionamiento y de liderazgo que genere una acción coherente y coordinada en red, siendo la construcción de estas nuevas prácticas un desafío en el modelo de gestión de cada recinto asistencial.

El modelo de gestión constituye la representación dinámica y flexible del conjunto de funciones y técnicas gerenciales que adoptará el hospital para dar respuesta a los requerimientos sentidos de la comunidad usuaria. Esto implica para el Hospital un proceso permanente de apertura y adaptación a las necesidades de la comunidad, y estar atento a los cambios e incorporación de nuevas propuestas de desarrollo gerencial.

Dicho modelo de gestión es el que posibilita el cumplimiento de las actividades que el modelo de atención entrega a la población, el cual debe ser concordante con las características definidas para éste:

- » Atención Oportuna
- » Atención Humanizada
- » Cuantitativamente suficiente; objetivada en las proyecciones de demanda.
- » De calidad, utilizando guías de práctica clínica (protocolos, evidencia). Práctica de evaluación permanente, de los procesos y del resultado.
- » Satisfacción del usuario, con práctica de evaluación permanente.
- » Satisfacción de los prestadores, con práctica de evaluación permanente.

Es en este contexto en el cual se enmarcan las nociones asociadas a la Gestión Clínica, que pasamos a describir en lo sucesivo, asimismo se considera pertinente la inclusión y tratamiento de otros elementos conceptuales que se vinculan tangencial o directamente con las ideas de Gestión.

### **A. GESTIÓN CLÍNICA.**

Desde una perspectiva general, el término Gestión<sup>69</sup> será definido como: “el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos, el conjunto de acciones ejecutadas por el profesional, en grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad”.

Mientras que el concepto anterior, en el ámbito clínico, como Gestión Clínica, se define como “la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes”<sup>70</sup> implica esto comprender que es un modelo mediante el cual, la utilización de instrumentos de la administración y la gestión hospitalaria permiten dirigir instituciones de salud a través del planteamiento, administración y control, con base en la información clínica y en conjunto con la información económica para construir de manera integral los procesos e identificar los productos por sus características clínicas, por su utilización y por su costo. En esencia, no es un concepto nuevo. Por el contrario, es una forma de administrar utilizando lo conocido pero construyéndolo de manera deferente. A partir de la mirada de dos disciplinas con intereses diferentes pero con elementos comunes a favor de incrementar la calidad de la atención de los pacientes.

---

<sup>69</sup>Meleis, Afaf Ibrahim. Theoretical Nursing : development and progress.

<sup>70</sup> TEMES, José Luis, Gestión Hospitalaria, Editorial Mc Graw-Hill, Tercera Edición.

Los elementos que permiten clarificar el uso de la Gestión Clínica como forma de guiar el funcionamiento del Hospital son<sup>71</sup>:

- a. **No precisa cambios normativos:** Desde el punto de vista externo a las organizaciones sanitarias, la mayor ventaja de la gestión clínica, es precisamente que no requiere de cambios a nivel de legislación para su implementación, por lo que esta fórmula parece razonablemente ajena al debate parlamentario entre gobierno y oposición.
- b. **Es un proceso paulatino y voluntario:** Se trata de llevar al hospital cambios organizativos y culturales que permitan optimizar los recursos y mejorar la calidad de forma progresiva. Con la gestión clínica se intenta impregnar a los diversos colectivos del hospital de una nueva manera de hacer las cosas.
- c. **Conlleva autonomía de gestión:** La gestión clínica provoca un desplazamiento formal de la toma de decisiones, y así enlaza con una antigua reivindicación profesional, y en muchos casos sindical, de participar activa y constructivamente en las decisiones que se toman dentro del hospital. Se establece un binomio imprescindible entre decisión y responsabilidad y la responsabilidad habrá de establecerse en términos de resultados: mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad.  

También agiliza la capacidad de respuesta de la organización, es decir, las unidades de gestión clínica son más rápidas y más flexibles a la hora de tomar decisiones o de adaptarse a nuevas decisiones que el conjunto del hospital.
- d. **Mejora las relaciones entre profesionales y usuarios:** En general todas las unidades se han marcado objetivos en esta línea y así, las quejas, las encuestas post hospitalización o los reclamos se han convertido en parámetros a tener en cuenta.
- e. **Mejora la motivación del personal:** La voluntad, la participación en la toma de decisiones y la firma responsable de programas con la gerencia de los centros asistenciales han hecho que muchos profesionales abandonen actitudes de desmotivación, puesto que los objetivos o resultados son definidos y dependen de ellos.
- f. **Proporciona mayor y mejor información:** La necesidad de elaborar un programa, de conocer los costos de los procesos que se realizan, así como la actividad del conjunto de

---

<sup>71</sup> TEMES, José Luis, Gestión Hospitalaria, Editorial Mc Graw-Hill, Tercera Edición.



unidad clínica aporta información relevante estimulando los grupos constituidos a proponer líneas de actuación y objetivos de mejora.

Dentro del marco de trabajo orientado a mejorar la Gestión Interna, en términos de incrementar los estándares respecto de la calidad en la atención, trato al usuario y en definitiva, la consideración del paciente como sujeto de derechos y de deberes y no como objeto de atención clínica, es que en concordancia con las disposiciones ministeriales y el modelo de salud Chileno, dio origen a la implementación de la iniciativa “Hospital Amigo”.

## **B. HOSPITAL AMIGO<sup>72</sup>.**

Surge en el año 2007 el desafío de implementar un Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, donde la participación del Usuario, la Familia, la Comunidad y la Sociedad Civil se convierten en una exigencia que debe estar presente en cada uno de los procesos organizativos.

Coherente con un modelo de atención cercano a las personas, se plantean objetivos ministeriales que dan inicio a cambios profundos en los énfasis y del cómo hacer la actividad clínica al interior de los hospitales. Es así como la apertura de los hospitales da cuenta a la interrelación de los siguientes objetivos sanitarios y líneas programáticas:

- **PRIORIZACIÓN POR LOS ADULTOS MAYORES**
- **PRIORIZACIÓN DE LOS NIÑOS/AS**
- **SALUD COMPROMETIDA, ACOGEDORA Y PARTICIPATIVA**

Dentro de ésta última se encuentra la línea de “Apertura de los Hospitales a la Familia”, cuyos productos son:

- a. Visita de 6 horas mínimo diaria en todas las Unidades Clínicas.
- b. Incremento de acompañamiento del padre o familiar cercano al parto.
- c. Hospitalización pediátrica acompañada en el día, en el 100% de los hospitales.
- d. Hospitalización adultos mayores acompañados en el día, en el 100% de los hospitales.
- e. Alimentación asistida de acuerdo a dependencia del paciente.
- f. Sistema de acogida e información a la familia.
- g. Integración del familiar en la atención del o la Adulta Mayor hospitalizada y planificación del egreso en conjunto con familia y servicio social.

En el proceso de implementación de estas medidas los hospitales han debido enfrentar por una parte, resistencias de los Equipos de Salud que se han visto sobrepasados por

---

<sup>72</sup>Orientaciones Técnicas “Hospital Amigo”. Julio 2007. Ministerio de Salud.

personas ejerciendo su derecho a visitar a sus familiares hospitalizados y por otra, la necesidad de efectuar inversiones en infraestructura para la recepción adecuada de las visitas. Con relación a las resistencias, estas son propias de una cultura organizacional construida sobre la base de una concepción de hospitales como centros cerrados en que las personas son objetos de atención clínica y no sujetos.

Para efectos del Seminario de Título en curso, se consideró la pertinencia en la profundización de los siguientes productos surgidos en el marco de la línea de trabajo denominada “Apertura de los Hospitales a la familia”, los que se detallan a continuación:

**- VISITA DIARIA DE FAMILIARES DE A LO MENOS 6 HORAS EN TODOS LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL PAÍS.**

Consiste en la ampliación de días y horarios de visita en todos los establecimientos públicos del país, sin excepción.

Se establece un mínimo de 6 horas para que familia y amigos puedan tener acceso a visitar al enfermo hospitalizado en cualquier unidad clínica del establecimiento. Esta normativa y en casos excepcionales podría ser modificada solo por indicación médica.

El horario puede ser continuado o parcelado, de acuerdo a los programas implementados por el establecimiento, como: alimentación asistida y / o acompañamiento diurno y o nocturno, jornadas laborales de los familiares y amigos. Frente a las deficiencias estructurales se sugiere contemplar el trabajo en colaboración con el voluntariado, redireccionando sus funciones y abordando acciones como orientación a los familiares, incorporación en las actividades de control de flujo desde la recepción de los familiares y de guía hasta las salas de hospitalización.

La experiencia en la implementación de esta medida ha contemplado la necesidad de establecer una normativa que rige el acceso y estadía de las personas, al igual el número de los visitantes por enfermo. Se sugiere que estas orientaciones administrativas sean difundidas a nivel local y respondan a una invitación al visitante a cumplirla como una manera de facilitar la recuperación de los enfermos y como un signo de respeto a todos los hospitalizados que necesitan de un ambiente de tranquilidad.

Dichas normas debieran estar referidas a:

- a) La colaboración con el personal, respetando las indicaciones del equipo de salud. Por ejemplo salir de la sala momentáneamente durante un procedimiento a una persona hospitalizada.
- b) Respeto por las necesidades y privacidad de las otras personas hospitalizadas.
- c) La restricción del ingreso de alimentos sin indicación médica.

- d) La definición por el hospital o cada unidad clínica, de los horarios de visita y el número de visitantes por persona hospitalizada
- e) La restricción del ingreso de animales u otro elemento definido por la dirección del hospital.
- f) El respeto por las normas del establecimiento, el personal y las otras personas hospitalizadas y demás familiares.
- g) La orientación a consultar al equipo de salud y a las oficinas de información. En estas últimas también se reciben sugerencias, felicitaciones y reclamos.
- h) La restricción de familiares y acompañantes en caso de encontrarse enfermo.

#### **-ACOMPANIAMIENTO DIURNO Y NOCTURNO A ADULTOS Y ADULTAS MAYORES.**

El objetivo de la integración del familiar al proceso de atención del Adulto Mayor, debe contemplar cada una de las etapas del proceso de cuidados, es decir, el equipo clínico educará a la familia tanto para las actividades de cuidado en el establecimiento como para facilitar su reinserción a su grupo familiar y a la comunidad.

Con relación al punto anterior los establecimientos que desarrollan programas de acompañamiento al Adulto o Adulta Mayor, han incorporado los siguientes aspectos:

- a) La dotación de espacios físicos que faciliten el acceso de los familiares o cuidadores.
- b) Un acompañamiento activo del familiar, que permita la interacción enfermo-familia.
- c) Educación orientada a fortalecimiento del rol terapéutico de los cuidadores o familia mediante entrevistas, entrega clara de información al paciente y familiar por médico tratante, reuniones con los cuidadores, la educación nutricional al paciente y familia y la forma adecuada y sin riesgo en la entrega de los alimentos.
- d) Desarrollo de actividades festivas.

Además, estos planes, fomentan la visita en horario diferido facilitando a los familiares el cumplimiento de sus compromisos laborales y domésticos, y priorizando las horas de alimentación de los pacientes hospitalizado. Incorporan a los familiares en el tratamiento de rehabilitación haciéndoles participar en el traslado y acompañamiento en las salas de rehabilitación si corresponde y colaborando en el tratamiento. La participación del familiar en la rehabilitación debe ser posterior a la transferencia de conocimientos por parte del equipo clínico, y está referida fundamentalmente en el cambio de posición y ejercicios básicos.



Con relación a la alimentación asistida, la experiencia de los establecimientos que cuentan con estos programas, la educación a los familiares se ha hecho, primero incorporando al familiar al horario, para que éste observe y luego acompañando como apoyo al auxiliar en la entrega del alimento, en la etapa siguiente la persona enferma es alimentada por su familiar.

La capacitación debe incluir el entrenamiento en cuidados y atención de la persona adulta mayor hospitalizada para la continuidad del tratamiento y apoyo en el domicilio, además en técnicas de comunicación, considerando que la familia es un espacio privilegiado para la comunicación sobre todo para el adulto mayor en situación de fragilidad.

#### **- ALIMENTACIÓN ASISTIDA DE ACUERDO A LA DEPENDENCIA DE LA PERSONA HOSPITALIZADA.**

En personas adultas mayores y con alteraciones de su estado mental, el estado nutricional puede convertirse en un problema para la recuperación. Pérdida del apetito, problemas en la masticación, dentadura y deglución, sumados a la ausencia de contacto con el medio, hacen que frecuentemente las personas pierden peso y desarrollen desnutrición.

Para solucionar lo anterior, los equipos médicos utilizan distintos sistemas de alimentación como: nutrición parenteral, nutrición enteral y otros, según necesidad. Sin embargo si la persona tiene la función de absorción conservada la mejor alternativa es la alimentación natural, adecuando su consistencia a las condiciones del enfermo y cautelando que la técnica de alimentación minimice los riesgos de aspiración. Por lo tanto, los programas para la implementación de alimentación asistida por familiar deben incluir la educación de aquellos por el equipo clínico.

Se propicia la incorporación de esta actividad en los planes de acompañamiento diurno y nocturno de Adultos Mayores, ya que el contacto afectivo con familiar o tutor mejora los aspectos psicológicos y sociales de la recuperación. Los mismos argumentos son extensivos en el caso de niños hospitalizados con alta dependencia.

Al igual que las otras medidas de Hospital Amigo, en la elaboración de los planes de alimentación asistida deben participar los actores involucrados: el equipo clínico; los familiares y directivos, debiendo a nivel local elaborar programas que incluyan protocolos y normas de procedimiento. En esta última deben incorporarse claramente los deberes y derechos de los enfermos y familiares y la definición de roles y funciones del equipo clínico y del familiar que se incorpora a la actividad.



#### **- SISTEMA DE ACOGIDA E INFORMACIÓN A LA FAMILIA.**

El sistema de acogida e información será entendido como la manera en que el hospital, por una parte ha establecido en forma explícita e informada el horario de recepción de familiares siendo esta adecuada y acogedora y por otra en el cumplimiento de entrega de información: en términos de la calidad y oportunidad en cuatro ámbitos como mínimo.

- a) Identificación del paciente
- b) Entrega información clínica por el médico.
- c) Identificación de los funcionarios
- d) Identificación del médico tratante

Con relación a la identificación de la persona hospitalizada, se sugiere sea puesto en un lugar visible para las visitas y para el equipo tratante. La experiencia de los establecimientos que tienen incorporada esta información la registran al igual que la identificación del médico tratante en una pizarra junto a la cama del paciente. Se sugiere además, no incluir el diagnóstico del enfermo por tratarse de una información confidencial.

Para la entrega de información clínica al familiar es fundamental que el establecimiento incorpore en su plan horarios fijos, coherentes con el horario de visita de tal manera que los familiares no tengan que volver al hospital a otra hora para incorporarse en las actividades de acompañamiento. Siendo de importancia que los hospitales dispongan de espacios físicos que otorguen privacidad facilitando de esta forma la relación del médico con la familia. Una adecuada información incluye un lenguaje sencillo y claro respecto al diagnóstico, pronóstico, tratamiento y evolución del paciente como también de los exámenes que se realiza y sus resultados.

Respecto a la identificación de los profesionales y funcionarios en general, se señala la obligación del uso de credenciales de identificación. Los usuarios deben conocer el nombre y cargo de las personas que los atienden permitiendo de esta manera que sea identificado y requerido cuando los familiares necesiten de su información y orientación.

#### **-INTEGRACIÓN DEL FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y PLANIFICACIÓN DEL EGRESO EN CONJUNTO CON FAMILIA Y SERVICIO SOCIAL.**

Se espera con esta medida que los hospitales cuenten con un sistema que integre a los familiares de los adultos mayores en el proceso de egreso hospitalario.

Los hospitales presentan dificultades en el momento del egreso de algunos enfermos adultos mayores, fundamentalmente aquellos que por su diagnóstico van a requerir de cuidados domiciliarios posteriores y la familia no se ha involucrado en estas funciones previamente.

Los hospitales que realizan trabajo conjunto entre Servicio Social y los Equipos Clínicos señalan que, es posible pesquisar tempranamente estas situaciones elaborando un perfil de las personas adultas mayores hospitalizadas. Algunos de los criterios que los hospitales han utilizado para formular el perfil son:

- a) Enfermos que ingresan por urgencia y que han sido llevado por vecinos.
- b) Enfermos que ingresan mediante el programa calle.
- c) Inasistencias reiteradas de las visitas de familiares.
- d) Enfermos con alto grado de dependencia.

Después de la identificación de este perfil es preciso que exista un plan de egreso que incorpore, además, acciones de educación y motivación para involucrar a la familia en el egreso. Sin perjuicio lo anterior en algunos casos se deberá reconstruir la red de apoyo. Para la elaboración de este plan se requiere previamente la existencia de:

- a) Pesquisa temprana de Adultos Mayores que requieren acciones de involucramiento familiar.
- b) La entrega de información médica a los familiares y/o persona significativa o tutor.
- c) Médico tratante determina según pronóstico fecha posible de alta médica. Esto significa el registro en ficha individual de la persona hospitalizada. La fecha permitirá la determinación de los tiempos de las otras personas involucradas en el egreso.
- d) Un plan de egreso consensuado con familia, Servicio Social y Equipo Clínico.

En general los establecimientos cuentan con sistemas donde participan el Equipo Clínico y el Servicio Social, lo que pretende esta medida es involucrar a la familia como un actor fundamental en el egreso del adulto mayor.

El trabajo conjunto de los actores involucrados, se verá facilitado si a nivel local se norman los procedimientos y se formalizan los acuerdos entre el establecimiento y familiares, mediante instrumentos estandarizados.

Las actividades del Hospital Amigo son parte del modelo de gestión hospitalaria; representan una manera distinta de gestionar y hacer las cosas tanto en lo clínico como en lo administrativo. Las actividades a implementar dan respuesta a los objetivos estratégicos del MINSAL y por tanto son los marcos de la planificación estratégica de los hospitales. El gestor de Red deberá impulsar el cambio cultural que conlleva esta estrategia, incorporando acciones orientadas a la capacitación del recurso humano, generando encuentros de intercambio de experiencias locales entre los hospitales de su red, formulación de procedimientos estandarizados en la red, entre otras iniciativas de utilidad para la adecuada implementación de Hospital Amigo.

Por otra parte, es necesario que los horarios de visita de cada unidad clínica; las normas de funcionamiento de las visitas, los programas de acompañamiento y los avances que los hospitales van teniendo en el proceso de implementación se incorpore como una información permanente y actualizada en las páginas web de cada hospital y Servicio de Salud.

Las medidas de apertura de los hospitales a la familia y comunidad se orientan integradamente hacia un hospital cercano a los usuarios, donde este último es tratado con la dignidad que merece y ejerce los derechos que le son propios y por otra parte un establecimiento dispuesto a respetar y hacer posible el cumplimiento de los derechos de las personas, usuarias del sistema público de salud, en resumen un Hospital Amigo de la persona enferma, la familia y la comunidad.



---

## CAPÍTULO III: **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.**

El trabajo desarrollado en el presente seminario de título, responde a la necesidad expuesta por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren al momento de la inserción del Equipo Seminarista, entorno a conocer el impacto de la problemática definida como Hospitalizaciones Prolongadas, además de las acciones que puedan proponerse desde nuestra disciplina, como contribución a la gestión hospitalaria en relación a la temática.

En éste contexto, es que la Unidad de Servicio Social se hace cargo de un diagnóstico reconocido por los equipos interdisciplinarios, con una mirada desde la disciplina de Trabajo Social. Lo anterior en atención a que este diagnóstico inicial sugería que la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas tenía en su explicación razones eminentemente sociales.

De esta forma, y en la definición de una modalidad de trabajo que lograra adecuarse a las exigencias propias de la dinámica y condiciones de trabajo al interior del Hospital, es que el Equipo Seminarista en concordancia con la Guía Académica, opta por el desarrollo de dos Ejes de Trabajo; Salud y Gestión, en el marco de una iniciativa orientada a entregar aportes desde la Unidad de Servicio Social a la Gestión Hospitalaria.

En el desarrollo de la experiencia, el levantamiento de información se realizó de manera retroactiva en los Servicios Clínicos seleccionados, lo que necesitó un modelo y una lógica de estructuración que permitiese la ductilidad de realizar ajustes a medida que avanzaba el proceso y se empezaban a perfilar los primeros resultados.

Mientras que a nivel de planteamiento de objetivos, el desarrollo de éstos se dio de manera secuencial, donde los resultados que plantea el Objetivo de Trabajo n° 1, dotan de base para el desarrollo del Objetivo de Trabajo n° 2, encontrándose estrechamente vinculados y que en una lógica de trabajo distinta a la de gestión, no podrían haber sido llevados a cabo de la misma manera.

Finalmente, la importancia que reviste la toma de acciones entorno a la problemática, escapan de la lógica de una sola disciplina, siendo innegable la contribución que una mirada integral y donde la metodología seleccionada fue clave para la síntesis de las propuestas desarrolladas.

### 3.2. OBJETIVOS DE TRABAJO Y PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS

**A. OBJETIVO DE TRABAJO N°1:** *“Elaborar una caracterización general de los pacientes en condición de Hospitalización Prolongada al interior de las Unidades de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica y Neurocirugía Adultos del Hospital Carlos Van Buren, considerando: Ubicación, N° Ficha Clínica, Diagnóstico/s, Sexo, Rut, APS de correspondencia, Previsión Social, Tipo de Hogar, Procedencia, Acompañantes, Necesidad Médica del paciente, Categorización de Usuario según Riesgo y Dependencia y Calidad de la Visita, Experiencia del/la paciente en casos de hospitalización prolongada en situaciones referidas por el Equipo de Salud en el marco del proceso de hospitalización y los determinantes que dan origen a la problemática.”*

<b>1.2. DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIADAS.</b>	
<b>Unidad de Baja Complejidad Médica</b>	Corresponde al Servicio Clínico ubicado en el séptimo piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Mediana Complejidad Médica</b>	Corresponde al Servicio Clínico ubicado en el cuarto piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren.
<b>Unidad de Neurocirugía Adultos</b>	Corresponde al Servicio Clínico ubicado en el tercer piso de la Torre Médica del Hospital Carlos Van Buren, distinguiéndose de la Unidad de Pensionado ubicada en el mismo piso.
<b>N° Ficha Clínica</b>	Dato de valor numérico que cumple la función de individualizar al paciente a nivel de registro del Hospital Carlos Van Buren, se asigna por única vez desde la primera atención que recibe el paciente.
<b>Ubicación</b>	Para efectos de la caracterización, corresponde al código compuesto por las siglas de la torre, (TQ: Torre Quirúrgica, TM: Torre Médica), piso de la torre (3ro, 4to, 7mo), número de sala y número de cama donde se encuentra el paciente.
<b>Diagnóstico Principal</b>	Para efectos de la caracterización, se entenderá como tal, el que se encuentra descrito en la Ficha Médica de cada paciente.
<b>Diagnóstico Concomitante</b>	Corresponde a aquellas patologías presentes en el paciente de forma paralela al diagnóstico principal y que agravan el cuadro clínico.
<b>APS de Correspondencia</b>	Se entiende como tal, al Centro de Atención Primaria de Salud al cual se encuentra suscrito territorialmente el paciente.
<b>Origen de Diagnóstico</b>	Entendido como la pertenencia del diagnóstico a una especialidad determinada.
<b>Tipo de Hogar</b>	Referido a la clasificación del hogar donde reside el paciente en términos del número de integrantes y la relación de parentesco entre ellos.
<b>Procedencia</b>	Corresponde al lugar desde el cual llega el paciente al Hospital, clasificándose en categorías de Demanda Espontánea (Vía Pública, Hogar, Lugar de Trabajo, Escuela u otro) y de Derivación si proviene de otro hospital, consultorio APS o SAPU.
<b>Tipo de Paciente según Prioridad de Ingreso</b>	Se entiende como la clasificación técnica estandarizada otorgada al paciente, al momento del ingreso según su prioridad de atención, yendo desde el Paciente Crónico Sin Descompensación (C5) al de Riesgo Vital Inminente (C1).

<b>Acompañantes</b>	Referido a las personas con que llega el paciente al Hospital, pudiendo ser familiares, otras personas o en su defecto, por si solo.
<b>Necesidad Médica del Paciente</b>	Corresponde a la definición del procedimiento que resuelve el cuadro clínico del paciente al definirse su diagnóstico, donde las opciones son tratamiento farmacológico para la compensación, cirugía u observación de diagnóstico de no definirse éste desde un primer momento.
<b>Categorización de Usuario según Riesgo y Dependencia</b>	Entendido como la clasificación que otorga el Equipo de Enfermería de manera diaria para identificar el perfil del paciente y su evolución respecto de las necesidades de éstos y del personal requerido para su cuidado, su uso es exclusivo dentro de los pisos.
<b>Calidad de la Visita</b>	Entendido como el nivel de asistencia que recibe el paciente por parte de sus visitas en virtud de los siguientes elementos: “Frecuencia de Visita”, “Acompañamiento al Paciente”, “Participación en los Cuidados de Enfermería” y respecto de la “Colaboración con Insumos” asociados al confort del paciente.
<b>Determinantes de la Hospitalización Prolongada</b>	Son aquellos factores que configuran las razones de la prolongación de estadía un paciente, asociados a tres tipos: Determinantes Sociales; relacionados a los elementos del contexto social extra-hospitalario del paciente; Determinantes Clínicos; vinculados al contexto intra-hospitalario de la atención médica que busca restablecer el estado de salud del paciente; mientras que los Determinantes Administrativos; se relacionan con los elementos de funcionamiento operativo del Hospital y de proceso en relación al paciente. Mientras que la categorías Otras, se relacionan con las razones que no se encuentran contenidas en los determinantes anteriormente definidos.
<b>Hospitalización Prolongada</b>	Para efectos de la caracterización se entenderá como Hospitalización Prolongada, aquellas estadías que sobrepasen el promedio de días de estada en cada unidad clínica de estudio, basándose en los valores entregados por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren. Asimismo, se tratan de hospitalizaciones que en cuya prolongación se encuentran presentes determinantes sociales, clínicos y administrativos, configurándose como una problemática multidimensional al interior del Hospital.
<b>Proceso de Hospitalización</b>	Para efectos de la caracterización, se entenderá como el tránsito del paciente desde su recepción hasta la salida del Hospital, se compone por cuatro fases que serán entendidas de manera secuencial, las cuales son Ingreso (Corresponde al momento en que el Usuario/a se presenta en el recinto hospitalario con necesidad de atención de Salud, es registrado en Sistema y es categorizado según prioridad de atención), Diagnóstico (En términos preliminares corresponde a la evaluación del estado de salud que se le practica al Usuario/a en la Unidad de Emergencias. Donde dependiendo de la categorización de su gravedad de estado de salud es derivado a los distintos servicios clínicos. Tras la derivación, la evaluación inicial puede ser profundizada y e incluso modificada dependiendo de la evolución de la patología inicial), Tratamiento (Momento de la Hospitalización en que el Usuario/a recibe intervenciones de salud, de tipo quirúrgicas, médicas y procedimientos de tratamiento en modalidades intensivas, intermedias y de cuidado en servicio clínico por parte de los Equipos de Salud; práctica de exámenes y acciones entorno a la recuperación del estado anterior al que genera la necesidad

	de atención de salud) y Egreso (Tras el tratamiento médico recibido por el usuario/a, de presentar las condiciones para el Alta Médica, en torno a la estabilización del cuadro médico, se genera el momento del egreso hospitalario, a través de la firma del documento de informe de egreso hospitalario, por parte del médico tratante y la entrega del Carnet de Alta).
<b>Experiencia del/la paciente en casos de hospitalización prolongada en situaciones referidas por el Equipo de Salud en el marco del proceso de hospitalización</b>	Elemento que hará referencia a aquellos pacientes en condición de hospitalización prolongada, derivados específicamente por el Equipo de Salud, con el fin de reflejar a nivel de relato el contexto y las consecuencias a nivel social y clínico de una hospitalización prolongada.

**Cuadro N° 18:** Definiciones Técnicas asociadas a Objetivo N° 1.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

<b>PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS A OBJETIVO 1:</b>	
<b>PROCEDIMIENTO METODOLOGICO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>Definición de variables relacionadas con la problemática Hospitalización Prolongada.</b>	<p>La definición de variables tuvo como base:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis documental de Instrumentos de atención de Unidad de Servicio Social.</li> <li>- Análisis documental de Instrumentos de registro de enfermería los servicios clínicos de hospitalización y unidad de emergencia</li> </ul> <p>Una vez definidas preliminarmente las variables relacionadas con la problemática hospitalización prolongada, estas fueron sometidas a juicio de expertos. El panel de expertos estuvo conformado por Jefatura de Unidad de Servicio Social y Enfermera Supervisora de Unidad de Gestión del Cuidado.</p> <p>Las variables definidas y validadas corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores sociales: Superación de la familia en capacidad de respuesta, deterioro del estado de salud del paciente que implica cuidados de terceros, ausencia de red de apoyo familiar, carencia de recursos económicos, falta de responsabilización de la familia en el cuidado,</li> <li>- Factores clínicos: Espera especialista, espera médico tratante, realización de examen que descarte o confirme diagnóstico, espera de resultados de estudio de laboratorio, espera de atención de otro profesional, deterioro de pacientes extiende tratamiento.</li> <li>- Factores administrativos: En relación al Equipamiento: Fallas equipo médico, problema estructurales. En relación a la Tramitación: Espera de cupo para realización de examen, orden de ambulancia, derivación servicio clínico, traslado a otro centro asistencial, cupo en centro asistencial de destino, tardío consentimiento informado.</li> </ul>

<p><b>Diseño del instrumento de recolección de datos para caracterización de la problemática hospitalización prolongada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño de flujograma de hospitalización a fin de visibilizar la estructura del proceso de hospitalización a partir de la información recabada en la etapa anterior</li> <li>- Validación del flujograma por criterio juicio de expertos de parte de Jefatura de la Unidad de Servicio Social</li> <li>- Formulación de instrumento de recolección de información con fines de caracterización de la problemática hospitalización prolongada, acorde a la estructura validada en el flujograma.</li> </ul>
<p><b>Condiciones de aplicación del instrumento de recolección de información con fines de caracterización de la problemática hospitalización prolongada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se determina en base a la colaboración de Profesora María Antonieta Urquieta, considerar como paciente en condición de hospitalización prolongada, aquellos que superen el valor estadístico de Promedio de Días de Estada disgregado por Servicio Clínico y facilitado al Equipo Seminarista, por la Unidad de Estadísticas del Hospital Carlos Van Buren.</li> <li>- En el contexto de la caracterización, el levantamiento de información se realiza durante 30 días al interior de Unidades Clínicas de Mediana Complejidad Médica y Baja Complejidad Médica, dado la demanda que experimenta el Hospital en ésta época del año.</li> <li>- Respecto de los Servicios Clínicos seleccionados, se caracterizan por otorgar atención a personas mayores de 15 años, y además su ubicación física al interior del Hospital, es la única dependencia donde se encuentran circunscritos, razón por la que el Promedio de Días de Estada en éstos servicios, son representativos.</li> <li>- Las fuentes de información para la caracterización serán: Asistentes Sociales Unidad de Servicio Social, Equipo de Salud Servicios Clínicos (Enfermera Supervisora, Enfermeras Universitarias, Técnicos Paramédicos), Pacientes y Familiares, en base a lo cual permite la triangulación de información.</li> </ul>
<p><b>Condiciones de análisis de la información recolectada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los elementos consignados en la matriz de definiciones técnicas del Objetivo 1, permitirán analizar los elementos entorno a los siguientes aspectos: Análisis Antecedentes Sociodemográficos; Antecedentes Clínicos, Antecedentes respecto del proceso de hospitalización, disgregado por Ingreso, Diagnóstico, Tratamiento y Egreso.</li> <li>- Entorno a los momentos de Tratamiento y Egreso, el análisis se focaliza en exponer el peso de los factores vinculados a la condición de hospitalización prolongada.</li> <li>- La definición del Proceso de Hospitalización, permite la construcción de Flujograma Ideal de Procedimientos entorno a la Problemática de Hospitalizaciones Prolongadas.</li> <li>- Lo anterior, permite generar propuesta de Acciones de Mejora al tratamiento que actualmente se otorga a pacientes en aquella condición.</li> </ul>

**Cuadro N° 19:** Procedimientos Metodológicos asociadas a Objetivo N° 1  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

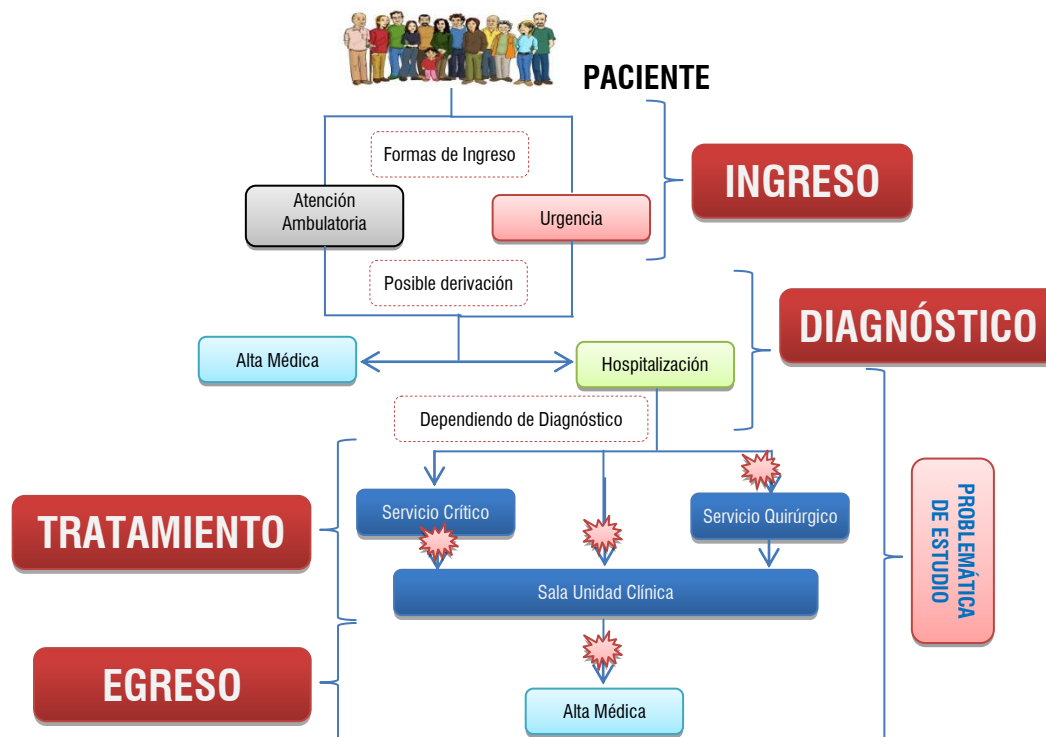
i) **Validación de Definiciones Técnicas:** Proceso mediante el cual se pudo conceptualizar de forma concreta, las definiciones técnicas señaladas anteriormente, mediante la validación y el sustento del **JUICIO EXPERTO**. Por parte del Equipo de Salud, particularmente de Enfermeras Supervisoras de las Unidades Clínicas consideradas, así como de los antecedentes referidos desde la Unidad de Servicio Social, como entidad patrocinante y como área que vislumbra el problema y quien encarga la tarea del levantamiento de información. Mientras que los antecedentes referentes a la “Individualización del Paciente” son homólogos a los que se utilizan habitualmente en formularios de ingreso y atención al interior del Hospital.

ii) **Variabilidad en Atención en Salud en Hospitalizaciones Regulares:** En términos de variabilidad, no existe una Hospitalización de tipo regular, dadas las características relacionadas a la necesidad médica del paciente, donde la compensación de un cuadro agudo hasta tratamiento de un paciente crónico sin descompensación como extremo opuesto, sumado a su contexto social y los elementos concomitantes que inciden en el tránsito a nivel intrahospitalario impiden establecer cursos normativos únicos; en éste escenario, lo que mantiene un carácter regular, son las fases secuenciales por las que atraviesa el paciente, desde el Ingreso, Diagnóstico, Tratamiento y Egreso.

iii) **Constantes de la condición de Hospitalización al convertirse en Hospitalización Prolongada:** Como fue señalado previamente, las únicas constantes en la atención de salud son las fases secuenciales por las que transita un paciente, y respecto a la prolongación de estadías, el valor que entrega la Unidad de Estadísticas del Promedio de Días de Estada disgregado por Servicio Clínico, lo que frente a la no categorización de la duración por días de las hospitalizaciones por diagnósticos médicos, sumado al peso particular que adquiere en cada caso, la presencia de uno o varios Determinantes de la condición de Hospitalización Prolongada en sus dimensiones sociales, clínicas o administrativas, derivan en considerar las fases de tránsito como variable constante, en específico la fase de “Tratamiento”, la cual se dilata al producirse una Hospitalización Prolongada, retardando la transición hacia el Egreso hospitalario efectivo de un paciente, configurándose en nudo crítico.

La confluencia de los apartados anteriores, se instrumentalizan a través de un flujograma de proceso que identifica tanto las variables que se mantienen constantes durante el tránsito hospitalario de un paciente estándar y destaca los momentos en que se producen los nudos críticos y donde se produce la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas

**- Flujoograma de Proceso de Hospitalización y Nudos Críticos Hospital Carlos Van Buren<sup>73</sup>**



**Diagrama N° 14:** Flujoograma de Proceso de Hospitalización y Nudos Críticos Hospital Carlos Van Buren.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Simbología	
	: Nudos Críticos del Proceso de Hospitalización relacionados a Hospitalizaciones Prolongadas

En base a lo expuesto, es identificable la problemática de estudio suscrita a dos momentos, uno de ellos es el Tratamiento, donde principalmente al egreso de un Servicio Crítico, Servicio Quirúrgico o directamente al ingresar a Servicio Clínico desde el momento del diagnóstico, la pesquisa de antecedentes vinculados a la identificación temprana de eventuales condiciones de Hospitalización Prolongada es inconstante. Mientras que el segundo nudo crítico se identifica en el momento del Egreso, que para transitar hacia éste, la compensación de un cuadro agudo y/o la recuperación de una intervención quirúrgica de un paciente debe establecerse en un momento en que los cuidados del equipo médico pueden ser finalizados y el requerimiento de cuidados pueden ser otorgados por familiares o en conclusión, a en un nivel extrahospitalario, la definición del nudo en éste momento del tránsito hospitalario a nivel de gestión, viene dado por la derivación tardía de los casos que presentan la condición de hospitalización prolongada a las unidades pertinentes, sea la Unidad de Servicio Social, la agilidad de las unidades que emiten exámenes o la tramitación de la documentación para emitir el alta médica en un paciente que reúna las condiciones para ésta.

<sup>73</sup>Diagrama N° 14: Flujoograma de Proceso de Hospitalización y Nudos Críticos Hospital Carlos Van Buren.

Los antecedentes referidos anteriormente, siembran las bases para la confección de un instrumento de recolección de antecedentes respecto de los casos actualmente hospitalizados en los servicios clínicos definidos para el presente seminario de título en el área de gestión, considerando como ejes de registro, la individualización del paciente; como se aprecia en la Ficha Social utilizada en la Unidad de Servicio Social, a fin de establecer parámetros sociodemográficos, así como las cuatro fases de tránsito hospitalario y los antecedentes particulares adscritos a éstas, los cuales se integran al instrumento tras la revisión de la documentación utilizada tanto al ingreso de los pacientes; Formulario de Ingreso Unidad de Emergencias HCVB, en el diagnóstico; Hoja de Ingreso de Enfermería a Servicio Clínico; en el tratamiento; Curva Médica de Evolución en Sala y Informe de Egreso Hospitalario; en el Egreso. En un tercer apartado, se plasman los determinantes que inciden en la condición de Hospitalización Prolongada, distribuidos en tres aspectos; Determinantes Sociales, Clínicos y Administrativos, los que se recopilan para el registro desde el juicio de experto por parte de la Unidad de Servicio Social.

A continuación se presenta el Instrumento de Caracterización de Pacientes en Hospitalización Prolongada; la utilización de éste formulario de registro, además de permitir al Equipo Seminarista el levantamiento de datos, tras un periodo de muestreo permitirá establecer márgenes de resultados y correlación de variables que sustenten los análisis en las distintas dimensiones puntualizadas como objetivos del Seminario de Título en curso.



INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN  
HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA

N° Folio	
Fecha Registro	
Fecha Ingreso	

I. ANTECEDENTES DE INDIVIDUALIZACIÓN DE PACIENTE			
Nombre Paciente			
Ubicación		RUN	
Sexo			
Edad			
Ficha Clínica			
APS Correspondiente			
Diagnóstico(s)			
Persona de Contacto y Fono			
PREVISIÓN DE SALUD	Especificar	TIPO DE HOGAR	
Sin Previsión		Unipersonal	
FONASA	Tramo:	Bipersonal	
ISAPRE		Multipersonal	
Particular	Cual:	Vive con:	
II. ANTECEDENTES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN			
» INGRESO			
FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE	PROCEDENCIA REGISTRO UNIDAD DE EMERGENCIAS		
	DEMANDA ESPONTANEA		DERIVACIÓN
Por sus propios medios	Vía Pública	Otro Hospital o Clínica	
Ambulancia	Domicilio	¿Cuál?	
Carabineros	Escuela	Consultorio de Atención Primaria de Salud	
Bomberos	Lugar de Trabajo	¿Cuál?	
Otro:	Re-Hospitalización	Servicio de Atención Primaria de Urgencia	
	ELEAM	¿Cuál?	
	Otro:		
ACOMPÑANTES AL INGRESO			
Familiares			
Otros			
No			
Especificar:			

» DIAGNÓSTICO				
NECESIDAD MÉDICA DEL PACIENTE	Observación de diagnóstico		Estudios de Laboratorio y Exámenes	
	Cirugía		Si	No
» TRATAMIENTO				
CATEGORIZACIÓN USUARIO POR RIESGO Y DEPENDENCIA				
<b>CALIDAD DE LA VISITA</b>				
Frecuencia de Visita	Toda la semana	Acompañamiento ( <i>Visita presta apoyo al paciente durante su hospitalización, orientado a mejorar su bienestar</i> )		SI
	2 a 4 veces a la semana			NO
	1 vez a la semana	Participación en cuidados ( <i>Visita se interesa en conocer formas de cuidar al paciente y participar de éstos, durante y después de la hospitalización</i> )		SI
	No recibe visita			NO
Observación:		Colaboración de insumos ( <i>En relación al aporte de elementos necesarios para el cuidado, aseo personal</i> )		SI
				NO
» EGRESO				
ALTA MÉDICA	INFORMACIÓN EPICRISIS MÉDICA			
	INFORMACIÓN EGRESO HOSPITALARIO			
	INFORMACIÓN CARNET DE ALTA			
DESTINO AL EGRESO	DOMICILIO DE INGRESO		Observaciones:	
	ESTABLECIMIENTO DE REPOSO			
	OTRO DOMICILIO			
<b>III. ANTECEDENTES DE LOS FACTORES QUE PROLONGAN LA ESTADÍA</b> ( <i>Marcar mas de una opción si corresponde</i> )				
» FACTORES SOCIALES				Observaciones.
Carencia de Recursos Económicos				
Falta de cupo en institución que asuma el cuidado.				
Familia no asume cuidado				
Incapacidad de la familia para asumir el cuidado				
Paciente no posee red de apoyo familiar				
Paciente no posee red social de apoyo				
Otra:				
» FACTORES CLÍNICOS				Observaciones.
Espera de Especialista				
Espera de Médico Tratante				
Espera de Atención de Otro Profesional				
Espera de Interconsulta. Especificar:				
Espera de Resultados de Exámenes y/o Estudios de Laboratorio				
Espera de Finalización de Tratamiento				
Paciente adquiere nueva enfermedad durante la estadía				
Otra:				

» FACTORES ADMINISTRATIVOS		
<b>EQUIPAMIENTO</b>		Observaciones.
	Falla Equipo Médico.	
	Problemas Estructurales.	
	Otra:	
<b>TRAMITACIÓN</b>		Observaciones.
	Espera cupo para realización de exámenes.	
	Espera Orden de Movilización	
	Derivación Servicio Clínico (Intrahospitalario)	
	Cupo en Centro Asistencial de destino.	
	Falta de Consentimiento Informado	
	Otra:	

**Cuadro N° 20:** Instrumento de Caracterización de Pacientes en Hospitalización Prolongada.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

**B. OBJETIVO DE TRABAJO N°2:** - *“Realizar una propuesta de mejora a la gestión de mecanismos de pesquisa de usuarios/as proclives a prolongar su hospitalización por razones sociales, para ser utilizada en las Unidades Clínicas de Mediana Complejidad Médica, Baja Complejidad Médica y Neurocirugía, desde la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren”*

A continuación, se exponen los conceptos que definen este objetivo:

<b>2.2. DEFINICIONES TÉCNICAS ASOCIADAS:</b>	
<b>Gestión de mecanismos de pesquisa.</b>	Para efectos del presente Seminario de Título, el concepto se refiere a las distintas acciones de mejora al procedimiento de pesquisa temprana de los/as pacientes que presenten características de Hospitalización Prolongada, en base a la estandarización de protocolos al interior de las Unidades Clínicas seleccionadas y utilizando para ello, los Factores Sociales que prolongan la estadía normativa de un/a paciente, permitiendo optimizar la derivación a la Unidad de Servicio Social de ser pertinente.
<b>Unidad de Servicio Social.</b>	Sección del Hospital Carlos Van Buren, ubicada en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), en donde la disciplina de Servicio Social dispone de boxes de atención a pacientes y familiares, quienes acuden a ella mediante citaciones y/o derivaciones desde los Servicios Clínicos en orden a subsanar alguna problemática surgida a raíz del proceso de hospitalización de un paciente, o por demanda espontánea en atención ambulatoria.

**Cuadro N° 21:** Definiciones Técnicas asociadas a Objetivo N° 2.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS ASOCIADOS A OBJETIVO N° 2.	
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	DESCRIPCION
Elementos considerados en el diseño de la Propuesta de Mejora.	<p>En torno al proceso de hospitalización, los elementos considerados en cada una de sus etapas son:</p> <p><b>-Ingreso:</b> Respecto del ingreso, surge la necesidad de considerar:</p> <p>a) Presencia de familiares u otro cercano; que forme parte de la red de apoyo del paciente. Esto en especial atención a los cuidados post alta que el/la paciente pudiera necesitar, así como de estar al tanto de forma pertinente si el/la paciente cuenta con otros que lo/la acojan al momento del egreso hospitalario.</p> <p>b) Procedencia del paciente; a razón de que el Hospital funciona como centro de referencia de paciente de otras regiones.</p> <p><b>-Diagnóstico:</b> En la etapa de definición de diagnóstico del paciente, es preciso considerar:</p> <p>a) Perfil Patológico; si la hospitalización se genera en base a una más de una patología que necesite compensación y/o intervención quirúrgica.</p> <p>b) Revisión de Antecedentes Clínicos; que revelen hospitalizaciones anteriores, así como de la posibilidad que alguna de estas se haya producido por negligencia en el cuidado</p> <p><b>-Tratamiento:</b> Durante la etapa de tratamiento, surgen la mayor parte de los elementos considerados para la propuesta de mejora, que incluyen:</p> <p>a) Frecuencia y presencia de Visitas y/o Familiares,</p> <p>b) Acompañamiento al paciente,</p> <p>c) Participación en los cuidados que realiza enfermería y el aprendizaje de éstos,</p> <p>d) Colaboración con insumos para el bienestar del paciente durante su hospitalización.</p> <p><b>-Egreso:</b> Al momento de producirse el Alta Médica, es de atención considerar que el paciente cuente con una red de apoyo que se encuentre en las condiciones idóneas para cubrir las necesidades asociadas a cuidados post alta, asistencia a controles médicos, entre otros.</p>

**Diseño metodológico  
de Procedimientos de  
Pesquisa Temprana  
de Hospitalización  
Prolongada**

El Diseño Metodológico estuvo dado por la identificación de los hechos asociados a la pesquisa ocurridos en cada fase de la hospitalización, de forma tal que es posible presentarlos en el desglose siguiente:

**-Ingreso:** En este momento de la hospitalización el foco de la atención está dado en la compensación del estado de salud del/la paciente. Por lo anterior, la pesquisa en cuanto a la posible prolongación de estadía se configura como un elemento de carácter secundario. Sin embargo existe la preocupación por definir la presencia o ausencia de acompañantes al momento del ingreso

**-Diagnóstico:** Respecto del diagnóstico, se vislumbran dos escenarios posibles:

a. Observación de diagnóstico: Corresponde a la situación ocurrida cuando el diagnóstico no es definitivo y la estadía del/la paciente se encuentra condicionada por este elemento.

b. Diagnóstico definitivo: Corresponde al evento en que el diagnóstico definido se mantiene durante toda la hospitalización, razón por la que la duración de la estadía no está condicionada por este elemento.

Revisadas ambas situaciones, cabe señalar que en el primer escenario descrito la pesquisa temprana puede efectuarse por tanto el paciente ya se encuentra adscrito a un Servicio Clínico, de forma que el Equipo de Salud, puede observar las interacciones producidas entre el/la paciente y el Equipo y entre ambos y las visitas que acudan, pudiendo conocer antecedentes preliminares de riesgo social.

**-Tratamiento:** La fase señalada corresponde a la de mayor extensión en términos de días en el proceso de hospitalización, razón por la que el Equipo de Salud tiene la oportunidad de observar de manera constante la presencia de la red de apoyo y su interacción en el medio hospitalario, principalmente familiares; cuando ésta se encuentra presente. En este sentido, se configura como el momento decisivo a la hora de identificar y tomar acciones y definir rutas de solución en relación a los

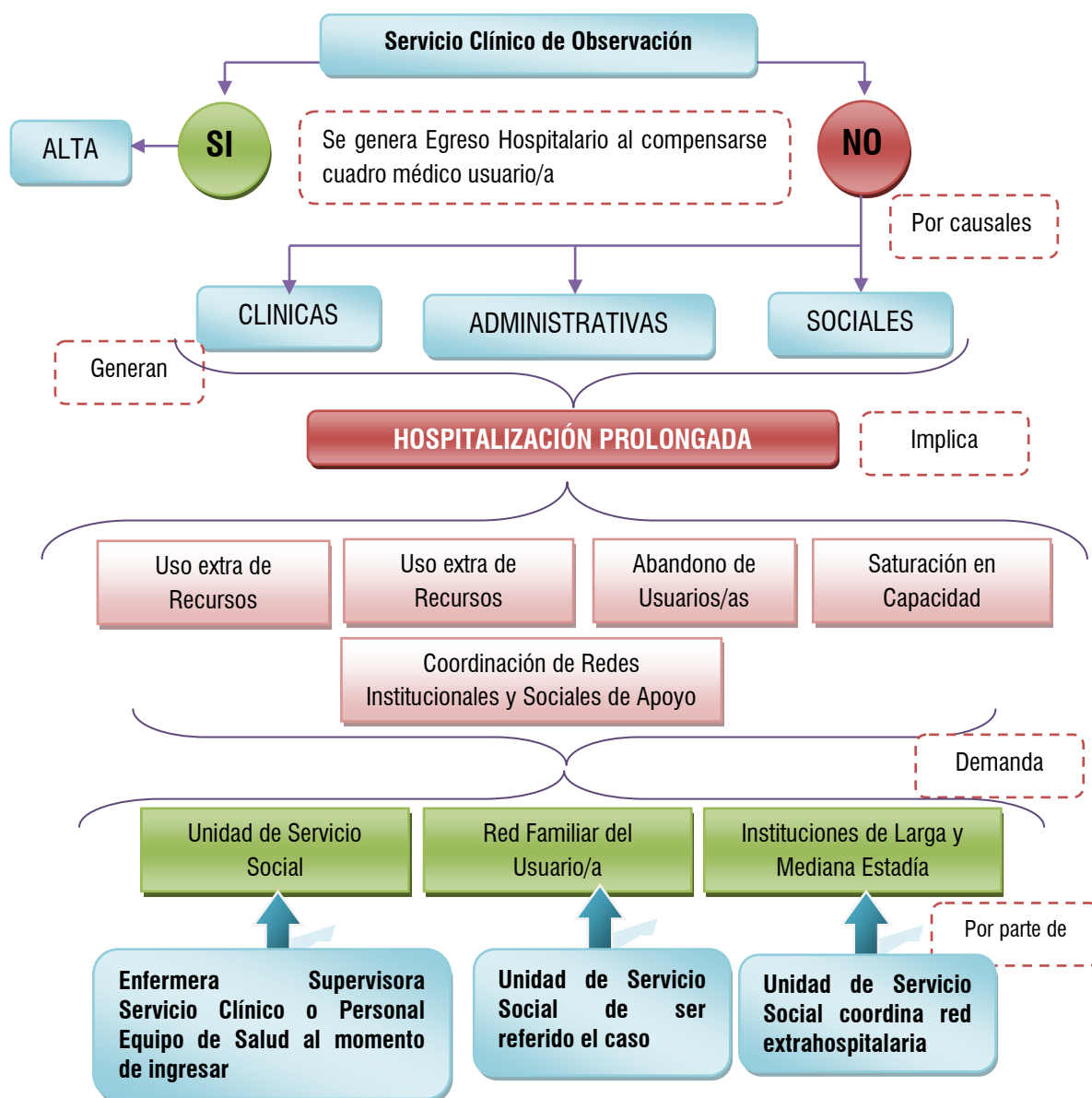
	<p>casos de pacientes que prolonguen su estadía por razones sociales.</p> <p><b>-Egreso:</b> Etapa vinculada directamente a la anterior, actualmente los procedimientos realizados para el efectivo egreso hospitalario, implican la definición de los siguientes documentos;</p> <p>-Carnet de Alta, para el/la paciente</p> <p>-Informe de Egreso Hospitalario, de uso interno.</p> <p>-Cierre de Historia Clínica o Epicrisis, enviado a Unidad de Grupos Relacionados de Diagnósticos y posteriormente a la Unidad de Archivo.</p> <p>En ésta documentación, se genera el Alta Médica, entregando indicaciones de cuidado para el paciente, además de consignar los resultados tras el tratamiento médico; de manera relativa se detallan antecedentes sociales relacionados con el paciente, sin embargo, no se clarifican los destinos o las necesidades en relación a la articulación de redes sociales de apoyo o derivaciones pertinentes.</p>
<p><b>Diseño metodológico Semáforo</b></p>	<p>El Semáforo de Hospitalizaciones Prolongadas, corresponde a:</p> <p><b>a)</b> Instrumento desarrollado inicialmente por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren y Equipos de Salud de los Servicios Clínicos; éste instrumento no logra formalizarse dado el contexto de alta demanda del hospital en relación a la atención de público, imposibilitando la realización de reuniones de coordinación e implementación de éste. Así, el Equipo Seminarista que suscribe considera la relevancia de utilizar éstos avances para definir el instrumento de Semáforo y formalizar su ejecución.</p> <p><b>b)</b> Los criterios de desarrollo del instrumento, implican la definición de 3 categorías de Riesgo de Hospitalización Prolongada, yendo desde el color Rojo (Máximo Riesgo de Hospitalización Prolongada por Razones Sociales), Amarillo (Mediano Riesgo de Hospitalización Prolongada por</p>

	<p>Razones Sociales) y Verde (Riesgo Menor de Hospitalización Prolongada por Razones Sociales).</p> <p><b>c)</b> Los indicadores de definición de estas categorías, se sustentan en los factores sociales que determinan la prolongación de estadía de un paciente y los resultados tras muestreo.</p>
<p><b>Diseño metodológico Díptico Informativo</b></p>	<p><b>a)</b> La confección de ésta propuesta, se sustenta en estandarizar la información que manejan los/as pacientes y sus familias respecto a gestiones de beneficios así como la realización de trámites, las que actualmente son asistidas por la Unidad de Servicio Social. El objetivo central es condensar la información de mayor relevancia y hacerla accesible a los pacientes cuando se requiera.</p> <p><b>b)</b> Los criterios de diseño de la propuesta, se relacionan con la entrega de información pertinente, de forma didáctica y de fácil acceso a través un documento conciso, que reúne procedimientos interés frecuente para el conocimiento de familiares y pacientes hospitalizados.</p> <p><b>c)</b> Además de aquello, se sustenta en la necesidad de otorgar accesibilidad en los Servicios Clínicos de información que habitualmente de entrega en Unidad de Servicio Social.</p> <p><b>d)</b> Finalmente se manifiesta la necesidad de empoderar a familiares y pacientes respecto de sus deberes y derechos en determinados contextos.</p>

<p><b>Proceso de conformación de la Comisión del Adulto Mayor</b></p>	<p><b>a)</b> La dinámica particular del Hospital Carlos Van Buren ha determinado la creación de Comisiones de Trabajo con integrantes de distintas áreas y/o disciplinas a fin de dar dedicación exclusiva a temas del ámbito médico y sus alcances en otras áreas.</p> <p><b>b)</b> Dada la importancia de indagar en la búsqueda de soluciones y alternativas de mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores durante su estadía y en la preparación para el egreso, considerando la presencia de un alto número de aquellos en los distintos Servicios Clínicos del hospital, es que la conformación de la Comisión del Adulto Mayor favorece la continuidad e incremento de medidas que contribuyan a la articulación y mejoramiento del trabajo realizado por la red de apoyo, y además realizar un seguimiento de los procedimientos que actualmente se utilizan a nivel intrahospitalario para el tratamiento y derivación de Adultos Mayores en condiciones de vulnerabilidad, además de las visibilizadas en la condición de Hospitalización Prolongada por el presente Seminario de Título.</p> <p><b>c)</b> Finalmente, se señala la necesidad de que la conformación de esta Comisión, se realice en consideración a actores de diversas disciplinas a fin de nutrir de mejor forma el diálogo surgido en aquella y los resultados que emanen de su trabajo.</p>
---	---

**Cuadro N° 22:** Procedimientos Metodológicos asociados a Objetivo N° 2  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

**- Secuencia Actual de Procedimiento en Caso de Hospitalización Prolongada**



**Diagrama N° 15:** Secuencia de Procedimientos en Caso de Hospitalización Prolongada.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



---

CAPÍTULO IV:  
**RESULTADOS Y PRODUCTOS DE LA  
EXPERIENCIA**



### **Presentación Capítulo Resultados:**

En el presente capítulo, serán expuestos los resultados obtenidos por el Seminario de Título en curso, el que realizó sus observaciones en los Servicios Clínicos de Mediana Complejidad Médica, Baja Complejidad Médica y Neurocirugía del Hospital Carlos Van Buren, bajo el patrocinio de la Unidad de Servicio Social.

En las páginas sucesivas, el desarrollo de los resultados se encuentra dividido en relación a los objetivos planteados por el Seminario, en principio, el Objetivo de Trabajo N°1 que corresponde a la Caracterización General de Pacientes desarrollada en base a los Análisis de Datos tras un periodo de muestreo de 30 días y las correlaciones de variables de tipo cuantitativa obtenidos tras procesar estos antecedentes en el Software SPSS.

Producto del Objetivo de Trabajo N°1, se genera un conjunto de Propuestas de Mejora, en el marco del Objetivo de Trabajo N°2, el cual incluye procedimientos de pesquisa temprana de la condición de Hospitalización Prolongada, tanto para el Equipo de Salud en los Servicios Clínicos seleccionados, como para reconocer la condición a lo largo del Proceso de Hospitalización y realizar evaluaciones periódicas de éstos mecanismos, de ser implementados. Además de aquello se propone la conformación de una Comisión del Adulto Mayor que otorgue dedicación exclusiva a esta problemática.

A nivel de gestión interna sobre el tratamiento otorgado desde las distintas disciplinas presentes en el Hospital Carlos Van Buren, éstas propuestas buscan mejorar de manera integral el reconocimiento de la problemática, desde las acciones socio educativas que realiza la Unidad de Servicio Social, patrocinante de la experiencia, los Equipos de Salud que mantienen estrechos vínculos con las/os pacientes hospitalizados proclives a generar prolongación de sus estadías y los familiares y/o acompañantes entorno a la necesidad de información que favorezca la agilidad en procedimientos que eviten dilatar por razones administrativas el periodo de hospitalización.



#### **4.1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE PACIENTES EN CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA**



**- Preámbulo:**

A continuación serán expuestos los resultados y su correlación con las variables de análisis del periodo de muestreo al interior de los Servicios Clínicos seleccionados para la experiencia, los resultados fueron procesados en Software SPSS y se expondrán agrupados en cuatro categorías de resultados:

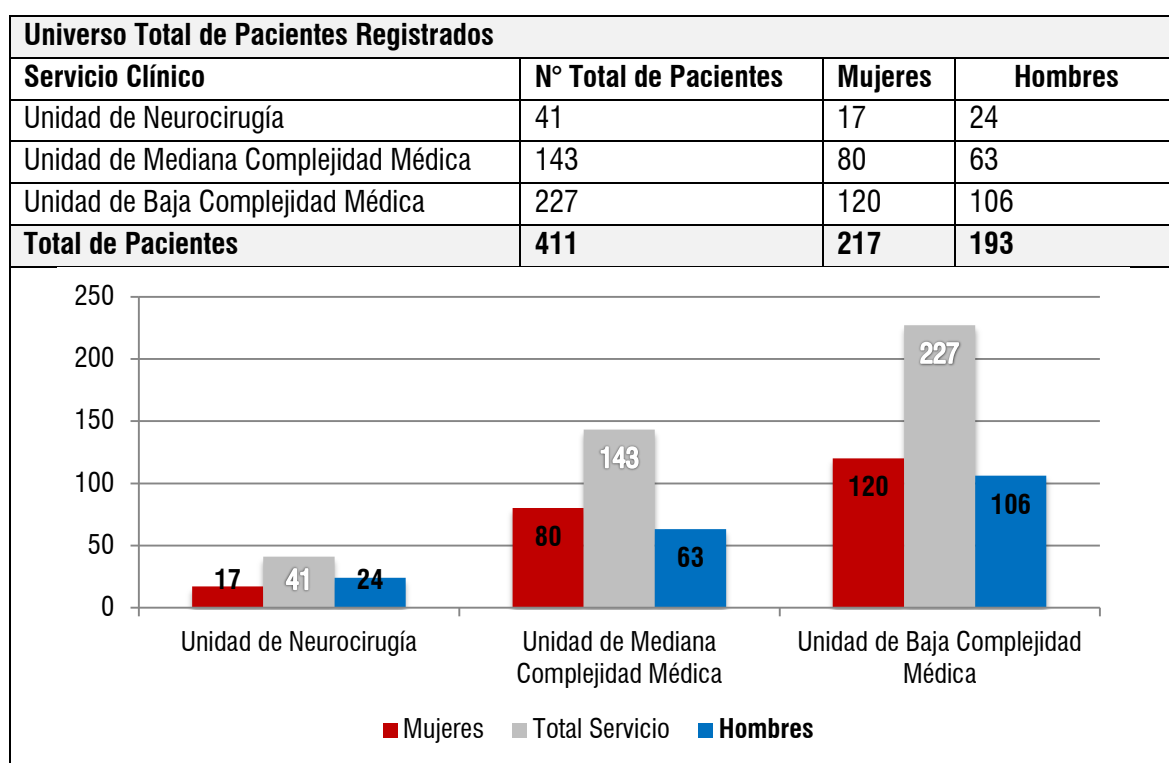
<b>1.2) ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS.</b>
a) Caracterización del Universo de Análisis.
b) Caracterización de la Muestra de Análisis.
<b>1.3) ANTECEDENTES RESPECTO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.</b>
a) Caracterización de las variables asociadas al Proceso de Hospitalización.
- Ingreso
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Egreso
<b>1.4) DETERMINANTES DE LA CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.</b>
a) Caracterización de los Factores que prolongan la estadía de pacientes.
<b>1.5) EXPOSICIÓN DE RESULTADOS A COMUNIDAD HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.</b>
a) Realización “Jornada del Adulto Mayor: Hospitalizaciones Prolongadas, aportes desde Seminario de Título patrocinado por la Unidad de Servicio Social, y los contrastes con la atención en la red externa.”



## A. ANTECEDENTES SOCIO-DEMOGRÁFICOS.

### a) Caracterización de la Población de Análisis.

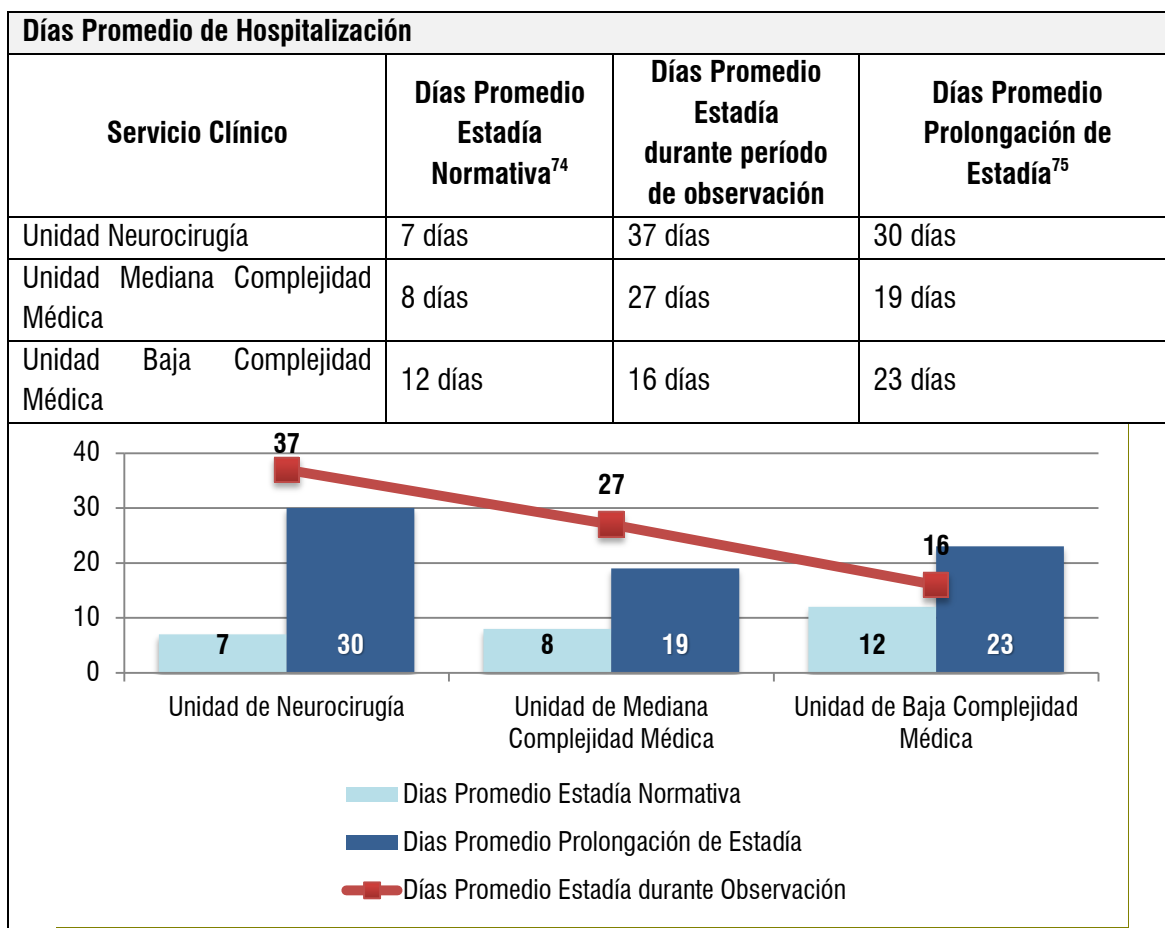
El universo de análisis se compuso por 411 pacientes hospitalizados en los Servicios Clínicos de Observación, registrados por el Equipo Seminarista durante un periodo de 30 días consecutivos a partir del día 07.08.2012 hasta el 07.09.2012, la distribución del universo por áreas y sexo se muestra a continuación:



**Diagrama N° 16.** Universo Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Del diagrama anterior es posible determinar tendencias demográficas en relación a que la presencia de mujeres es mayor durante el periodo de muestro en dos de los tres Servicios de Observación, coincidiendo en términos generales, en base a juicio de experto por parte del Equipo de Enfermería, con el peak de atención otorgada en las Unidades de Observación, donde se realiza el Tratamiento y Egreso Hospitalario dentro del Proceso de Hospitalización.

Del Universo Total, la Muestra de Análisis fue determinada en base a los pacientes que presentaron una prolongación de estadía en sus hospitalizaciones, tomando como referencia, los días promedio de estadía normativa, entregados por la Unidad de Estadísticas del Hospital Carlos Van Buren, señalados a continuación:



**Diagrama N° 17.** Promedio Días de Hospitalización.  
**Fuente:** Unidad de Estadísticas Hospital Carlos Van Buren.

Durante el período de muestreo, el cual tuvo una duración de 30 días, se establecieron medias respecto de la cantidad de días efectivamente hospitalizados de los/as pacientes en las Unidades Clínicas de Análisis (ver diagrama 1.2 “Promedio de días de Hospitalización”).

Mientras que en relación a la prolongación de estadía, y en consideración al valor promedio entregado por la Unidad de Estadística, la media de días de hospitalización prolongada en cada Unidad Clínica de Análisis, resulta ser claramente mayor al valor informado. Esto se explica entre otras cosas por la existencia de pacientes con estadías que superan los 100 días, en contraste a otros/as cuyas estadías fueron inferiores al número de días de Estadía Normativa. A esto, cabe agregar que el período de observación, corresponde esencialmente a agosto de 2012, que corresponde a uno de los meses donde la atención al público supera la media anual.

<sup>74</sup> Estadía Normativa: Referido a la cantidad de días de hospitalización de un paciente. Valor proporcionado por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren, disponible en la Cuenta Pública 2011.

<sup>75</sup> Cabe recordar la definición desarrollada por el Equipo Seminarista respecto a los días de sobre-estadía de pacientes al superar el valor de estadía normativo.

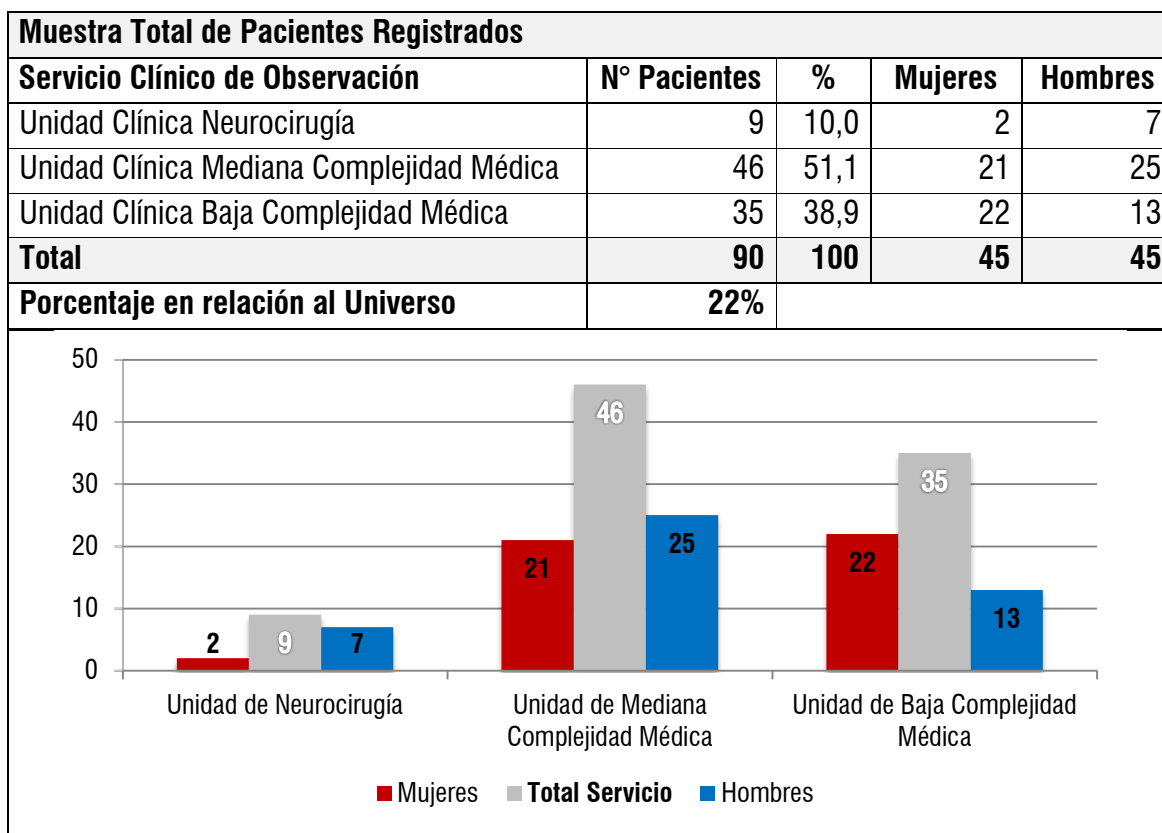
En éste sentido, y en orden a considerar los elementos que explican la diferencia entre ambos valores, cabe señalar que el promedio de días de hospitalización por Unidad, así como el promedio de días de estada por cada paciente, son valores que contemplan información anual, a diferencia de los obtenidos por el presente Seminario, que correspondió a un periodo de observación más acotado.

En consideración a los valores señalados, a los pacientes que extendieron su estadía, les fue aplicado un instrumento denominado: “Instrumento de Caracterización de Pacientes en Hospitalización Prolongada”, el que recopiló antecedentes relacionados con el proceso de hospitalización y el contexto social del paciente, además de los antecedentes vinculados a Factores Sociales, Clínicos y Administrativos, como causales de la prolongación de la estadía hospitalaria.

#### b) Caracterización de la Muestra de Análisis

Los resultados entorno a los elementos de individualización y caracterización sociodemográfica se presentan a continuación:

##### - Muestra Total de Pacientes Registrados:



**Diagrama N° 18:** Muestra Total de Pacientes Registrados.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



En relación a este elemento, la muestra se compuso por 90 pacientes que se encontraban en condición de hospitalización prolongada. En este sentido, el registro consideró de forma retroactiva la estadía de cada paciente, es decir, a aquellos pacientes que se encontraban en esa condición al inicio del levantamiento de información, además de aquellos que prolongaron su estadía durante el período de muestreo.

En términos de resultados, el ítem señalado ofrece un registro compuesto por 45 hombres y 45 mujeres en las tres Unidades Clínicas señaladas, representando un 22% del Universo Total. Asimismo, el mayor número de casos se presenta en la Unidad Clínica de Mediana Complejidad Médica, con 46 casos, los que representan el 51,1% de la Muestra (ver diagrama n° 18 “Muestra Total de Pacientes Registrados”).

#### - Antecedentes de Individualización del Paciente:

En relación a la edad de las/os pacientes de la muestra, se concluye que el 65% representado en 59 pacientes tienen 60 años y más. Además de aquello, la edad promedio de los/as pacientes en condición de hospitalización prolongada es de 62 años. Lo anterior, para efectos de la categorización de “tipos de pacientes” al interior del Hospital Carlos Van Buren, corresponde al segmento “Adultos Mayores”, determinándose de esta forma que la problemática abordada afecta principalmente a este grupo etario (ver cuadro n° 23 “Edades de los/as Pacientes, Muestra Total”). Esto se ve reflejado en la *moda* de la muestra, la cual estuvo situada en la edad de 65 años.

Tabla de Edades de Pacientes Muestra Total					
Edades	Frecuencia	Porcentaje	Edades	Frecuencia	Porcentaje
16	1	1,1%	60	3	3,3%
17	1	1,1%	61	3	3,3%
18	2	2,2%	62	3	3,3%
20	1	1,1%	63	4	4,4%
21	1	1,1%	64	2	2,2%
28	1	1,1%	65	6	6,7%
29	2	2,2%	68	2	2,2%
31	1	1,1%	69	3	3,3%
42	1	1,1%	70	4	4,4%
43	2	2,2%	71	2	2,2%
46	1	1,1%	72	3	3,3%
47	1	1,1%	73	2	2,2%
48	1	1,1%	74	2	2,2%
49	3	3,3%	76	2	2,2%
50	1	1,1%	78	3	3,3%
51	1	1,1%	79	2	2,2%
52	1	1,1%	81	1	1,1%
53	2	2,2%	82	3	3,3%
54	1	1,1%	83	2	2,2%
55	1	1,1%	84	2	2,2%



56	1	1,1%	85	1	1,1%
57	1	1,1%	86	1	1,1%
58	1	1,1%	88	1	1,1%
59	2	2,2%	90	2	2,2%

**Cuadro N° 23:** Edades de los/as Pacientes Muestra Total.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

#### - Centro Asistencial de Procedencia:

El Hospital Carlos Van Buren funciona como centro de referencia para las regiones comprendidas entre la IV y VI regiones, en atención a las diferentes especialidades que ofrece. Esta consideración explica entre otras cosas, que la muestra no se construye exclusivamente por pacientes provenientes de la Región de Valparaíso y que la amplitud de Centros Asistenciales de procedencia, contribuye a la dispersión de valores posibles. No obstante lo anterior, los resultados de la muestra indican que la mayor frecuencia de pacientes fue recibida desde el CESFAM Quebrada Verde del Cerro Playa Ancha de la ciudad de Valparaíso, con un 13.3% de casos referidos, seguidos por Centros de Salud de la misma ciudad y de otras localidades de la región. (Ver cuadro n°24. "Centro Asistencial de Procedencia")

Centro Asistencial de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
CESFAM Quebrada Verde, Playa Ancha, Valparaíso	12	13,3%
CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso	9	10,0%
CESFAM Placeres, Valparaíso	7	7,8%
Consultorio Barón, Valparaíso	6	6,7%
Consultorio Esperanza, Valparaíso	4	4,4%
CESFAM Jean y Marie Thierry, Valparaíso	4	4,4%
No se atiende en ningún APS	4	4,4%
Consultorio Rodelillo, Valparaíso	4	4,4%
CESFAM Las Cañas, Valparaíso	3	3,3%
Hospital San José, Casablanca	3	3,3%
CESFAM Marco Maldonado, Viña Del Mar	3	3,3%
CESFAM Marcelo Mena, Cerro Florida, Valparaíso	3	3,3%
CESFAM Reina Isabel II, Cerro O'Higgins, Valparaíso	3	3,3%
CESFAM Barrancas, San Antonio	2	2,2%
Consultorio Adosado de Especialidades, Valparaíso, HCVB	2	2,2%
CESFAM Padre Damian Molokai, Placeres, Valparaíso	2	2,2%
CESFAM Gómez Carreño, Viña Del Mar	2	2,2%
Consultorio de Placilla, Valparaíso	2	2,2%
CESFAM, Dr. Jorge Kaplan, Reñaca Alto, Viña Del Mar	2	2,2%
Hospital Claudio Vicuña, San Antonio	1	1,1%
Consultorio Cordillera, Valparaíso	1	1,1%
Hospital Santa Filomena, Graneros	1	1,1%
CESFAM Manuel Huerta, San Antonio	1	1,1%
CESFAM Centenario, Los Andes	1	1,1%
CESFAM Limache	1	1,1%
CESFAM Miraflores, Viña Del Mar	1	1,1%



CESFAM Néstor Fernández, San Antonio	1	1,1%
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, Valparaíso	1	1,1%
Hospital de Petorca	1	1,1%
CESFAM Huertos Familiares, Til Til, Santiago	1	1,1%
Consultorio Las Torres, Forestal Alto, Viña Del Mar	1	1,1%
Consultorio Eduardo Frei Montalva, Villa Alemana	1	1,1%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

**Cuadro N° 24:** Centro Asistencial de Procedencia.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

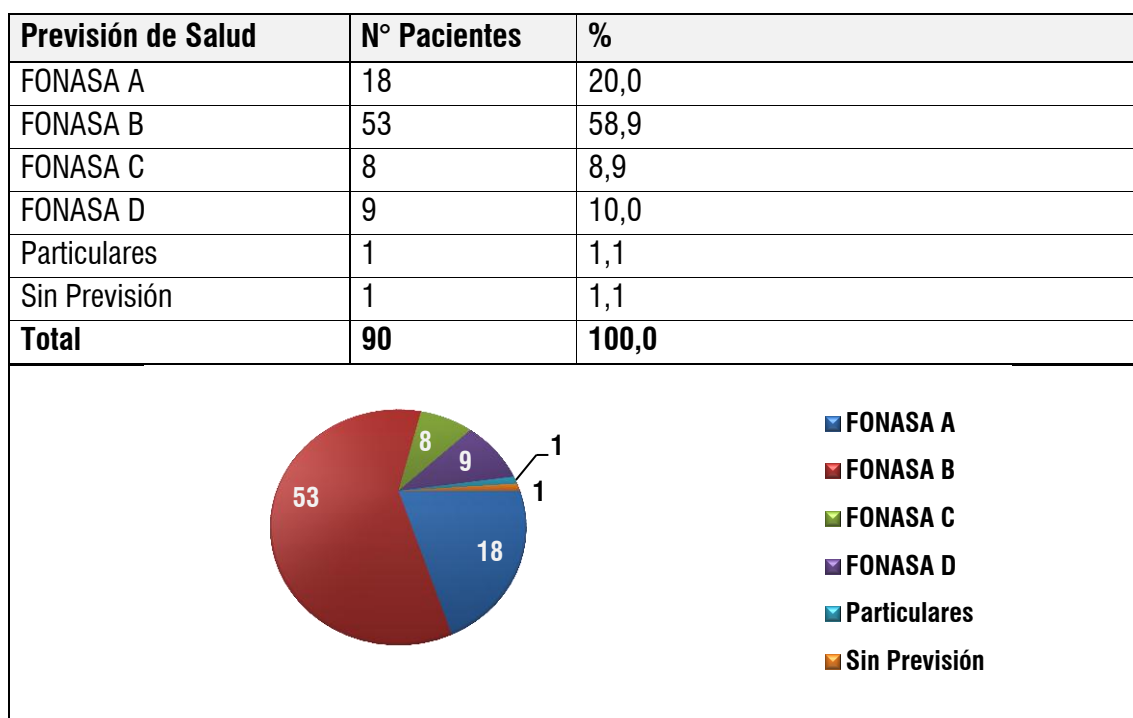
#### - Antecedentes de Previsión de Salud.

En términos de la “calidad de beneficiarios” la muestra refleja un total de 53 pacientes afiliados a FONASA Tramo B, representando el 59% del total de la muestra. Información que alude a usuarios/as que mantienen ingresos imponible mensuales menores o iguales a \$193.000<sup>76</sup>. Este antecedente es concordante con la tendencia de la Región de Valparaíso, donde el tramo que cuenta con mayor cantidad de personas afiliadas, corresponde al Tramo B.

Mientras que el segmento siguiente en cuanto a representatividad, corresponde a usuarios/as afiliados/as a FONASA Tramo A, representado en 18 pacientes, los que equivalen al 20% del total de la muestra. En términos de características, cabe señalar, que el grupo aludido se refiere a personas calificadas como “Indigentes o Carentes de Recursos, Beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias y causantes de Subsidio Familiar”<sup>77</sup>. Elemento que los sitúa dentro del segmento de pacientes que presentan mayor vulnerabilidad social y que tras la caracterización general en la muestra de estudio, señalan la carencia de recursos como un determinante de hospitalización prolongada por razones sociales. (ver diagrama n° 19 “Previsión de Salud, Muestra Total”).

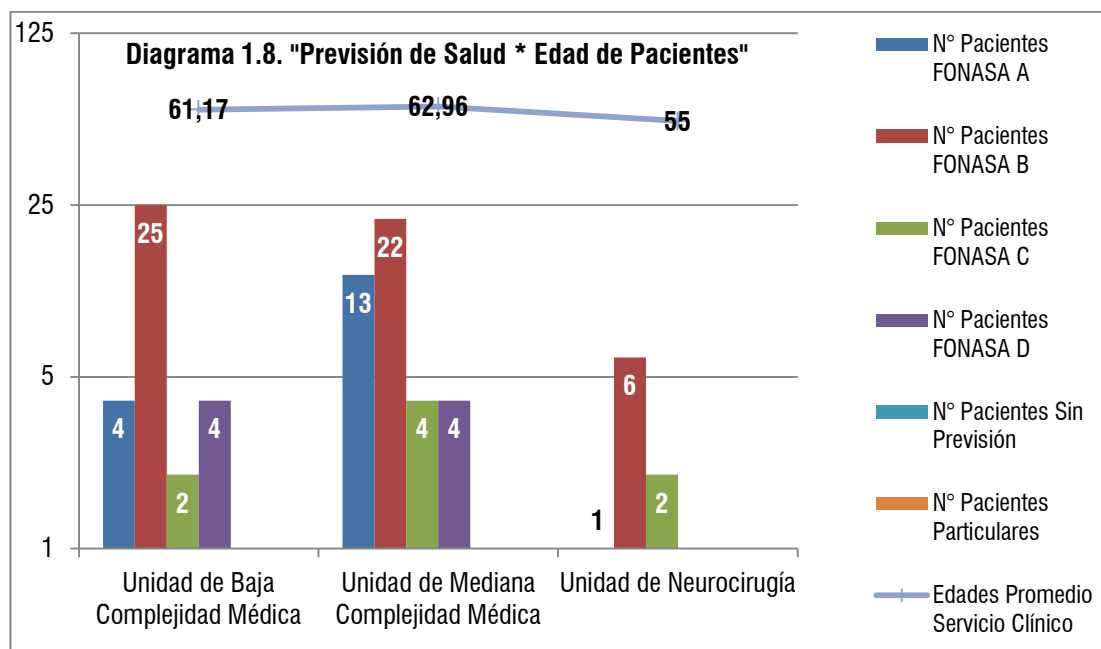
<sup>76</sup> www.fonasa.cl: Fondo Nacional de Salud.

<sup>77</sup> www.fonasa.cl: Op. Cit.



**Diagrama N° 19.** Previsión de Salud Muestra Total. **Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista

Mientras que la relación entre el Tipo de Previsión de los pacientes de la muestra en cada Servicio Clínico de Observación y las edades promedio en cada uno de éstos, presenta la siguiente distribución.



**Diagrama N° 20:** Previsión de Salud \* Edad de Pacientes. **Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Del diagrama anterior, es posible observar la correlación de las variables de Previsión de Salud, que por un lado refleja la curva de promedios de edad en la muestra según Unidad Clínica de Observación, mientras que de manera paralela, se observa la relación de éste valor, con la cantidad de pacientes por cada uno de los Servicios observados, quienes reflejan la tendencia de afiliación al Tramo B de FONASA desarrollado en los acápite anteriores.



## B. ANTECEDENTES RESPECTO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.

### a) Caracterización de las variables asociadas al Proceso de Hospitalización.

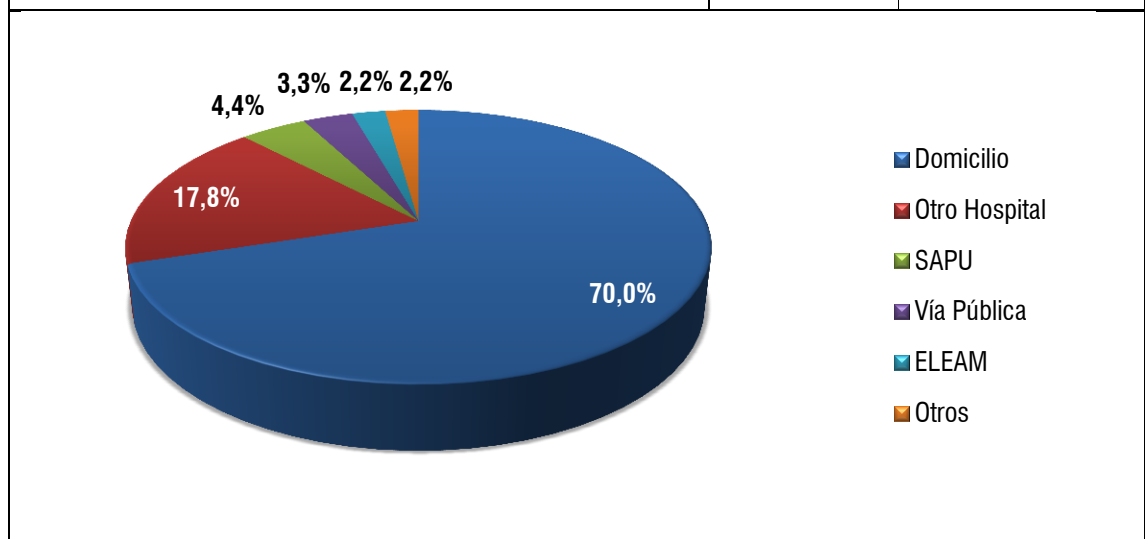
Las fases del Proceso de Hospitalización presentan variables independientes las que tras levantamiento de información en base a muestra de análisis en las Unidades Clínicas de Observación, son desarrolladas a continuación.

**-INGRESO:** Las variables asociadas al Ingreso del paciente; tienen relación con la procedencia de éste, la modalidad en que hace su ingreso efectivo al Hospital Carlos Van Buren, la presencia de acompañantes al momento de requerir atención médica y el tipo de hogar al que pertenece.

#### - Información de Procedencia registrada por Unidad de Emergencias Adulto. Muestra Total.

Éstos elementos, los resultados muestran claridad respecto del “Domicilio” como principal fuente de procedencia, representando un 70% del total de la muestra, (ver diagrama n° 21 “Procedencia UEA”). Esta situación se complementa al momento de analizar la forma de ingreso, en este sentido, un 52,2% del total de la muestra hace ingreso al Hospital mediante el traslado en “Ambulancia” (ver diagrama n° 22 “Forma en que Ingresa paciente, Muestra Total”).

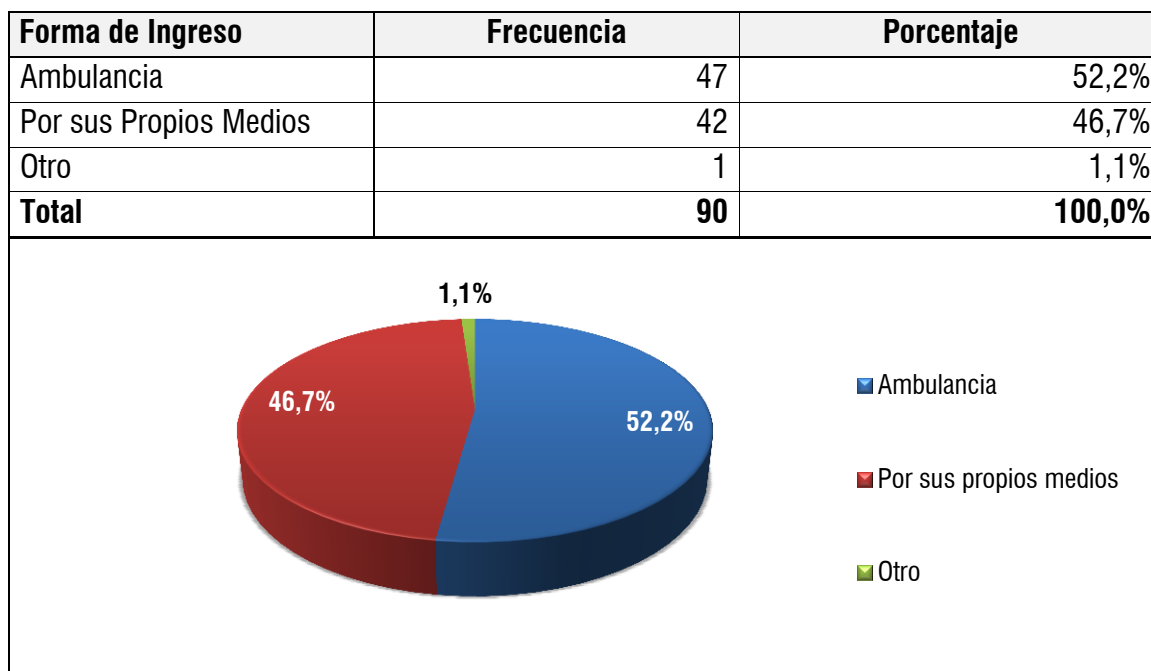
Procedencia UEA	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	63	70,0%
Otro Hospital	16	17,8%
Servicio de Atención Primaria de Salud	4	4,4%
Vía Pública	3	3,3%
Establecimiento de Larga Estadía Adulto Mayor	2	2,2%
Otros	2	2,2%
<b>Total Muestra</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>



**Diagrama N° 21.** Información de Procedencia, Muestra Total.  
Fuente: Elaboración Equipo Seminarista.

**- Forma en que Ingresa paciente al Hospital Carlos Van Buren. Muestra Total.**

En términos de Ingreso, la muestra recolectada indica realizar su ingreso al Hospital, principalmente en compañía de familiares, representado en un 82,2% de la muestra, en contraste de las personas que ingresan sin acompañantes, quienes corresponden al 8,9% del total de la muestra, (ver diagrama 1.10. Acompañantes del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total).



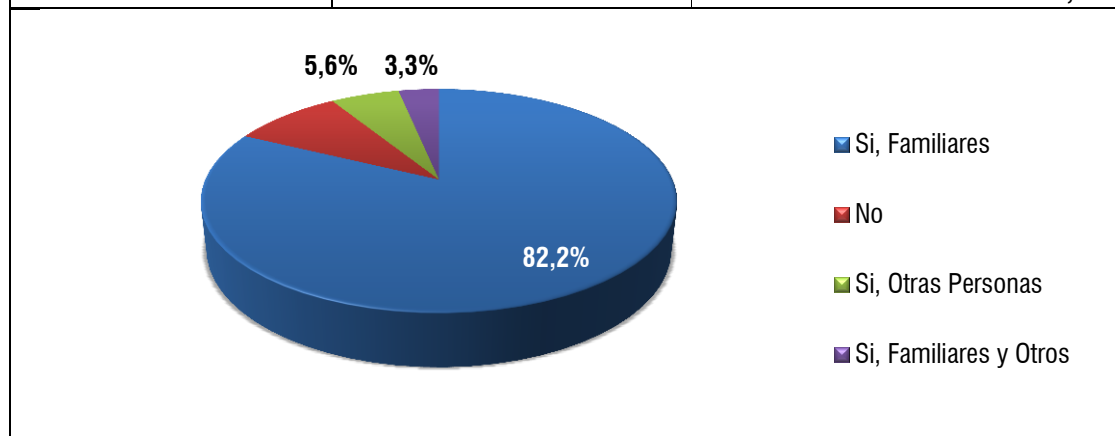
**Diagrama N° 22.** Forma de Ingreso del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

**- Personas que acompañan al paciente al momento del Ingreso Hospitalario.**

Éste antecedente resulta relevante desde el punto de vista de conocer efectivamente si los/as pacientes cuentan con red de apoyo en el ámbito familiar u por parte de otras personas significativas al momento de ingresar y de consignar en Ficha Clínica antecedentes de contacto que permitan ser comunicados respecto de la condición de hospitalización prolongada de los/as pacientes. La muestra, en éste aspecto presento un 82,2% de Familiares acompañantes al momento del ingreso. (Ver diagrama n° 23 “Acompañantes del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total”).



Acompañantes	Frecuencia	Porcentaje
Si, Familiares	74	82,2%
No	8	8,9%
Si, Otras Personas	5	5,6%
Si, Familiares y Otros	3	3,3%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

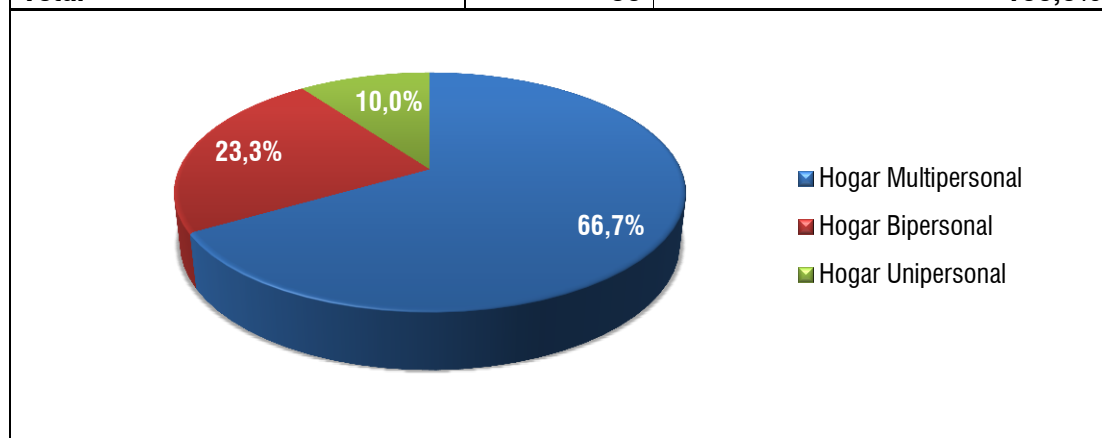


**Diagrama N° 23.** Acompañantes del paciente al Ingreso Hospitalario. Muestra Total  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

**- Tipo de Hogar al que pertenece el/a paciente.**

Conocer éste antecedente, refiere la existencia de red de apoyo familiar en domicilio de procedencia del paciente, lo que además indica indirectamente la presencia de personas que asuman cuidado post-alta del paciente prolongado en su estadía.

Tipo de Hogar	Frecuencia	Porcentaje
Hogar Multipersonal	60	66,7%
Hogar Bipersonal	21	23,3%
Hogar Unipersonal	9	10,0%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

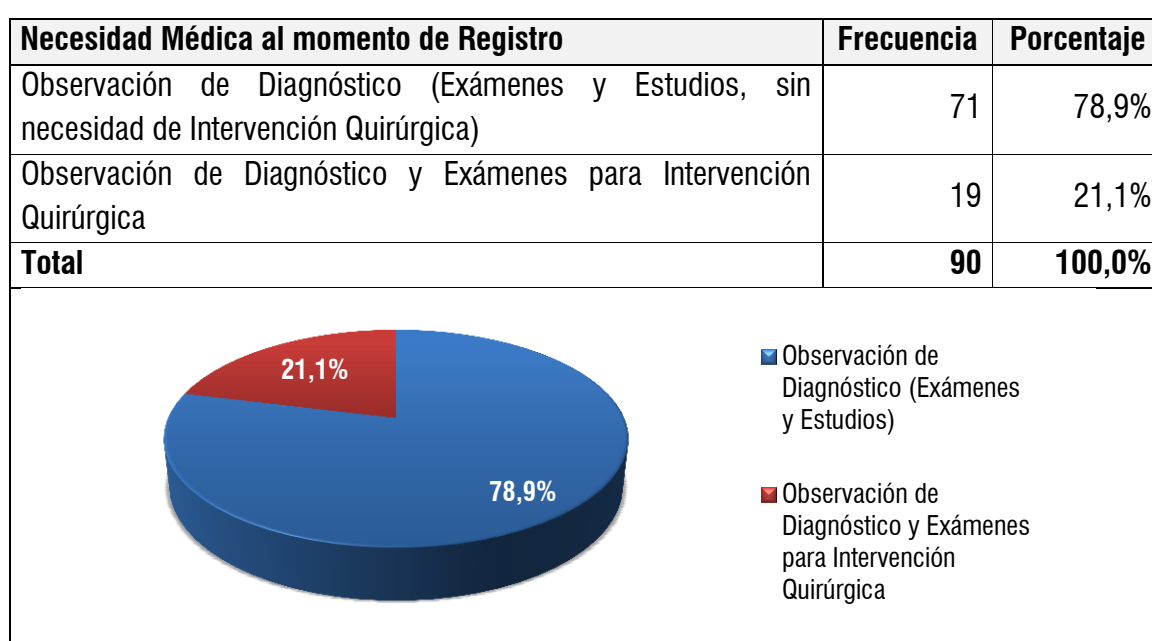


**Diagrama N° 24.** Tipo de Hogar al que pertenece paciente.  
**Fuente:** Elaboración Propia Equipo Seminarista.

Los antecedentes de ésta variable indican que más del 66% de la Muestra vive en Hogares Multipersonales, compuestos por familiares consanguíneos ascendientes o descendientes, así como otros no consanguíneos.



- **DIAGNÓSTICO:** El diagnóstico médico de un/a paciente posee momentos de definición, durante los cuales el diagnóstico inicial puede variar o confirmarse; en éste aspecto del análisis, se presenta la variable de necesidad médica del paciente en relación a su diagnóstico principal al momento del registro, el cual fue seleccionado desde la Ficha Clínica de cada paciente de la muestra, documento dispuesto en las Estaciones de Enfermería de las Unidades Clínicas de Observación, además de categorizarse gracias a la colaboración del Equipo de Salud que mantiene estrecho contacto con los/as pacientes. (ver diagrama n° 25 “Necesidad Médica del paciente desde Diagnóstico. Muestra Total”).



**Diagrama N° 25.**Necesidad médica del paciente desde Diagnóstico. Muestra Total.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En el diagrama precedente, se refleja en primer lugar que el 78,9% de la muestra de análisis se encontraba en Observación de Diagnóstico asociado a la realización de exámenes y estudios, sin necesidad de someterse a intervención quirúrgica como parte de las acciones orientadas al tratamiento del cuadro clínico diagnosticado, al momento del registro de antecedentes como parte del levantamiento de información del presente seminario.

Por otra parte, el 21,1% se encontraba en Observación de Diagnóstico, asociado a la realización de exámenes y otros procedimientos que concluirían en la realización de una intervención quirúrgica. Al igual que en el grupo anterior, es necesario señalar que éste dato corresponde al momento del levantamiento de información, en atención a posibles cambios producidos en escenarios posteriores respecto al cuadro clínico.



**1.3.4. TRATAMIENTO:** Ésta fase del proceso de hospitalización se asocia a las Unidades Clínicas de Observación donde se realizó la pesquisa y levantamiento de datos para la posterior conformación del universo de análisis y de la muestra, en atención a que la problemática de estudio además, se presenta con mayor frecuencia en éste momento de la hospitalización y en los Servicios Clínicos seleccionados. En este momento, es pertinente señalar que la etapa de Diagnóstico y Tratamiento se dan en los mismos espacios al interior del Hospital, no obstante, se diferencian en que la duración de cada una depende específicamente de la evolución que tenga la patología, que es independiente para cada paciente, mientras que existen casos donde la definición del diagnóstico clínico requiere de tiempos mayores y las acciones de tratamiento se orientan a la estabilización del cuadro clínico mientras se realizan los distintos exámenes que corroboren o descarten la patología que afecta al/la paciente, las cuales pueden generarse en el contexto del tratamiento.

Un antecedente transversal a la definición de diagnóstico clínico o tratamiento definitivo, lo configura la Categorización según Riesgo y Dependencia de los/as pacientes, valor asignado por el Equipo de Enfermería al interior de los Servicios Clínicos.

Conocer este antecedente permite medir el grado de dependencia respecto de otros que tiene un paciente en un momento determinado. Este elemento asigna además, una medida respecto del riesgo de la patología o cuadro clínico presente, permitiendo tener una aproximación al nivel de deterioro o mejora de un determinado caso. (Ver cuadro n° 25. Categorización según Riesgo y Dependencia de los/as pacientes de Muestra Total).

<b>Categorización según Riesgo y Dependencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
D1, Bajo Riesgo, Dependencia Total	1	1,1
C3, Mediano Riesgo, Autosuficiencia	12	13,3
C2, Mediano Riesgo, Dependencia Parcial	27	30,0
C1, Mediano Riesgo, Dependencia Total	32	35,6
B2, Alto Riesgo, Dependencia Parcial	3	3,3
B1, Alto Riesgo, Dependencia Total	15	16,7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0</b>

**Cuadro N° 25.** Categorización según Riesgo y Dependencia de los/as pacientes de Muestra Total.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



**-Calidad de la Visita:** Durante la etapa de Tratamiento, un elemento a considerar estuvo relacionado con la “Calidad de la Visita”, en orden a conocer antecedentes que permitieran cuantificar la frecuencia de visitas recibida, así como caracterizar la presencia de las visitas en virtud de tres elementos (Acompañamiento, Participación en Cuidados, Colaboración de Insumos), definidos como elementos centrales del bienestar de un/a paciente dentro de su hospitalización. (ver cuadro n° 26 “Calidad de la Visita. Muestra Total.)

<b>Calidad de la Visita. Muestra Total</b>						
	<b>Acompañamiento prestado por Visita al/a paciente durante Hospitalización</b>		<b>Interés demostrado por Visita en participar en cuidados del/a paciente actualmente y post- hospitalización</b>		<b>Aporte realizado por la Visita con elementos necesarios para cuidado del/a paciente, aseo personal y otros enceres.</b>	
	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>
Si	84	93,3%	77	85,6%	83	92,2%
No	6	6,7%	13	14,4%	7	7,8%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

**Cuadro N° 26.** Calidad de la Visita. Muestra Total  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En relación al antecedente expuesto, destaca la relación entre el porcentaje de pacientes que son acompañados durante el Proceso de Hospitalización, donde el 93,3% de la Muestra recibe visitas de manera constante, relación que es concordante con la extensión horaria de visitas; como parte de las medidas implementadas por la iniciativa Hospital Amigo al interior del Hospital. Pendiente es un desafío en relación al interés demostrado por la visita a los pacientes, en las estrategias educativas para los cuidados post-alta, donde si bien un 85,5% es un porcentaje relevante en relación a la calidad de la visita, contrasta con la alta participación sólo en el acompañamiento; mientras que a nivel de insumos y colaboración para el bienestar del paciente, más del 92,2% recibe apoyo tanto en artículos de aseo personal, enceres, alimentación, entre otros, quedando el porcentaje restante en los casos de alto riesgo social, sin redes de apoyo ni familiares reconocidos como acompañantes.



La frecuencia con que las/os pacientes fueron visitados, configura un elemento central en el proceso de recuperación, es así que en orden a caracterizar éste antecedente de manera óptima, se construyen las categorías consideradas en base al juicio técnico del Equipo de Enfermería, que mantienen registro de la frecuencia de visitas, el cual fue posible cotejar con el registro realizado al momento del Muestreo, a continuación detallado:

Frecuencia de Visitas	Frecuencia	Porcentaje
Toda la semana	59	65,6%
No recibe visita	6	6,7%
2 a 4 veces a la semana	24	26,7%
Una vez a la semana	1	1,1%
Total	90	100,0%

**Cuadro N° 27.** Frecuencia de Visitas. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

- **EGRESO:** En éste momento del proceso de hospitalización, la presencia de factores que prolongan la estadía se ve disminuido, sin embargo a lo largo del levantamiento de información, se configuró como el momento de mayor dificultad para encontrar vías de resolución de la problemática. En este sentido, los antecedentes recabados estuvieron orientados a conocer el lugar de destino del/a paciente al momento del egreso, además de corroborar la existencia del “alta médica” como documento administrativo que permite el egreso, en este plano, la información recolectada indica que los casos que prolongaron su estadía por no contar con este documento estando en condiciones de ser egresados, no implican un margen representativo de la muestra. (Ver cuadro n° 28 “Destino del/a paciente al momento del Egreso Hospitalario”).

Destino Paciente	N° pacientes	Porcentaje
Domicilio de Ingreso	72	80,0%
Otro Domicilio	9	10,0%
Establecimiento de Larga Estadía Adulto	7	7,8%
Fallecido/a	2	2,2%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100,0%</b>

**Cuadro N° 28.** Destino del/a paciente al momento del Egreso Hospitalario. Muestra Total  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



## C. DETERMINANTES DE LA CONDICIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.

### a) Caracterización de los Factores que prolongan la estadía de pacientes.

La construcción de los tres ejes que se han definido como Factores que prolongan la estadía de pacientes, tuvo su origen durante el transcurso de los primeros diálogos y entrevistas realizadas entorno a conocer la percepción de los Equipos de Salud y Unidad de Servicio Social frente a la problemática. Una vez definidos éstos tres elementos, el proceso de definición de los componentes de cada factor, se generó en una dinámica de constantes ajustes a razón de lograr definiciones precisas respecto de las situaciones referidas por las/os pacientes, explicando así de mejor forma la realidad de la muestra de análisis.

El proceso de ajuste, tuvo su culminación tras la aplicación de un primer instrumento de tipo exploratorio de la realidad de la problemática al interior de las Unidades Clínicas de Observación, recopilando antecedentes de distintos aspectos relacionados con la estadía, los diagnósticos y las definiciones de los planes de restitución del estado de salud; el cual se convirtió en la base definitiva del “Instrumento de Caracterización de Pacientes en Condición de Hospitalización Prolongada” y que responde fundamentalmente al primer objetivo de trabajo del Seminario de Título.

En la aplicación de éste, es necesario señalar la existencia de pacientes en la muestra de análisis que presentaron determinantes de hospitalización prolongada de más de un factor, situación que indica que la problemática se define en amplia medida por la mixtura de factores, mientras que la frecuencia de algunos componentes no tuvieron presencia en el contexto de ningún paciente de la muestra. De esta forma, los componentes definidos como “Otras” hacen referencia a los que aparecen durante el periodo de muestreo y que fueron integrados a los análisis.

Además de lo anterior, una consideración necesaria dice relación con que el/la lector/a encontrará en lo sucesivo, valores expuestos en una doble dimensión; por una parte en términos de la frecuencia de cada componente de prolongación de estadía, el porcentaje de representación asociado a ello, y en un segundo momento, el total de pacientes que presentaron **uno o más** componentes de incidencia en la condición, separados por factor y de manera integrada al final del apartado.

Finalmente, resta señalar que éstas consideraciones se realizan a fin de que los resultados a continuación expuestos sean comprendidos por el/la lector/a en atención a los principales elementos que subyacen a su construcción y desarrollo.



### - Factores Sociales de Prolongación de Estadía:

En el contexto de la disciplina que ampara al Seminario de Título, las razones sociales actúan como agravantes dentro de los determinantes de la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas, las que pese a tener una representatividad menor al representado por el elemento clínico, resulta fundamental el considerarles en una mirada integral al momento de buscar alternativas de solución a la problemática, considerando las múltiples dimensiones que afectan en la calidad de vida de las/os pacientes.

Los componentes descritos dentro de la presente categoría de prolongación de estadía, tuvieron relación con el contexto social del paciente, el cual se desarrolla principalmente al exterior del Hospital, referido tanto a las razones socioeconómicas que determinan la prolongación de la estadía, como las referidas a la falta de responsabilidad, incapacidad o carencia de red de apoyo de tipo social o familiar que asista al paciente para el logro del egreso hospitalario efectivo (ver cuadro n° 29. “Frecuencia y Factores Sociales que Prolongan Estadía. Muestra Total.”).

<b>Frecuencia de Factores Sociales que Prolongan Estadía en Muestra Total</b>		
<b>Código Interno</b>	<b>Componente</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>FS1</b>	Carencia de Recursos Económicos	<b>20</b>
<b>FS2</b>	Falta de Cupo en Institución que asuma cuidado de paciente.	<b>1</b>
<b>FS3</b>	Familia no asume Cuidados del paciente	<b>3</b>
<b>FS4</b>	Incapacidad de la Familia para asumir cuidado de paciente.	<b>5</b>
<b>FS5</b>	Paciente no posee Red de Apoyo Familiar	<b>4</b>
<b>FS7-1</b>	Otra: <i>Si, paciente espera que familiar en el extranjero gestione su traslado al domicilio.</i>	<b>1</b>
<b>Frecuencia Total de Factores Sociales. Muestra Total</b>		<b>34</b>
<b>Porcentaje en relación a la Frecuencia Total de Factores. Muestra Total</b>		<b>20,7%</b>

**Cuadro N° 29.** Frecuencia de Factores Sociales que Prolongan Estadía. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

En el cuadro anterior, se aprecia el componente de los factores sociales considerados con mayor presencia en la muestra, el de “Carencia de Recursos Económicos”, que alcanza una frecuencia de 20, lo que en relación al total de frecuencias posibles, que asciende a 164, representa un 12,2%, siendo el de mayor incidencia en la prolongación de estadías según las razones sociales definidas para el muestreo.

A continuación, se exhibirá el desglose de las 34 frecuencias, según las/os pacientes de la muestra que presentaron componentes de factores sociales. (ver cuadro n° 30. “N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Sociales. Muestra Total”).



<b>N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Sociales. Muestra Total</b>						
	<b>Código de Componentes de Factores Sociales</b>					
<b>Paciente de la Muestra</b>	<b>FS1</b>	<b>FS2</b>	<b>FS3</b>	<b>FS4</b>	<b>FS5</b>	<b>FS7-1</b>
1	X					
23	X		X		X	
24	X					
25	X					
26	X					
27			X		X	
28			X		X	
36	X					
37	X					
38	X					
39	X					
40	X					
41	X					
42				X		
43				X		
61	X			X		
62	X				X	
63	X					
64	X					
65	X					
66	X					
67	X					
68		X		X		
84	X			X		
85	X					
90						X
<b>Total Pacientes que presentan Componentes de Factores Sociales en su condición de Hospitalización Prolongada</b>				<b>26</b>		
<b>Porcentaje equivalente en relación a Muestra Total</b>				<b>28,8%</b>		

**Cuadro N° 30.** N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Sociales. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Del cuadro anterior, “Carencia de Recursos Económicos” o “FS1”, fue el elemento de mayor presencia en la muestra, con un 22,2%, seguido por “Incapacidad de la Familia en Asumir el Cuidado del Paciente” o “FS4”, con un 5,5% y lo relacionado con la desarticulación de red de apoyo, con un 4,4% de representatividad en el elemento de “Paciente no cuenta con Red de Apoyo Familiar” o “FS5”. Finalmente con el 3,3%, el elemento “Familia no Asume Cuidado de Paciente” o “FS3”, se encuentra representado con una incidencia de 3 casos en la muestra total.



La distinción entre “Familia no Asume Cuidado del paciente” e “Incapacidad de la Familia en Asumir Cuidado del Paciente” radica en que ésta última, se encuentra sustentada en que el desarrollo de actividades por parte de los integrantes de la familia, impiden la asistencia en el cuidado a tiempo completo por parte de alguno de ellos/as, fundamentalmente por el costo que ello implica.

Mientras que el componente “Familia no Asume Cuidado del paciente” se refiere a que en casos de familias que presenten condiciones e integrantes con capacidades de asumir el cuidado de un paciente en condición de prolongación de estadía, no se han responsabilizado del egreso hospitalario.

No obstante lo anterior, la presencia de los elementos descritos, sitúan a éstos pacientes en condiciones de riesgo mayor que los referidos exclusivamente en los componentes clínicos, esto en relación a la vulnerabilidad asociada a la presencia de Factores Sociales de Prolongación de Estadía.



### - Factores Clínicos de Prolongación de Estadía:

Los determinantes clínicos de la condición de hospitalización prolongada, son los que se presentan en mayor frecuencia en relación a la muestra, con un total de 117, lo que equivale al 71,3% de la frecuencia total, que corresponde a 164. Esta característica, es aceptada en los márgenes en que la problemática posee una multidimensionalidad de factores que inciden en su ocurrencia, no obstante, con una proporción mayor en el ámbito clínico, dado el contexto de la problemática, en que el elemento clínico en la experiencia del seminario de título, sugiere además análisis entorno a la coordinación efectiva de los distintos ámbitos del quehacer profesional de las disciplinas involucradas en el tratamiento de pacientes que desarrollan una condición de prolongación de estadía, viéndose la influencia de médicos, enfermeras y asistentes sociales en la búsqueda de alternativas a la problemática.

Los resultados a su vez, se muestran concordantes con el Juicio Experto en atención a esta materia. (Ver cuadro n° 31 “Frecuencia de Factores Clínicos que Prolongan Estadía. Muestra Total”).

<b>Frecuencia de Factores Clínicos que Prolongan Estadía. Muestra Total</b>		
<b>Código Interno</b>	<b>Componente</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>FC1</b>	Espera de Especialista.	<b>2</b>
<b>FC2</b>	Espera de Médico Tratante.	<b>4</b>
<b>FC4</b>	Espera de Interconsulta.	<b>7</b>
<b>FC5</b>	Espera de Resultados de Exámenes y/o Estudios de Laboratorio	<b>41</b>
<b>FC6</b>	Espera de Finalización de Tratamiento	<b>38</b>
<b>FC7</b>	Paciente adquiere nueva enfermedad durante Estadía.	<b>9</b>
<b>FC8</b>	Deterioro de Paciente por diagnóstico, extiende la estadía.	<b>5</b>
<b>FC9-1</b>	<i>Otra: Diagnóstico en definición.</i>	<b>3</b>
<b>FC9-2</b>	<i>Otra: Paciente espera cupo en Tabla Quirúrgica.</i>	<b>2</b>
<b>FC9-3</b>	<i>Otra: Espera de Médico Jefe de Servicio Clínico</i>	<b>2</b>
<b>FC9-4</b>	<i>Otra: Espera recibir Alta Médica</i>	<b>2</b>
<b>FC9-5</b>	<i>Otra: Reingreso Patología AUGÉ</i>	<b>1</b>
<b>FC9-6</b>	<i>Otra: Realización de Procedimiento Gastrectomía</i>	<b>1</b>
<b>Frecuencia Total de Factores Clínicos. Muestra Total</b>		<b>117</b>
<b>Porcentaje en relación a la Frecuencia Total de Factores. Muestra Total</b>		<b>71,3%</b>

**Cuadro N° 31.** Frecuencia de Factores Clínicos que Prolongan Estadía. Muestra Total.

**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Del cuadro anterior, se desprende información relevante en términos de que los componentes clínicos que prolongan la estadía se configuran como la causa de mayor presencia en la muestra de análisis. Un ejemplo claro de lo anterior, lo entrega el total de razones clínicas presentes en Hospitalizaciones Prolongadas, cuyo valor asciende a 117, con una representación del 71,3%, situación que se explica por la presencia de más de un componente de factor clínico en la condición de prolongación de estadía de los pacientes.



La presencia a nivel de muestra general de los componentes de factores clínicos, ascendió a 81 pacientes, representando al 90% de la muestra de análisis, los que presentaron entre 1 y 4 factores clínicos en su hospitalización prolongada. (ver cuadro N° 32 de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Clínicos en Muestra Total”)

N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Clínicos en Muestra Total													
Pacientes de la Muestra	Código de Componentes de Factores Clínicos												
	FC1	FC2	FC4	FC5	FC6	FC7	FC8	FC9-1	FC9-2	FC9-3	FC9-4	FC9-5	FC9-6
1				X	X								
2				X	X								
3				X	X								
4				X	X								
5				X	X								
6				X	X								
7				X	X								
8				X									
9				X									
10				X									
11				X									
12				X									
13				X									
14				X									
15					X		X						
16					X								
17					X								
18					X								
19					X								
20					X								
23				X									
24	X			X									
25				X			X						
26						X							
27					X								
29	X			X									
30		X								X			
31			X			X	X						
32			X										
33					X			X					
34							X						
35													X
36				X	X								
37				X	X								
38				X									
39				X									
40					X								
41					X								
42				X	X								
43				X	X								



44				X	X								
45				X	X								
46				X	X								
47				X	X								
48				X	X								
49				X	X								
50				X									
51				X									
52					X			X					
53					X			X					
54					X								
55					X								
56					X								
59					X								
60							X						
61					X							X	
62				X									
63		X	X										
64		X											
65				X	X			X					
67												X	
69		X											
70			X	X									
71			X		X								
72			X										
73				X				X					
74				X									
75				X									
76					X								
77					X								
78								X					
79								X					
80										X			
81												X	
82				X									
83				X									
85								X	X				
86			X									X	
87				X	X			X					
88										X			
89											X		
<b>Total Pacientes que presentan Componentes de Factores Clínicos en su condición de Hospitalización Prolongada</b>											<b>81</b>		
<b>Porcentaje equivalente en relación a Muestra Total</b>											<b>90%</b>		

Cuadro N° 32. N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Clínicos. Muestra Total.  
Fuente: Elaboración Equipo Seminarista.

En este escenario, los elementos que aparecen con mayor frecuencia estuvieron dados por la “Espera de Resultados de Exámenes y/o Estudios de Laboratorio, (FC5)”, situación que tuvo una frecuencia de 41, con un porcentaje del 45,5% de la muestra total y por el componente “Espera de Finalización de Tratamiento, (FC6)”, situación que se produjo en una frecuencia igual a 38, con un porcentaje de representatividad del 42,2%. En este contexto cabe señalar que ambas situaciones corresponden a eventos reconocidos y normativos dentro del curso de una hospitalización, pero que cobran relevancia en el análisis de los factores que inciden en la prolongación de estadía.

#### - Factores Administrativos de Prolongación de Estadía:

Paralelamente a la existencia de factores del ámbito clínico y social en las explicaciones de la prolongación de estadía, los vinculados a situaciones administrativas distan principalmente relación con la coordinación de la red asistencial externa al Hospital Carlos Van Buren, apreciándose la falta de cupo en los centros asistenciales de destino y correspondencia de los/as pacientes como principal componente del factor administrativo presente, a continuación se desarrollan los componentes de éstos factores, los que fueron registrados bajo dos categorías:

- Factores Administrativos de Equipamiento, (FAE)
- Factores Administrativos de Tramitación, (FAT). (Ver cuadro n° 33 “Frecuencia de Factores Administrativos que Prolongan Estadía en Muestra Total”).

<b>Frecuencia de Factores Administrativos que Prolongan Estadía en Muestra Total</b>		
<b>Código Interno</b>	<b>Componente</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>FAE3-1</b>	<i>Otra: Falta de Insumo Médico</i>	<b>2</b>
<b>FAT1</b>	Espera cupo para realización de examen	<b>3</b>
<b>FAT3</b>	Derivación a Servicio Clínico (Intrahospitalario)	<b>1</b>
<b>FAT4</b>	Cupo en Centro Asistencial de destino	<b>6</b>
<b>FAT6-1</b>	<i>Otra: Tramitación de Interdicción</i>	<b>1</b>
<b>FAT6-2</b>	<i>Otra: Espera Alta Médica</i>	<b>2</b>
<b>Frecuencia Total de Factores Administrativos. Muestra Total</b>		<b>15</b>
<b>Porcentaje en relación a la Frecuencia Total de Factores. Muestra Total</b>		<b>9,1%</b>

**Cuadro N° 33.** Frecuencia de Factores Administrativos que Prolongan Estadía. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



Pese a que la representatividad de éste factor en la muestra de análisis, solo alcanza un 9,1%, su incidencia no deja de ser relevante en el contexto de la caracterización de la problemática a nivel general, es así que en base a la frecuencia de 15 componentes presentes en la muestra, se evidencia un valor de mayor preponderancia en el entendido de que los Factores Administrativos, tienen relación con los elementos de la gestión hospitalaria que deben mantener el entorno de la actividad clínica de restitución del estado de salud del paciente, adecuadamente coordinados y/o eficientemente organizados.

La presencia de estos factores en la muestra de análisis, se observa a continuación:

<b>N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Administrados en Muestra Total</b>							
<b>Pacientes de la Muestra</b>	<b>Código de Componentes de Factores Administrativos</b>						
	<b>FAE3-1</b>	<b>FAT1</b>	<b>FAT2</b>	<b>FAT3</b>	<b>FAT4</b>	<b>FAT6-1</b>	<b>FAT6-2</b>
21		X					
22					X		
31					X		
32				X			
57		X					
58				X			
63				X			
67				X			
69		X		X			
73		X					
74		X					
75	X						
76		X					
80	X						
<b>Total Pacientes que presentan Componentes de Factores Administrativos en su condición de Hospitalización Prolongada</b>						<b>14</b>	
<b>Porcentaje equivalente en relación a Muestra Total</b>						<b>15,5%</b>	

**Cuadro N° 34.**N° de Pacientes asociados a la Frecuencia de Factores Administrativos. Muestra Total.

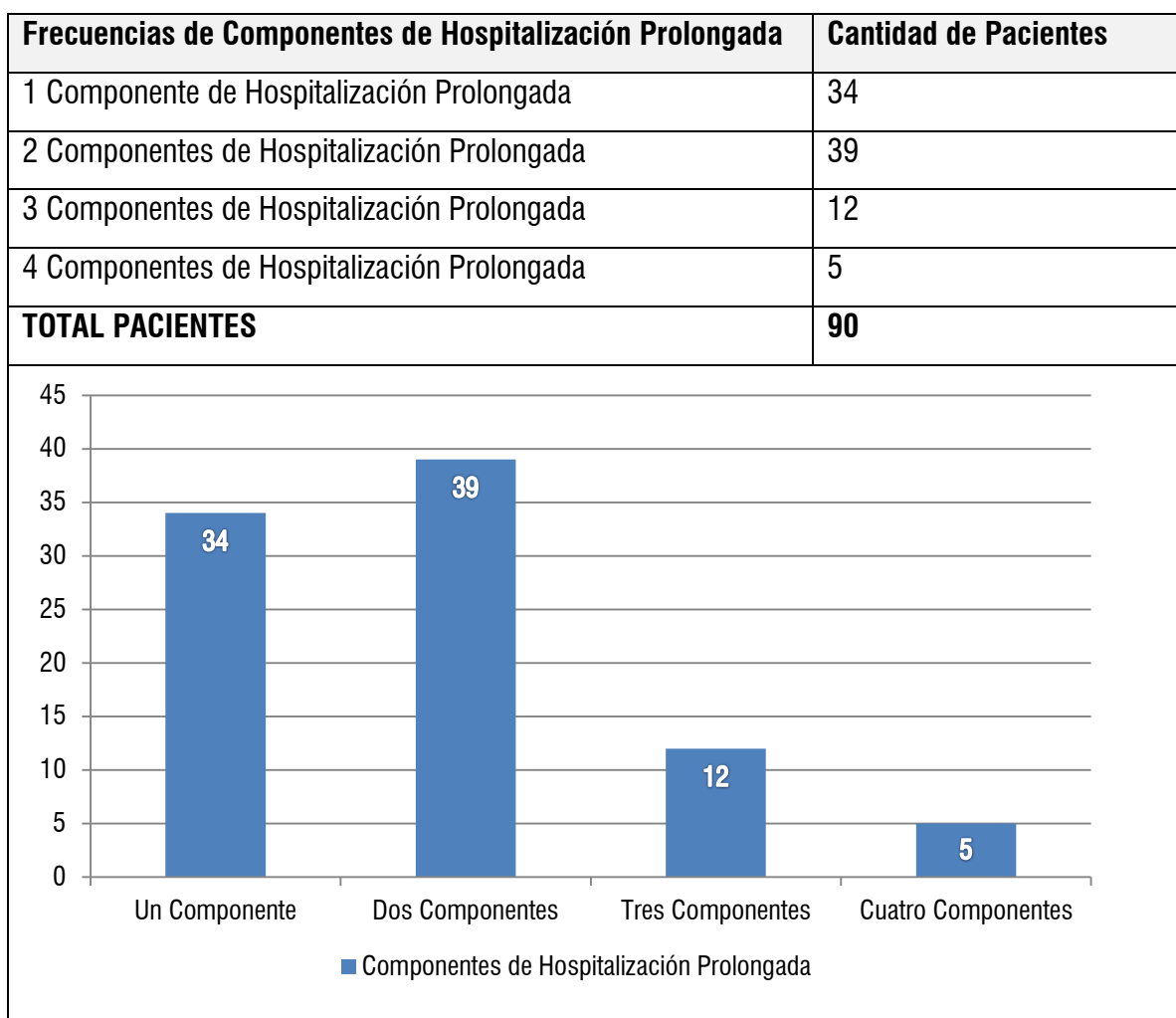
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Con 14 personas de la muestra general que presentan en distintas frecuencias, componentes administrativos en sus condiciones particulares de hospitalización prolongada, cabe señalar que el componente “Espera de cupo para realización de exámenes (FAT1)” es el que presenta mayor frecuencia en éste aspecto, el que se explica por la demanda que existe para la realización de exámenes y el uso del equipamiento médico, que además revela la capacidad de absorción de la demanda del Hospital si se considera a la muestra como una tendencia.

Mientras que el componente “Derivación Servicio Clínico (Intrahospitalario) (FAT3)” es la que presenta el segundo lugar en frecuencia, y que refiere los problemas existentes en torno a la coordinación con la red asistencial externa para aquellos pacientes que requieren de cupo en los centros asistenciales correspondiente, los que según juicio técnico, comparten realidades respecto de la alta demanda de atención de salud.

**b) Análisis Integrado Frecuencia de Determinantes de Hospitalización Prolongada.**

En el siguiente apartado, se presentan el peso relativo que tuvieron en conjunto los componentes de los factores de hospitalización prolongada, de forma que se determina un máximo de presencia de componentes por paciente y un mínimo, a continuación graficado.



**Diagrama N° 26:** Frecuencias de Componentes de Hospitalización Prolongada. Muestra Total.

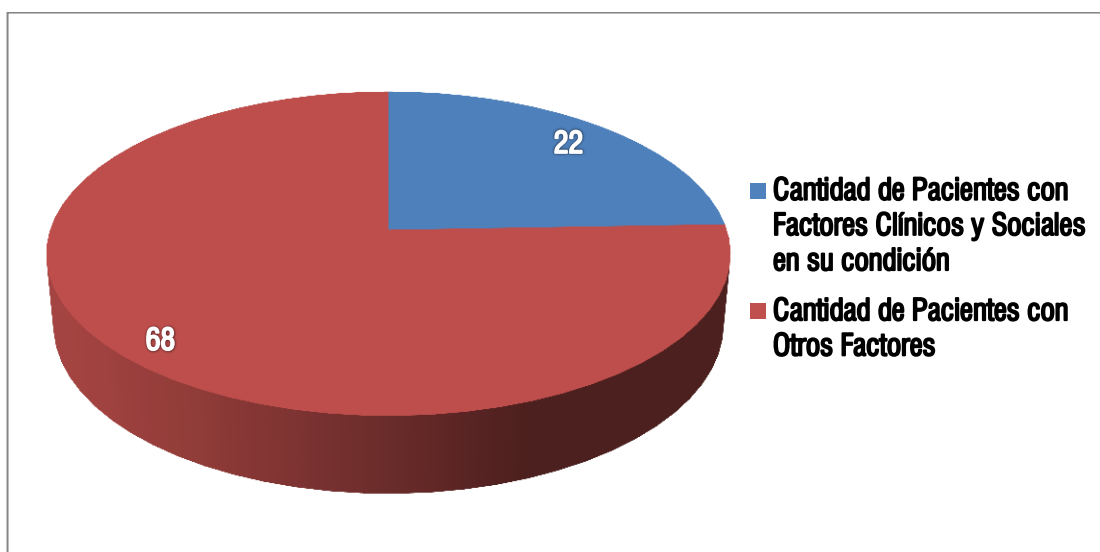
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

El diagrama anterior revela que del total de la muestra de análisis, 5 personas presentaron un máximo de 4 componentes en su condición, representando un 4,5% de la muestra total; mientras que 12 pacientes, presentaron 3 componentes de la condición analizada, representando un 13,3% de la muestra total, y en el caso de pacientes que presentan **dos componentes**, se vislumbra la tendencia mayor, con **39 pacientes**, que representan un **43,3%** de la muestra; finalmente, la presencia de un componente en la condición, se ve representada por 34 pacientes, con un 37,7% de la muestra total. Los valores entregados se conforman en base a la sumatoria de las frecuencias de componentes en la condición particular de cada paciente, revelando así la pertinencia y representación de los componentes definidos para caracterizar la condición dentro de la muestra.

#### - **Peso Relativo Factores Sociales \* Factores Clínicos en Hospitalización Prolongada.**

Considerar el peso relativo de estos Factores está fundamentado en que los Factores Clínicos son los que presentaron mayor preponderancia frente a los Sociales y Administrativos. Sumado a ello, se establece la relación entre aquellos y los Factores Sociales, dado que éstos últimos, son del interés de la Unidad de Servicio Social como entidad patrocinante al interior del Hospital y de Trabajo Social como disciplina que ampara la realización del presente Seminario de Título.

De éste modo, la relación entre estos factores se presenta en la siguiente proporción:



**Diagrama N° 27:** Peso Relativo Factores Sociales \* Factores Clínicos. Muestra Total.  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.

Del total de la muestra, se revela que el **24,4%** de las Hospitalizaciones Prolongadas registradas, presentan en su condición, determinantes Sociales y Clínicos que explican la sobreestadía; situación que considerando la incidencia preponderante de los Factores Clínicos en la muestra en general, es un valor a considerar dada la coordinación de disciplinas y quehaceres entorno a la gestión de alternativas para la búsqueda del egreso efectivo.



Mientras que la presencia de **Factores Sociales y Administrativos** asociados a la condición analizada, fue representado por **2** casos. Finalmente, existieron pacientes que presentaron los componentes de los tres factores de caracterización, representado por un **1** caso en la muestra de análisis.

En otro aspecto, el análisis tras muestreo indica que los componentes más recurrentes a lo largo del periodo de muestreo y que se vieron reflejadas a la hora de tabulación de antecedentes, fueron las razones clínicas, específicamente dos:

- *Espera de Resultados de Exámenes y/o Estudios de Laboratorio:***41 Pacientes.**
- *Espera de Finalización de Tratamiento:***39 Pacientes.**

Esta información, revela que las Hospitalizaciones Prolongadas como problemática, se reproduce de manera constante en el contexto de espera de las acciones que forman parte del proceso de tratamiento y restitución del estado de salud del/a paciente, lo que demuestra la necesidad de perfilar futuras acciones de gestión a fin de mejorar e incrementar el valor de la coordinación entre las disciplinas involucradas.

Mientras que en el segundo caso, se asume a nivel de Equipos de Salud que la dilatación de una Hospitalización Normativa, ocurra por factores asociados al término de tratamiento médico, la reacción de un paciente a los distintos medicamentos y fármacos que buscan la estabilización de los cuadros clínicos o los periodos normativos de recuperación entorno a procedimientos médicos de compensación o intervenciones invasivas.

No obstante la consideración de Prolongación de Estadía en base al valor de Promedio de Días de Estadía es emanado por la Unidad de Estadísticas, desglosado por Servicio Clínico y utilizado en los seleccionados por el Seminario para su observación refleja que en la etapa de Tratamiento dentro del Proceso de Hospitalización, la razón clínica expuesta y cotejada con el antecedente administrativo, no comparten el mismo peso relativo, por lo cual, de existir parámetros de medición de la condición de hospitalización prolongada, aplicable al quehacer de las distintas disciplinas responsables de restituir el estado de salud anterior al que origina la hospitalización, optimizaría de manera eficiente la gestión a nivel hospitalario relacionado con ésta problemática.



## D) EXPOSICIÓN DE RESULTADOS SEMINARIO DE TÍTULO A LA COMUNIDAD HOSPITAL CARLOS VAN BUREN.

a) Realización “Jornada del Adulto Mayor: Hospitalizaciones Prolongadas, aportes desde Seminario de Título patrocinado por la Unidad de Servicio Social, y los contrastes con la atención en la red externa.”

En el marco de las actividades de la tercera versión del Día Nacional del Adulto Mayor, en el Hospital Carlos Van Buren, el día 23 de Octubre del presente es elegido para realizar la “Jornada del Adulto Mayor”, orientada éste año a visibilizar la problemática que afecta a los/as Adultos Mayores en relación a las Hospitalizaciones Prolongadas y su impacto en la comunidad, para esto, la exposición de los resultados del Seminario de Título, actuará como alero para que exposiciones desde el ámbito Judicial, Social y de Salud, señalen en qué medida la problemática y el/la Adulto/a Mayor se vincula con ésta red externa a fin de contrastar visiones.

Las exposiciones en ésta jornada harán referencia por primera vez a la problemática de las Hospitalizaciones Prolongadas, condición de pacientes hospitalizados reconocida por el Equipo de Salud y otras disciplinas al interior del Hospital Carlos Van Buren, sin embargo, no tratadas de manera particular en una instancia como la señalada.

### Procedimiento Metodológico:

<b>Tiempo:</b>	La realización de ésta Jornada está programada para el día 23 de Octubre de 2012 en dependencias del Auditorio del Hospital Carlos Van Buren, a realizarse entre las 9.00 y 13.00 hrs.
<b>Validación:</b>	Entorno a la celebración del Día Nacional del Adulto Mayor y el patrocinio en las versiones anteriores realizadas por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, constituye la fuente de respaldo y validación de ésta actividad.
<b>Responsables:</b>	La organización y convocatoria es asumida por parte de la Unidad de Servicio Social y el Equipo Seminarista.



La presencia de expositores desde distintos ámbitos de la red social e institucional de los/as Adultos Mayores busca contrastar el acceso y las condiciones en que ésta otorga prestaciones de salud al/a Adulto/a Mayor en sus distintos contextos, desde el ámbito Jurídico, de Previsión Social y de Salud; éste último, desde la realidad intrahospitalaria con la presencia de médicos y personal de los equipos de salud y de apoyo como la Unidad de Servicio Social, y a nivel externo desde el servicio de salud. Las exposiciones para esta ocasión, contarán con la presencia de los/as siguientes representantes de la red externa:

- Sr. Germán Núñez, Juez de Garantía Tribunales de Familia de Valparaíso.
- Dr. Carlos Garrido, Jefe del Servicio de Fisiatría Hospital Carlos Van Buren.
- Srta. Carolina Gálvez, SENAMA Valparaíso.



## 4.2. PROPUESTAS DE MEJORA



## **A. Semáforo de Riesgo de Hospitalizaciones Prolongadas**



**- Descripción:**

Instrumento para mejorar la pesquisa temprana de pacientes proclives a prolongar su estadía por razones sociales. Sugiere una clasificación del posible riesgo de prolongación que cada paciente reviste, siguiendo un ordenamiento de menor a mayor riesgo, en virtud de las características evidentes de cada uno de ellos/as.

**- Contexto de Aplicación.**

<b>Tiempo:</b>	<p>- Periodo de Socialización: Al cierre de la participación del equipo seminarista al interior del HCVB.</p> <p>- Periodo de Implementación: Posterior a la socialización y validación por parte del Equipo de Enfermería.</p>
<b>Validación:</b>	<p>La validación del Instrumento se encuentra sustentada en el Juicio Técnico otorgado desde el área social, por las Asistentes Sociales; Lidia Parra, Jefa de Unidad y Carolina Villegas, encargada de temáticas asociadas a Participación Social de la misma Unidad, quienes consideraron la pertinencia y alcances de la propuesta. Mientras que desde el ámbito clínico, la propuesta contó con la validación por parte de la Sub Dirección de Gestión del Cuidado, unidad coordinadora de las diferentes Unidades Clínicas.</p>
<b>Responsables:</b>	<p>Las unidades responsables del uso del presente instrumento, corresponden a la Unidad de Servicio Social y las Unidades Clínicas donde será implementado, que en principio corresponden a las seleccionadas para el Seminario de Título y paulatinamente en el resto de los servicios clínicos del hospital donde se pesquisen casos de Hospitalizaciones Prolongadas. Las responsabilidad de éstas Unidades radica en la mejora de su coordinación para la detección temprana de la condición de Hospitalización prolongada y su derivación oportuna</p>

El diseño del presente instrumento surge desde el diagnóstico integral de salud realizado por la Unidad de Servicio Social y el cuerpo de Enfermería en un esfuerzo por clarificar las necesidades de los pacientes y mejorar la gestión en cuanto a la derivación entre ambas Unidades de los casos que se encuentran en riesgo de prolongar sus estadías hospitalarias normativas.



Los antecedentes del trabajo en conjunto entre éstas unidades entorno a la temática, se remonta al año 2010 cuando se crea la Comisión del Egreso conjunto del Adulto mayor, sin funcionamiento en la actualidad, y donde de manera preliminar se plantea la creación de un instrumento que posibilite la detección temprana de éstos casos y el reconocimiento de señales que permitan preocuparse de otorgar asistencia a los pacientes que se encuentren en riesgo de prolongar su estadía desde la etapa de Ingreso al recinto asistencial hasta el Egreso efectivo del/a paciente, éste esfuerzo conjunto no logra materializarse en aquella oportunidad, sin embargo es el análisis documental de dichos registros lo que permite la confección y propuesta actual de dicho instrumento como parte del objetivo del seminario de título en curso.

#### **- Orientaciones de Uso.**

La intención del instrumento es ser implementado uno por cada Servicio Clínico, en un formato termolaminado en las Estaciones de Enfermería, bajo ésta estética dado el uso actual de instrumentos de evaluación de riesgo y dependencia que utilizan gráficas similares al momento de categorizar a pacientes en relación a éstos aspectos.

El “Semáforo de Riesgo de Hospitalización Prolongada”, está dirigido a reconocer los perfiles de pacientes que al llegar a las Unidades Clínicas, presentan antecedentes y que durante su estadía en las mismas, requieren de atención por parte de la Unidad de Servicio Social en la búsqueda de alternativas de solución para el Egreso Hospitalario.

A continuación se presenta un modelo del instrumento y las características a reconocer por parte del Equipo de Salud al momento de considerar la derivación ala Unidad de Servicio Social, el que cabe señalar, tiene inscrito el nombre de la asistente social correspondiente a cada Servicio Clínico:



## SEMAFORO DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA

### ALTO RIESGO

- Adulto Mayor N.N.
- Adulto Mayor que vive sólo.
- Adulto Mayor con alto grado de dependencia física, carente de red familiar de apoyo.
- Adulto Mayor sin visitas dentro de las 48 hrs. posteriores a su hospitalización.
- Adulto Mayor cuya familia y/o representante se niega a asumir cuidados post-alta.

### RIESGO MEDIO

- Adulto Mayor que vive con otro adulto mayor o que tiene familiares o acompañantes que se muestran reticentes a asumir cuidados post-alta.
- Adulto Mayor con signos de maltrato o negligencia en el cuidado, proveniente de Hogares de Larga Estadía (ELEAM)

### BAJO RIESGO

- Paciente con acompañante identificado, y comprometido desde su Red Familiar y/o Institucional.

**ASISTENTE SOCIAL: Carolina Villegas Aguilar (Anexo 324379)**

Este instrumento es confeccionado en el marco del Seminario de Título patrocinado por la Unidad de Servicio Social respecto de Pacientes en condición de Hospitalización Prolongada. Primavera 2012.



## **B. Comisión del Adulto Mayor Hospital Carlos Van Buren**



### Descripción:

La dinámica particular del Hospital Carlos Van Buren a determinado la creación de Comisiones de Trabajo con integrantes de distintas áreas y/o disciplinas a fin de dar dedicación exclusiva a temas del ámbito médico y sus alcances en otras áreas.

Dada la importancia de indagar en la búsqueda de soluciones y alternativas de mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores durante su estadía y al egreso, considerando la presencia de un alto número de aquellos en los distintos Servicios Clínicos del hospital, es que la conformación de la Comisión del Adulto Mayor favorece la continuidad e incremento de medidas que contribuyan a la articulación y mejoramiento del trabajo realizado por la red de apoyo, y además realizar un seguimiento de los procedimientos que actualmente se utilizan a nivel intrahospitalario para el tratamiento y derivación de Adultos Mayores en condiciones de vulnerabilidad.

### - Contexto de Aplicación.

<p><b>Tiempo:</b></p>	<p>El tiempo que tome la conformación de la Comisión irá en directa relación a la convocatoria de funcionarios a participar de ésta, además de la elección de directiva interna y definición de objetivos; siendo impreciso otorgar fechas, desde el momento que finaliza el presente seminario de título, se inicia la convocatoria a las primeras reuniones de conformación de la Comisión.</p>
<p>Razones Técnicas de funcionamiento</p>	<p>Desde la Unidad de Servicio Social, se señala la existencia previa de una Comisión Conjunta para el Egreso del Adulto Mayor, la que al disolverse dejó las distintas situaciones que afectan a los Adultos Mayores, sin un seguimiento y discusión sostenida en el tiempo; es así que ésta Unidad, patrocinante del Seminario de Título en curso, es además en base a juicio técnico la que otorga sustento a la conformación de ésta Comisión.</p>

La conformación de una Comisión dedicada de manera exclusiva al trabajo en torno a temáticas asociadas a Adulto Mayor, surge en primera instancia a partir de un trabajo previo desarrollado al interior del Hospital con la Comisión Conjunta de Egreso del Adulto Mayor en el año 2010, experiencia en la actualidad sin continuidad; pero que sienta las bases para que en el desarrollo del presente Seminario de Título, en un contexto de diálogo conjunto entre la Unidad de Servicio Social y el Equipo Seminarista.

De éste modo surge la idea de re-articular de forma definitiva tal estamento, esta vez con los elementos administrativos necesarios para lograr que sus aportes cuenten con el respaldo necesario para materializarse en acciones de mejora en la calidad de vida del/a paciente adulto mayor hospitalizado, como del/a vulnerable en condiciones de riesgo y/o hospitalización prolongada, además de los referentes del ámbito clínico, como Enfermeras, Técnicos Paramédicos y/o Profesionales de Apoyo, y desde ámbito social y administrativo, profesionales de la Unidad de Servicio Social, Atención a las Personas y Profesionales del área Administrativa que nutran los contrastes respecto al tratamiento que en cada área se entrega a la atención de las y los Adultos Mayores en el Hospital Carlos Van Buren.



## **C. Díptico Informativo Unidad de Servicio Social a Familiares y/o Acompañantes de Pacientes Hospitalizados**



### **3) Díptico informativo a pacientes hospitalizados sobre procedimientos Unidad de Servicio Social.**

La confección de ésta propuesta, se sustenta en estandarizar la información que manejan los/as pacientes y sus familias respecto a gestiones de beneficios así como la realización de trámites, las que actualmente son asistidas por la Unidad de Servicio Social. El objetivo central es condensar la información de mayor relevancia y hacerla accesible a los pacientes cuando se requiera.

#### **- Contexto de Aplicación.**

La realización de un producto de éstas características surge a raíz de la necesidad de la Unidad de Servicio Social, respecto de mejorar el acceso a la información a los familiares de los/as pacientes hospitalizados en los distintos Servicios Clínicos, respecto de algunos de los procedimientos y orientaciones que dispone la Unidad, en atención a que el contexto hospitalario sugiere que los Familiares son quienes deben encargarse de la gestión de beneficios que ofrece la red como respuesta a sus necesidades, acercándose ellos a las instituciones en un ejercicio de empoderamiento de sus derechos y deberes. En este escenario, la Unidad de Servicio Social cumple un rol educativo - informativo, donde se requiere que la familia del/la paciente hospitalizado cuente con información fidedigna de forma accesible.

Éste díptico informativo además, permite agilizar la gestión de beneficios en el caso de los pacientes que presentan condiciones de Hospitalizaciones Prolongadas, donde la obtención de poderes simples o notariales, regularizaciones de tramo en FONASA, entre otros, contribuye a que casos de riesgo medio o bajo de hospitalización prolongada, no transiten a una condición de alto y medio riesgo por razones que pudiesen solucionarse mejorando la información a los familiares.



**- ¿DÓNDE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL?**

Esta Unidad se encuentra en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (C.A.E.), ingresando por calle Simón Bolívar



**- ¿CUÁLES SON LAS ÁREAS QUE ATIENDEN LAS/OS ASISTENTES SOCIALES Y COMO PUEDE CONTACTARLAS/ES?**

**A.S. LIDIA PARRA CASTILLO**  
Jefatura Unidad de Servicio Social  
Policlínico de Inmunología Adultos y Pediátrico. Fono: **032/362388**

**A.S. CAROLIN GÁLVEZ**  
7<sup>mo</sup> Piso Torre Médica:  
Baja Complejidad Médica. Ayudas Técnicas G.E.S., Medicina Física y Rehabilitación.  
Fono: **032/2364336**

**A.S. CAROLINA VILLEGAS**  
4<sup>to</sup> Piso Torre Médica: Mediana Complejidad Médica. PRAIS, Encargada Participación Social Neurocirugía Adultos U.C.I., U.C.I.M. (4<sup>to</sup> Piso Torre Quirúrgica)  
Fono: **032/2364379**

**A.S. CECILIA CAMPUSANO**  
2<sup>do</sup> Piso Edificio Otórino HCVB Coordinación Depto. Audición y Lenguaje, Oftalmología  
Fono: **032/2324622**

**A.S. PRISCILLA ACEVEDO**  
Oncología Infantil, Neurología Infantil, Lactancia, U.C.I. Policlínico Infantil (Salud Mental) Endocrinología, Hemato - Oncología  
Fono: **032/2364335**

**A.S. GABRIELA VILCHES**  
5<sup>to</sup> Piso Torre Quirúrgica: Mediana Complejidad Quirúrgica. Neurocirugía Infantil, Cirugía Infantil y Traumatología Infantil (5<sup>to</sup> Piso Torre Médica)  
Fono: **032/2364388**

**A.S. MARÍA ADRIANA MOYA**  
Oncología, Policlínico de Alivio del Dolor, Ginecología, Maternidad y Neonatología.  
Fono: **032/2364227**

A continuación, podrá encontrar información relacionada con trámites y procedimientos de los cuáles usted como familiar, debe iniciar las gestiones pertinentes para la regulación de situaciones administrativas de su familiar.

**a) Regularización Tramo FONASA**

De necesitar cambiar de Tramo de Fonasa, es necesario que conozca los requisitos que debe cumplir según cada tramo:

**TRAMO A:**

- Personas Indigentes o Carentes de Recursos
- Beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias
- Causantes de Subsidio Familiar (Ley 18.020)
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **0%**

**TRAMO B:**

- Personas con Ingreso Imponible menor o igual a \$193.001.
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **0%**

**TRAMO C:**

- Personas con Ingreso Imponible mayor a \$193.001 y menor o igual a \$281.780
- Con tres o más cargas familiares, pasara a Tramo B
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **10%**

**TRAMO D:**

- Personas con Ingreso Imponible Mensual mayor a \$281.781.
- Con tres o más cargas familiares, pasara a Tramo C.
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **20%**

**¿DÓNDE?**

- **FONASA:** Av. BRASIL #2104 Esq. FREIRE  
Horario de Atención: 08:40 a 16:30 hrs.
- **UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL:** 2<sup>do</sup> Piso C.A.E.  
Horario de Atención: 08.30 a 16:30 hrs.

HOSPITAL  
CARLOS VAN BUREN  
UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL



**INFORMATIVO A  
FAMILIARES DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS**

- b) Gestionar Ayudas Técnicas G.E.S.**  
De requerir una Ayuda Técnica, el paciente o familiar que acredite el vínculo con el paciente, debe:

Consulta Médica con Fisiatra

- a) Elaboración de Receta Médica  
b) Derivación a la U. de Servicio Social

Consulta con Asistente Social por Adquisición de Ayuda Técnica

**Cómo Obtener Ayuda Técnica?**

**REQUIERE EVALUACIÓN SOCIAL**

Opciones de Financiamiento

**SENADIS**

**Compartido Usuario y Servicio**

**Usuario y Familia**

- a) Solicitud a Médico de llenado de Formulario según Ayuda Técnica  
b) Postulación online en fecha fijada por organismos  
c) Prótesis (Amputados) Elementos de Apoyo

**Evaluación Socioeconómica del Usuario**

- a) Derivación/coordinación a Ortopedia según Ayuda Técnica indicada. (MAX, El Monte, Convenir Marco)  
b) Ortopedia toma medidas y entrega Ayuda Técnica a Asistente Social.  
c) Asistente Social contacta a Usuario/Familiar y hace entrega de Ayuda Técnica.  
d) Usuario solicita control con Fisiatra si corresponde.

**Define Aporte**

**SI**

- a) Derivación con Memo de Recaudación Central  
b) Usuario lleva comprobante a Asistente Social y se tramita Ayuda Técnica.

**NO**

- a) Personas Indigentes, en Situación de Calle, P.R.A.I.S.



### **4.3. PRODUCTOS INTEGRADOS DEL OBJETIVO DE TRABAJO N°2**

**Instructivo de Mecanismos de Pesquisa Temprana de  
Hospitalización Prolongada en base a Propuestas de Mejora.**

**UNIDAD SERVICIO SOCIAL  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**



## PROCEDIMIENTOS DE PESQUISA TEMPRANA DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA Servicios Clínicos Hospital Carlos Van Buren

### **Aportes del Seminario de Título:**

**“TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA:** Análisis de la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas en Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso”

**Seminaristas: Carlos Cárcamo Bohn – Felipe Neira Frazier.**

- Valparaíso, Primavera 2012 -



### **Elementos a considerar:**

En el presente documento, se encuentran las Propuestas de Mejora a la Gestión Interna entre los Equipos de Salud y la Unidad de Servicio Social en relación a la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas en Pacientes que se encuentran atendidos en Atención Cerrada, temática desarrollada por el Equipo Seminarista de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, que suscribe, durante el período Febrero - Octubre 2012, patrocinado por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, el cual utilizó como Unidades de Análisis y Observación, a los Servicios Clínicos de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica y Neurocirugía, fijándose como primer objetivo, el establecimiento de una caracterización general de pacientes entorno a la condición de hospitalización prolongada, visibilizada en el marco del Proceso de Hospitalización.

En segundo orden, el trabajo efectuado finaliza con el levantamiento de una Propuesta de Mejora que se compone de tres productos descritos en los párrafos sucesivos, donde el presente documento se sitúa como parte de los objetivos del Seminario y, como síntesis de los elementos obtenidos luego del Proceso de Observación y Análisis de la información recabada, esto dado la necesidad de precisar Procedimientos de Pesquisa Temprana de la Condición de Hospitalización Prolongada, por lo cual, y dado el estrecho vínculo que mantienen los Equipos de Salud y los/as pacientes, y sus acompañantes, es que estos procedimientos se encuentran dirigidos a ser utilizados en las Estaciones de Enfermería de los Servicios Clínicos Observados, a fin de optimizar la detección temprana y la derivación oportuna de los/as pacientes expuestos a generar esta condición, además del aporte que pueda generar en términos de Gestión Interna.

#### **1a. Semáforo de Riesgo de Hospitalización Prolongada**

Este instrumento consiste en una categorización de riesgo, que identifica características esenciales y define a través de 3 colores, los perfiles de pacientes que según los resultados de la experiencia resultaron tendientes a prolongar sus estadías hospitalarias. Su implementación consiste en una lámina termolaminada ubicada en las Estaciones de Enfermería de los distintos Servicios Clínicos del Hospital Carlos Van Buren, donde se encontrará información relativa a las características de los/as pacientes y además, el contacto de la Asistente Social responsable de dicha área de hospitalización, a fin de coordinar desde la llegada de un paciente, las acciones de derivación que sean pertinentes (Ver Anexo "Semáforo")



### **1b. Díptico Informativo a Familiares de Pacientes Hospitalizados.**

Existen procedimientos y tramitaciones que Familiares deben iniciar entorno a la consecución de beneficios y regularizaciones administrativas sobre cada paciente, ante esto, la confección de un díptico, dispuesto en forma de dispensador en cada Servicio Clínico, busca mejorar la accesibilidad y el manejo de la información sobre temáticas como: Ayudas Técnicas (dónde acudir, documentación necesaria para iniciar la tramitación, etc), Cambio de Tramo FONASA (dónde acudir, documentación necesaria, consecuencias), entre otros. Incrementando de esta forma, la información que brinda la Unidad de Servicio Social y poniendo a disposición de los/as familias y acompañantes información de forma rápida y accesible. (Ver Anexo: “Díptico Informativo”)

### **1c. Comisión del Adulto Mayor.**

Al interior del Hospital Carlos Van Buren, dado el perfil pluripatológico de atención y en consideración al nivel de complejidad de los pacientes que se atienden, es que existen distintas Comisiones de Trabajo Interdisciplinario a fin de atender las necesidades de distintos grupos; éstas comisiones se integran fundamentalmente por Profesionales de la Salud, Ciencias Sociales y Funcionarios Administrativos, con objetivos definidos que buscan favorecer el tratamiento particular de las problemáticas comunes que afectan a pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Es así que la conformación de la Comisión del Adulto Mayor se vuelve pertinente en el marco del aumento de la atención otorgada a éste grupo etáreo, en consideración al contexto sociodemográfico de atención del Hospital y el funcionamiento actual de la red institucional y externa de apoyo a éstos. Cabe además, señalar que los resultados de la experiencia indican que la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas, afecta principalmente a personas mayores de 60 años, razón por la cual la creación de ésta entidad, permitiría entre otras cosas realizar seguimiento de casos, diseñar lineamientos y planes de acción a seguir en cuanto al tratamiento de este tipo de casos y evaluar periódicamente las acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de éste grupo.



## **2. Elementos de Pesquisa Temprana de Hospitalización Prolongada.**

En relación al segundo elemento del presente documento, encontramos un breve resumen de aquellas características de los/as pacientes que deben ser consideradas al momento de plantearse una derivación oportuna. En orden a plantear de forma más coherente las ideas expuestas es que se ha dividido el proceso de hospitalización en cuatro fases, las que se describen a continuación.

-Ingreso: En este momento de la hospitalización el foco de la atención está centrado en la compensación del estado de salud del/la paciente. Por lo anterior, la pesquisa en cuanto a la posible prolongación de estadía se configura como un elemento de carácter secundario. Sin embargo, existe la preocupación por definir la presencia o ausencia de acompañantes al momento del ingreso.

-Diagnóstico: Respecto del diagnóstico, se vislumbran dos escenarios posibles:

a. Observación de diagnóstico: Corresponde a la situación ocurrida cuando el diagnóstico no es definitivo y la estadía del/la paciente se encuentra condicionada por este elemento.

b. Diagnóstico definitivo: Corresponde al evento en que el diagnóstico definido se mantiene durante toda la hospitalización, razón por la que la duración de la estadía no está condicionada por este elemento.

Revisadas ambas situaciones, cabe señalar que en el primer escenario descrito la pesquisa temprana puede efectuarse por tanto el paciente ya se encuentra adscrito a un Servicio Clínico, de forma que el Equipo de Salud, puede observar las interacciones producidas entre el/la paciente y el Equipo y entre ambos y las visitas que acudan, pudiendo conocer antecedentes preliminares de riesgo social.

-Tratamiento: La fase señalada corresponde a la de mayor extensión en términos de días en el proceso de hospitalización, razón por la que el Equipo de Salud tiene la oportunidad de observar de manera constante la presencia de la red de apoyo y su interacción en el medio hospitalario, principalmente familiares; cuando ésta se encuentra presente como el momento decisivo a la hora de identificar y tomar acciones y definir rutas de solución en relación a los casos de pacientes que prolonguen su estadía por razones sociales.

-Egreso: Etapa vinculada directamente a la anterior, actualmente los procedimientos realizados para el efectivo egreso hospitalario, implican la definición de los siguientes documentos; Carnet de Alta, para el/la paciente -Informe de Egreso Hospitalario, de uso interno. -Cierre de Historia Clínica o Epicrisis, enviado a Unidad de Grupos Relacionados de Diagnósticos y posteriormente a la Unidad de Archivo.



En ésta documentación, se genera el Alta Médica, entregando indicaciones de cuidado para el paciente, además de consignar los resultados tras el tratamiento médico; de manera relativa se detallan antecedentes sociales relacionados con el paciente, sin embargo, no se clarifican los destinos o las necesidades en relación a la articulación de redes sociales de apoyo o derivaciones pertinentes.



CRITERIOS TÉCNICOS DE PESQUISA SEGÚN MOMENTOS Y ENTIDADES/EQUIPOS DURANTE PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN (2010) VER ANEXO X2			
VERSIÓN MEJORADA CON APORTES METODOLÓGICOS DE EXPERIENCIA SEMINARIO DE TÍTULO 2012			
	INGRESO	ESTADIA: DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO	EGRESO
<b>RECAUDACION/ ADMISIÓN</b>	<p>a) Verificar y Actualizar en Sistema ORDEN los Antecedentes del Paciente: Nombre Completo, RUN, Dirección y Teléfono.</p> <p>b) Solicitar Cedula de Identidad.</p>		
<b>EQUIPOS DE SALUD EN LOS SERVICIOS CLINICOS</b>	<p>a) Identificar a acompañante/s solicitando Nombre Completo, RUN y Teléfono.</p>	<p>a) Chequear la presencia de la/os Familiares del Paciente, Registrando Datos de Contacto en Curva Médica de Enfermería.</p> <p>b) Corroborar que la entrega de Tarjeta de Visita se realice a persona que se comprometa y responsabilice de las necesidades del paciente durante la Hospitalización y posterior a esta.</p> <p>c) Informar las Situaciones de Riesgo Social, según <b>Semáforo de Riesgo</b> de Hospitalización Prolongada, a Unidad de Servicio Social.</p>	<p>a) Chequear entrega de Recetas con Indicaciones Médicas al Egreso y Coordinación con A.P.S. de correspondencia, en caso de ingreso a Programa de Postrados.</p> <p>b) Responsable del paciente recibe Educación en Cuidados Básicos de Enfermería cuando corresponde.</p> <p>c) Avisar oportunamente si hay indicación de Ayudas Técnicas</p>



		<b>d) Entrega de Díptico Informativo a Familiares de Pacientes Hospitalizados</b> respecto de Procedimientos y Beneficios Estatales.		
<b>UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL</b>	<b>a) Recepción de Ingreso de Adulto Mayor</b> en condiciones de Vulnerabilidad. Coordinado con Asistente Social de la Unidad de Emergencias Adultos.	<b>a) Realizar Investigación Diagnóstica</b> con el fin de proponer alternativas de solución al Egreso que no prolonguen su estadía y que favorezcan su situación post alta.		<b>a) Coordinación efectiva de Apoyos</b> desde A.P.S. y Red Social para favorecer la situación Post Alta del paciente y su entorno. <b>b) Orientación de Familiares</b> en materia de Beneficios Estatales.
<b>ENTIDADES COADYUVANTES(*)</b>	- Carabineros - Registro Civil	- Voluntariado - Programa Calle	- Registro Civil - Instituto de Previsión Social - Ejército de Salvación	- Red Social De Apoyo - SENAMA - Registro Civil - APS/Otros Establecimientos De Salud.
<b>COMISION DEL ADULTO MAYOR</b>	Esta comisión, al conformarse por profesionales de distintas disciplinas, entregaría aportes y evaluaciones tras sus reuniones, entorno a los criterios técnicos de pesquisa a lo largo del Proceso de Hospitalización, no enmarcándose en uno en particular, lo que permite una visión ampliada del tránsito de las/os Adultos Mayores en relación a la problemática de Hospitalizaciones Prolongadas, y otras temáticas vinculadas con éste grupo etario.			
La coordinación con la Red Externa a través de las Entidades Coadyuvantes anteriormente señaladas, debe realizarse desde el Hospital Carlos Van Buren a través de los Equipos, sean de Salud, Multidisciplinarios y/o Administrativos.				

**Cuadro N° 35:** Criterios Técnicos de Pesquisa según Momentos y Entidades/Equipos durante Proceso de Hospitalización  
**Fuente:** Elaboración Equipo Seminarista.



## Instrumentos:

### 1. Díptico Informativo



#### - ¿DÓNDE SE ENCUENTRA LA UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL?

Esta Unidad se encuentra en el segundo piso del Consultorio Adosado de Especialidades (C.A.E.), ingresando por calle Simón Bolívar



#### - ¿CUÁLES SON LAS ÁREAS QUE ATIENDEN LAS/OS ASISTENTES SOCIALES Y COMO PUEDE CONTACTARLAS/ES?

**A.S. LIDIA PARRA CASTILLO**  
Jefatura Unidad de Servicio Social  
Policlínico de Inmunología Adultos y Pediátrico. Fono: **032/362388**

**A.S. CAROLIN GÁLVEZ**  
7<sup>mo</sup> Piso Torre Médica:  
Baja Complejidad Médica, Ayudas Técnicas G.E.S., Medicina Física y Rehabilitación.  
Fono: **032/2364336**

**A.S. PRISCILLA ACEVEDO**  
Oncología Infantil, Neurología Infantil, Lactancia, U.C.I. Policlínico Infantil (Salud Mental) Endocrinología, Hemato - Oncología  
Fono: **032/2364335**

**A.S. CAROLINA VILLEGAS**  
4<sup>to</sup> Piso Torre Médica: Mediana Complejidad Médica, PRAIS, Encargada Participación Social Neurocirugía Adultos U.C.I., U.C.I.M. (4<sup>to</sup> Piso Torre Quirúrgica)  
Fono: **032/2364379**

**A.S. GABRIELA VILCHES**  
5<sup>to</sup> Piso Torre Quirúrgica: Mediana Complejidad Quirúrgica. Neurocirugía Infantil, Cirugía Infantil y Traumatología Infantil (5<sup>to</sup> Piso Torre Médica)  
Fono: **032/2364388**

**A.S. CECILIA CAMPUSANO**  
2<sup>do</sup> Piso Edificio Otorrino HCVB Coordinación Depto. Audición y Lenguaje, Oftalmología  
Fono: **032/2324622**

**A.S. MARÍA ADRIANA MOYA**  
Oncología, Policlínico de Alivio del Dolor, Ginecología, Maternidad y Neonatología.  
Fono: **032/2364227**

HOSPITAL  
CARLOS VAN BUREN  
UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL



## INFORMATIVO A FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

A continuación, podrá encontrar información relacionada con trámites y procedimientos de los cuales usted como familiar, debe iniciar las gestiones pertinentes para la regulación de situaciones administrativas de su familiar.

#### a) Regularización Tramo FONASA

De necesitar cambiar de Tramo de Fonasa, es necesario que conozca los requisitos que debe cumplir según cada tramo:

##### TRAMO A:

- Personas Indigentes o Carentes de Recursos
- Beneficiarios de Pensiones Básicas Solidarias
- Causantes de Subsidio Familiar (Ley 18.020)
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **0%**

##### TRAMO B:

- Personas con Ingreso Imponible menor o igual a \$193.001.
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **0%**

##### TRAMO C:

- Personas con Ingreso Imponible mayor a \$193.001 y menor o igual a \$281.780
- Con tres o más cargas familiares, pasara a Tramo B
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **10%**

##### TRAMO D:

- Personas con Ingreso Imponible Mensual mayor a \$281.781.
- Con tres o más cargas familiares, pasara a Tramo C.
- Porcentaje de Copago de Prestación de Salud: **20%**

#### ¿DONDE?

- FONASA: Av. BRASIL #2104 Esq. FREIRE  
Horario de Atención: 08:40 a 16:30 hrs.
- UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL: 2<sup>do</sup> Piso C.A.E.  
Horario de Atención: 08.30 a 16:30 hrs.

#### b) Gestionar Ayudas Tecnicas G.E.S.

De requerir una Ayuda Técnica, el paciente o familiar que acredite el vínculo con el paciente, debe:

Consulta Médica con Fisiatra

- a) Elaboración de Receta Médica
- b) Derivación a la U. de Servicio Social

Consulta con Asistente Social por Adquisición de Ayuda Técnica

Cómo Obtener Ayuda Técnica?

REQUIERE EVALUACIÓN SOCIAL

Opciones de Financiamiento

SENADIS

Compartido Usuario y Servicio

Usuario y Familia

- a) Solicitud a Médico de llenado de Formulario según Ayuda Técnica
- b) Postulación online en fecha fijada por organismos
- c) Prótesis (Amputados) Elementos de Apoyo

Evaluación Socioeconómica del Usuario

- a) Derivación/coordinación a Ortopedia según Ayuda Técnica indicada (MAX, El Monte, Convenio Marco)
- b) Ortopedia toma medidas y entrega Ayuda Técnica a Asistente Social.
- c) Asistente Social contacta a Usuario/Familiar y hace entrega de Ayuda Técnica.
- d) Usuario solicita control con Fisiatra si corresponde.

Define Aporte

SI

NO

- a) Derivación con Memo a Predisposición Central
- b) Usuario lleva comprobante a Asistente Social y se tramita Ayuda Técnica.
- a) Personas Indigentes, en Situación de Calle, P.R.A.I.S.



## 2. Semáforo de Riesgo de Hospitalización Prolongada



# SEMAFORO DE RIESGO DE HOSPITALIZACION PROLONGADA

**ALTO  
RIESGO**

- Adulto Mayor N.N.
- Adulto Mayor que vive sólo.
- Adulto Mayor con alto grado de dependencia física, carente de red familiar de apoyo.
- Adulto Mayor sin visitas dentro de las 48 hrs. posteriores a su hospitalización.
- Adulto Mayor cuya familia y/o representante se niega a asumir cuidados post-alta.

**RIESGO  
MEDIO**

- Adulto Mayor que vive con otro adulto mayor o que tiene familiares o acompañantes que se muestran reticentes a asumir cuidados post-alta.
- Adulto Mayor con signos de maltrato o negligencia en el cuidado, proveniente de Hogares de Larga Estadía (ELEM)

**BAJO  
RIESGO**

- Paciente con acompañante identificado, y comprometido desde su Red Familiar y/o Institucional.

**ASISTENTE SOCIAL: Carolina Villegas Aguilar (Anexo 324379)**

Este instrumento es confeccionado en el marco del Seminario de Título patrocinado por la Unidad de Servicio Social respecto de Pacientes en condición de Hospitalización Prolongada. Primavera 2012.



---

CAPÍTULO V:  
**REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y  
APRENDIZAJES**

## 1. REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y APRENDIZAJES

En la fase final del proceso de Seminario de Título se torna necesario volver al inicio del proceso a fin de lograr recapitular de forma acuciosa los elementos que dieron forma al documento que concluyen en este capítulo.

El presente trabajo de Seminario de Título, se estructuró como respuesta a la necesidad expuesta por la Unidad de Servicio Social del Hospital Carlos Van Buren, en cuanto a generar un levantamiento de información que permitiera visibilizar el problema denominado como “Hospitalizaciones Prolongadas”, sus factores determinantes, así como perfiles y elementos distintivos de los/as pacientes que resulten susceptibles de extender su estadía hospitalaria.

En este marco y por tratarse de un área donde no se han hecho estudios previos, se da respuesta además a la inquietud del Equipo de Gestión del Cuidado, desde donde se señala el interés de conocer el detalle de la problemática, así como de las distintas dimensiones de resultados que pudieran obtenerse. En este sentido, el Equipo Seminarista inicia un proceso de observación y recopilación de los primeros antecedentes del problema a estudiar. Para ello se realizó un proceso extenso de reconocimiento de la realidad intrahospitalaria mediante el diálogo y desarrollo de diversas entrevistas con el Personal de Enfermería, Profesionales y Técnicos, Servicio Social, así como de Gestión de Camas y la Unidad de GRD, con el propósito de obtener una visión amplia de las posibles razones que dan origen al problema, en este escenario, cabe consignar, se contó con amplia disposición por parte de los funcionarios/as entrevistados/as, situación que fue paulatinamente incrementando las expectativas sobre los productos del trabajo en curso.

Es en este tránsito que se comienza a vislumbrar la importancia de conocer a fondo la problemática, en tanto se configura como un factor que impide la gestión ágil de camas y la rotación necesaria en un Centro de Salud de Alta Complejidad, como lo es el Hospital Carlos Van Buren y el consecuente correlato que ello implica en la atención que se brinda a la población.

La celeridad con que se declara la necesidad de realizar el presente Seminario de Título, radica en que el problema configura un nudo crítico, tanto a nivel de Gestión, como a nivel operativo en la Unidad de Servicio Social, quienes como Unidad Patrocinante, deben coordinarse con el Equipo de Salud entorno a las respuestas a una situación problemática que posee en su génesis, un alto componente social, por cuanto, el juicio técnico sugería que se trataba de pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social.

A través de estos medios y en atención a las opiniones referidas por el Equipo de Salud en su conjunto, se pudo identificar con mayor precisión las áreas o servicios del Hospital donde actualmente se presentan pacientes en condición de Hospitalización Prolongada y donde se configuran como un problema, en los términos descritos previamente.

Este contexto generó el espacio óptimo para una segunda etapa asociada a categorizar de forma definitiva aquellos factores que finalmente prolongan la estadía hospitalaria de un/a paciente. En este sentido, la puesta en marcha de diversas aproximaciones a lo que finalizó como el “Instrumento de Caracterización de Pacientes en Condición de Hospitalización Prolongada” y la determinación sobre qué Servicios Clínicos serían utilizados como foco de observación y desarrollo de los objetivos planteados, finalizó con la definición de tres Servicios declarados en el Capítulo III: “Diseño Metodológico”, cuya selección estuvo dada por un nudo crítico para el desarrollo del Seminario, que dice relación con la representatividad de los datos estadísticos con que se dispuso, en atención específicamente a que la construcción de aquellos indicadores se realiza en consideración a un amplio número de variables, situación que genera productos con poca fiabilidad en el contexto de un trabajo de la minuciosidad que finalmente tuvo la experiencia. Es así que en una primera fase existía el interés de conocer la situación de la problemática por pisos, situación que tuvo que ser descartada en atención a que el promedio de días de estada por piso incluye valores de Servicios Clínicos que se encuentran dispersos dentro del Hospital, o bien que incluyen Servicios Pediátricos, elemento que no constituye parte de los Servicios Clínicos donde se produce la problemática.

De esta forma fue pertinente redireccionar el foco de observación esta vez en consideración de aquellos Servicios de los que se dispusiera el dato de días promedio de estada más confiable, es decir, que en su construcción no se consideraran otros Servicios salvo el original.

A continuación se presentan las reflexiones y conclusiones en las dimensiones metodológicas, temáticas, institucionales y profesionales generadas por la experiencia del Seminario de Título.

## 2. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS:

La búsqueda de definiciones entorno a la problemática que permitiesen el encuadre de respaldo para un diseño y un esquema que guiara la experiencia, estuvo caracterizado por el constante ajuste del plan de trabajo, así como de los elementos que perfilasen dimensiones que tuviesen el valor equivalente a fin de estandarizar patrones y opciones de reconocimiento y derivación oportuna dentro activa dinámica de funcionamiento interno del Hospital Carlos Van Buren.

El desafío al utilizar una metodología de trabajo no familiarizada en el Equipo Seminarista, sumado a la necesidad de prescindir de las estructuras fijas utilizadas en experiencias previas de aprendizaje como elemento de apoyo, se constituyeron como nudos críticos que en la fase inicial complejizaron la fluidez en términos de avances. Sin embargo fue posible revertir esa situación inicial y transitar hacia un escenario de mayor comprensión de los procesos implicados en la problemática analizada, de forma tal que se logró el establecimiento de instrumentos y métodos de análisis concordantes con el ritmo de trabajo descrito previamente.

El recorrido descrito permitió el reconocimiento de la problemática de forma exponencial, avanzando desde las ideas surgidas a partir de las reuniones iniciales con los Equipos de Salud, hasta una comprensión global del foco de análisis dada su multidimensionalidad en el plano intrahospitalario, en el contexto del proceso de hospitalización y en atención a los involucrados en cada fase, mientras que en el plano extrahospitalario, obligó al análisis de una serie de elementos vinculados a la realidad de cada paciente, en orden a determinar el grado de incidencia de cada factor descrito sobre la prolongación de estadía.

De esta forma se llega al reconocimiento de la problemática, no sólo como un problema de índole social, sino como uno cuyas causas radican fundamentalmente en el plano clínico. Donde la reiteración de este componente en cuanto a su incidencia, llevó al Equipo Seminarista a considerar que los aportes desde Servicio Social serán pertinentes en la medida que se resuelvan los nudos críticos en relación a la derivación oportuna y detección temprana, donde la coordinación entre el Equipo de Salud y Servicio Social, se vuelve fundamental en términos de la búsqueda de alternativas de solución a eventuales causales sociales en la extensión de la estadía de un/a determinado/a paciente.

Si bien es cierto, el presente Seminario de Título se hace cargo del diseño de una Propuesta de Mejora en los términos descritos, es pertinente señalar que se vislumbran como futuras temáticas de nuevas experiencias de aprendizaje, aquellos elementos que resuelvan de forma definitiva y estandarizada los protocolos de derivación entre los Equipos Clínicos y la Unidad de Servicio Social, de forma tal que se permita el desarrollo de estrategias de resolución que cuenten con el tiempo necesario para llevarse a cabo.

### **3. CONCLUSIONES TEMÁTICAS:**

La experiencia que finaliza a través del presente capítulo, requiere destacar que la problemática definida como Hospitalizaciones Prolongadas no posee referentes previos al interior del Hospital Carlos Van Buren y paralelamente, la Unidad de Servicio Social como entidad patrocinante de la experiencia, sitúa la importancia de conocer las distintas dimensiones del tema y sus implicancias.

En primer término, es necesario señalar que la construcción del concepto “Hospitalización Prolongada”, surge a raíz de una idea diagnóstica presente en la Unidad de Servicio Social, en coherencia con la percepción del Equipo de Salud, fundamentalmente en términos del Equipo de Enfermería, encabezado por Gestión del Cuidado. En este escenario, la Dupla Seminarista centra sus esfuerzos iniciales en reconocer la dinámica de funcionamiento interno del hospital, así como de la realidad de los/as pacientes que mantienen esta condición, en orden a construir una serie de conceptos que derivaron de forma paulatina en el diseño de una caracterización general de pacientes en condición de Hospitalización Prolongada. Sumado a ello, se encuentra la necesidad reflejada por la Unidad patrocinante, en cuanto a mejorar los procedimientos de derivación a dicha Unidad cuando las circunstancias de un/a paciente así lo requieran.

En base a los antecedentes expuestos, cabe concluir que el presente Seminario de Título, presenta una doble condición respecto de su aporte a la Institución Patrocinante y en particular a la Unidad de Servicio Social.

En primeros términos, éstos aportes se sitúan desde la comprensión del/la Profesional como un agente capaz de sobrepasar los límites de los roles profesionales clásicos, para posicionarse en términos de la gestión de propuestas de mejora o soluciones frente a problemáticas como las que el Seminario en curso abordó, dado principalmente en base a la multidimensionalidad de la problemática, donde según los resultados expuestos, una situación eminentemente sustentada en razones clínicas, no se exime de presentar elementos de tipo social que agravan o suman matices a la temática.

Es así que el Seminario de Título en el marco de la Gestión Interna, dio cuenta de la real y necesaria coordinación entre los Equipos partícipes activos de la recuperación en pacientes con la condición de Hospitalización Prolongada.

#### **4. CONCLUSIONES PROFESIONALES: TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN.**

En términos de los aportes relativos a la profesión, una mirada en retrospectiva del proceso indica que Trabajo Social, representado en la Unidad de Servicio Social, posee como disciplina amplias capacidades, tanto a nivel práctico como en términos de reconocimiento técnico necesario para desenvolverse en el ámbito de la Gestión y con ello tener una participación en la formulación de estrategias de resolución frente a diversos nudos críticos que se encuentran vinculados con su área de trabajo.

Por otra parte, la Unidad patrocinante dispone de una dotación que cubre la atención del Hospital Carlos Van Buren de manera eficiente, sin embargo, la no consideración de horarios de asistencia en Sala, delimitándose su función y atención sólo a la dependencia física de la Unidad, determina de igual manera, que la Gestión Interna en relación a la problemática del Seminario, sea intermitente, donde la figura de la Interconsulta como documento de derivación, no resuelve el requisito de mantener la coordinación estrecha para la búsqueda de alternativas de resolución a los casos de pacientes en Hospitalización Prolongada entre el Equipo de Salud y Servicio Social, por lo que en éste sentido, a nivel institucional las facultades de Servicio Social en el Hospital Carlos Van Buren se ven superadas por definiciones normativas de su funcionamiento y donde actualmente solo por iniciativa de cada Asistente Social y la organización de su horario de trabajo para poder acudir a los Servicios Clínicos, es cómo se generan reportes directos desde el Equipo de Salud sobre casos en condición de Hospitalización Prolongada, así como de otras condiciones relativas al área de desempeño de nuestra Profesión.

En vista de éstos antecedentes es que uno de los aprendizajes centrales para el Equipo Seminarista responsable dice relación con aquellas características necesarias para desenvolverse de forma óptima en un medio laboral como un Hospital tal complejidad. En este sentido fue fundamental demostrar condiciones de proactividad que permitieran desarrollar de forma paralela al desarrollo del Seminario, actividades de índole institucional de apoyo al Equipo de Servicio Social, situaciones que requirieron de una adaptación específica en orden a dar cumplimiento a aquellos requerimientos de forma apropiada.

Otro elemento en esta línea, dice relación con la necesidad fortalecer las habilidades personales frente al tratamiento recurrente de temáticas como la muerte, el abandono y el deterioro de las capacidades del ser humano frente a la evolución de una enfermedad, así como del temple necesario para saber educar y acoger de forma adecuada a familiares y acompañantes de pacientes que experimentan situaciones como las descritas, asegurando así la mantención de un trato humanizado.



---

# CAPÍTULO VI: **BIBLIOGRAFÍA**



## 1. Bibliografía Documental

- CASTILLO, E. GAMBOA, A.: *“Sistematización de Situaciones Profesionales de Trabajo Social en la Atención Terciaria de Salud”*. Seminario de Título de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social y la Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2010.
- INOSTROZA, M; NARBONA, M. *“Trabajo Social y Gestión Social: Propuesta de Procedimientos de Coordinación de los Niveles Primario, Secundario y Terciario de Salud de la Comuna de Valparaíso, en torno a los Embarazos de Alto Riesgo con Componente Psicosocial”*, Seminario de Título de Pre-grado para la Obtención del Título Profesional de Asistente Social y la Licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Valparaíso, 2011.
- NARBONA, Karina, DURAN, Gonzalo: *Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral, Sindical e Institucional*. 2010.
- Resolución Exenta N° 9586, del 30.12.2011 que genera la Cuenta Pública del año 2011.
- TEMES, JOSÉ LUIS, *Gestión Hospitalaria*, Editorial Mc Graw-Hill, Tercera Edición.
- MELEIS, AFAF IBRAHIM. *Theoretical Nursing: development and progress*.
- Orientaciones Técnicas “HOSPITAL AMIGO”. Julio 2007. Ministerio de Salud.

## 2. Bibliografía Digital

- Cuenta Pública año 2011, Subdirección Administrativa Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso 2012.
- “Reglamento Orgánico para Establecimientos de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red”, contenido en Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, N° 19.937, Biblioteca del Congreso Nacional, <http://www.bcn.cl>
- Informe de la Comisión de Salud, Boletín n° 6.230-11, 16 de Diciembre de 2008. Ley sobre Acceso a la Información Pública N° 20.285, Biblioteca del Congreso Nacional, <http://www.bcn.cl>
- Reglamento sobre Asistencia religiosa en recintos hospitalarios n° 94 de 2007
- Servicio Nacional de Menores, Chile 2010



- Ley N°20.422. Disposición que establece Normas sobre Igualdad.
- Estadísticas Demográficas, Fondo Nacional de Salud, 2011, <http://www.fonasa.cl>  
Proyección INE CENSO 1990 – 2050, llevados a Diciembre de cada año.
- [http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS:\\_La\\_Salud\\_Pública](http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/SNS:_La_Salud_Pública), Basado en Antecedentes del  
Ministerio de Salud, 2011

### **3. Bibliografía de Registro**

- VALDERRAMA, Karina. Asistente Social Unidad de Emergencia de Adultos, Entrevista  
17.05.2012. “Categorización de Paciente por Prioridad de Atención y no por Orden de  
Llegada”



**Anexos**

**Anexo 1: Versión Original Criterios Técnicos de Pesquisa emanados por al Comisión Conjunta del Egreso del Adulto Mayor.**

<b>DOCUMENTO DE TRABAJO</b>			
<b>FUNCIONES: INGRESO DE ADULTOS MAYORES VULNERABLES A HCVB OCTUBRE 2010</b>			
	INGRESO	ESTADIA	EGRESO
<b>RECAUDACION - ADMISIÓN</b>	VERIFICAR Y ACTUALIZAR EN SISTEMA ORDEN DATOS DEL PACIENTE (NOMBRE COMPLETO, RUN, DIRECCION Y TELEFONO) SOLICITAR CEDULA DE IDENTIDAD.		
<b>EQUIPOS DE SALUD EN LOS SERVICIOS CLINICOS</b>	EQUIPO UEA: IDENTIFICAR ACOMPAÑANTE SOLICITANDO NOMBRE COMPLETO RUN Y TELEFONO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EQUIPO EN SALA: CHEQUEAR PRESENCIA DE FAMILIARES, REGISTRANDO DATOS DE CONTACTO EN CURVA DE ENFERMERÍA.</li> <li>- CORROBORAR QUE LA ENTREGA DE TARJETA DE VISITA SE REALICE A PERSONA QUE SE COMPROMETA Y RESPONSABILICE DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE DURANTE LA HOSPITALIZACION Y POSTERIOR A ESTA.</li> <li>- INFORMAR SITUACIONES DE RIEGO SEGÚN "SEMAFORO" A SERVICIO SOCIAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>d)</b> CHEQUEAR LA ENTREGA DE RECETAS Y COORDINACION CON APS EN CASO DE INGRESO A PROGRAMA DE POSTRADOS.</li> <li><b>e)</b> RESPONSABLE DEL PACIENTE RECIBE EDUCACIÓN EN CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA CUANDO CORRESPONDE.</li> <li><b>f)</b> AVISAR OPORTUNAMENTE SI HAY INDICACION DE AYUDAS TECNICAS</li> </ul>
<b>SERVICIO SOCIAL</b>	RECEPCION DE INGRESO DE ADULTO MAYOR EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD COORDINADO CON AS UEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REALIZAR INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA CON EL FIN DE PROPONER ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL EGRESO QUE NO PROLONGUEN SU ESTADIA Y QUE FAVOREZCAN SU SITUACION POST ALTA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>c)</b> COORDINACIÓN EFECTIVA DE APOYOS DESDE APS Y RED SOCIAL PARA FAVORECER LA SITUACION POST ALTA DEL PACIENTE Y SU ENTORNO.</li> <li><b>d)</b> ORIENTACIÓN DE FAMILIARES EN MATERIA DE BENEFICIOS ESTATALES.</li> </ul>



ANEXOS  
SEMINARIO DE TÍTULO: **TRABAJO SOCIAL Y GESTIÓN HOSPITALARIA:**  
ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA DE HOSPITALIZACIONES PROLONGADAS EN  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN VALPARAÍSO

<b>ENTIDADES COADYUDANTES ESTABLECER QUIEN HACE COORDINACION CON ESTAS ENTIDADES</b>	CARABINEROS REGISTRO CIVIL	VOLUNTARIADO REGISTRO CIVIL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL PROGRAMA CALLE EJERCITO DE SALVACIÓN	RED SOCIAL DE APOYO – SENAMA REGISTRO CIVIL APS- OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
--	-------------------------------	--	---