

Estudio sobre la Satisfacción Usuaría en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Del Salvador;
una oportunidad de mejora



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

**“ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN USUARIA EN LA
UNIDAD INFANTO JUVENIL DEL HOSPITAL DEL SALVADOR;
UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA”.**

INFORME FINAL DE SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE
SOCIAL.

**ALUMNAS: BÁRBARA CANALES SUAZO
NANCY MUÑOZ VARGAS**

PROF. GUÍA: MARÍA TERESA SÁNCHEZ ALLEN

2012

Índice Temático

Resumen/Abstract	9
Presentación Seminario de Título	10
<u>Capítulo I: Contexto Institucional</u>	
1. Antecedentes Generales del Hospital Del Salvador	13
1.1. Identificación de la Institución	13
1.2. Reseña Histórica	14
1.3. Política Institucional	15
1.4. Sistema de Atención	16
1.5. Organigrama de la Institución	18
1.6. Recursos de la Institución	19
2. Antecedentes Generales de la Unidad Infanto Juvenil	20
2.1. Identificación de la Unidad	20
2.2. Antecedentes Históricos de la Unidad	20
2.3. Principios Orientadores de la Unidad	21
2.4. Objetivos de la Unidad	22
2.5. Población Objetivo	22
2.6. Prestaciones de la Unidad	23
2.7. Protocolo de referencia y contrarreferencia de la Unidad Infanto Juvenil	28
2.8. Trabajo Social en la Unidad	29
<u>Capítulo II: Marco de Referencia</u>	
1. Salud - Salud Mental	33
1.1. Concepto de Salud	33
1.2. Política Nacional de Salud	33
1.3. Concepto de Salud Mental	36
1.4. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	37

2. Enfoque de Redes Sociales	41
2.1. Forma y contenido de la Redes Sociales	42
2.2. Análisis de Redes Sociales	44
2.3. Metodología del Análisis de Redes	46
3. Usuarios de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil	47
3.1. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA)	47
3.2. Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL)	48
3.3. Tribunales de Familia (Ley 19.968)	49
4. Gestión de Calidad	52
4.1. Calidad en los Servicios Públicos de Salud	53
4.2. Satisfacción de los usuarios en salud	55
4.3. Modelo de escala de Satisfacción Usuaría	58
4.4. Modelos de Satisfacción Usuaría	60
5. Modelo de Medición de Satisfacción de los Usuarios Derivadores de la Unidad Infanto Juvenil	62
5.1. Dimensión Proceso	63
5.2. Dimensión Resultado	64
5.3. Escala de Likert	65
6. Plan de Mejora	65
6.1. Mejora de la Calidad	65
6.2. Análisis FODA	68
6.3. Formulación del Plan de Mejoramiento	70
6.4. Metodología para elaborar un Plan de Mejoramiento	71
<u>Capítulo III: Diseño de Evaluación</u>	
1. Formulación del Problema	77
1.1. Problema de Investigación	77
1.2. Fundamentación de la temática	77
1.3. Pregunta de Investigación	78
1.4. Objetivos de Investigación	79
1.5. Operacionalización de Objetivos	79

2. Diseño Metodológico	81
2.1. Enfoque Evaluativo	81
2.2. Unidad de análisis	82
2.3. Universo y muestra	83
2.4. Técnicas de recolección de datos	84
2.5. Análisis de Datos	85
<u>Capítulo IV: Análisis de datos y principales hallazgos</u>	
I. Análisis de los resultados obtenidos en APS	
1. Análisis objetivo específico n° 1	89
1.1. Satisfacción General Dimensión Proceso	102
2. Análisis objetivo específico n° 2	105
2.1. Satisfacción General Dimensión Resultado	111
3. Análisis del objetivo general	114
II. Análisis de los resultados obtenido en Tribunales de Familia	
1. Análisis objetivo específico n° 1	119
1.1. Satisfacción General Dimensión Proceso	130
2. Análisis objetivo específico n° 2	133
2.1. Satisfacción General Dimensión Resultado	140
3. Análisis del objetivo general	143
<u>Capítulo V: Plan de Mejoramiento</u>	
1. Planes de Mejoramiento: APS – Tribunales de Familia	149
1.1. Plan de Mejoramiento APS	150
1.2. Plan de Mejoramiento Tribunal de Familia	155

Capítulo VI: Conclusiones y Aprendizajes

1. Conclusiones del Estudio	159
2. Conclusiones Metodológicas	160
3. Conclusiones desde Trabajo Social	161
4. Conclusiones respecto a los aprendizajes del equipo Seminarista	163
Bibliografía	166
Anexos	174

Índice de Figuras

Capítulo I:

1.1. Organigrama General	18
1.2. Flujograma para pacientes de la Red de Salud y Justicia	28

Capítulo II:

2.1. Modelo de Integración Comunitaria	39
2.2. Esquema del modelo SERVQUAL	59
2.3. Esquema Modelo de Medición Satisfacción Usuaría	62
2.4. El ciclo de evaluación y mejora de la calidad	66
2.5. Esquema análisis FODA	69
2.6. Esquema de las situaciones del plan de mejoramiento	70

Capítulo III:

3.1. Esquema de la Unidad de Análisis	83
---------------------------------------	----

Índice de Cuadros

Capítulo II:

2.1.	Escala de Likert	65
2.2.	Matriz de Plan de Mejoramiento	74

Capítulo III:

3.1.	Matriz de operacionalización de variable	80
------	--	----

Capítulo IV:

4.1.	Evaluación de la Dimensión Proceso	102
4.2.	Evaluación de la Dimensión Resultado	111
4.3.	Fortalezas y Debilidades del Modelo de derivación	115
4.4.	Grado de Satisfacción obtenido según objetivos planteados	118
4.5.	Evaluación de la Dimensión Proceso	130
4.6.	Evaluación de la Dimensión Resultado	140
4.7.	Fortalezas y Debilidades del Modelo de derivación	144
4.8.	Grado de Satisfacción obtenido según objetivos planteados	146

Capítulo V:

5.1.	Matriz de Plan de Mejoramiento APS	150
5.2.	Relación entre: Actividades del plan de mejoramiento y Debilidades Identificadas por APS	153
5.3.	Matriz de Plan de Mejoramiento Tribunales de Familia	155
5.4.	Relación entre: Actividades del plan de mejoramiento y debilidades Identificadas por Consejeros Técnicos	157

Índice de Gráficos

Capítulo IV:

4.1.	Atención telefónica de la Unidad Infanto Juvenil	90
4.2.	Atención vía mail de la Unidad Infanto Juvenil	91
4.3.	Información que se posee sobre el Proceso de Derivación	92
4.4.	Información que se posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil	93
4.5.	Relación entre APS y la Unidad Infanto Juvenil	95
4.6.	Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil	97
4.7.	Percepción sobre Proceso de Derivación	99
4.8.	Derivación (Interconsulta) de APS a la Unidad Infanto Juvenil	100
4.9.	Calificación de cada indicador de la subdimensión: Accesibilidad	103
4.10	Calificación de cada indicador de la subdimensión: Vinculación con el servicio	104
4.11.	Respuesta Recibida de la Derivación (Interconsulta)	106
4.12.	Resultados Esperados de la Derivación (Interconsulta)	107
4.13.	Percepción de la calidad del servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil	109
4.14.	Grado de Satisfacción con el servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil	110
4.15.	Calificación de cada indicador de la subdimensión: Cumplimiento de Expectativas	113
4.16.	Atención telefónica de la Unidad Infanto Juvenil	120
4.17.	Atención vía mail de la Unidad Infanto Juvenil	121
4.18.	Información que se posee sobre el Proceso de Derivación	122
4.19.	Información que se posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil	123
4.20.	Relación entre Tribunal de Familia y la Unidad Infanto Juvenil	124
4.21.	Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil	126
4.22.	Percepción sobre Proceso de Derivación	127
4.23.	Derivación de Tribunal de Familia a la Unidad Infanto Juvenil	128

4.24. Calificación de cada indicador de la subdimensión: Accesibilidad	131
4.25. Calificación de cada indicador de la subdimensión: Vinculación con el servicio	132
4.26. Respuesta Recibida de la Derivación	134
4.27. Resultados Esperados de la Derivación	136
4.28. Percepción de la calidad del servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil	137
4.29. Grado de Satisfacción con el servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil	138
4.30. Calificación de cada indicador de la subdimensión: Cumplimiento de Expectativas	142

Resumen

En los últimos años el concepto de la satisfacción en salud ha adquirido una notable importancia, razón por la cual se realiza una investigación evaluativa en que se busca conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a las percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda, utilizando instrumentos cuantitativos y cualitativos que proporcionan una visión amplia a la realidad estudiada. Los resultados muestran que los profesionales se encuentran Satisfechos con la calidad de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil, sin embargo existiendo un espacio de mejora es que se formula un plan de mejoramiento respondiendo a las demandas de los usuarios. Se concluye que se debe medir constantemente la satisfacción usuaria de la red de derivación, si se pretende trabajar bajo el marco de la gestión de calidad.

Palabras Claves: Satisfacción Usuaría, Red de derivación, Calidad en Salud, Plan de Mejora.

Abstract

In the last years, the concept of satisfaction in health has become very important, which is why an evaluative research is being done; its aim is to make publish how satisfied professionals working on the derivation network of the Unidad Infanto Juvenil are, based on the perception they have regarding provisions' quality. For this matter, quantitative and qualitative tools are going to be used, which provide a wide overview of the studied reality. The results reveal the professionals are satisfied with the quality of the provisions the Unidad Infanto Juvenil is providing; however, for having enough space to use, an improvement plan has been designed in order to respond to the users' demand. We conclude that if quality administration is the main concept when working, users' satisfaction must be considered constantly.

Key words: Users' satisfaction, Derivation network, Health quality, Improvement plan.

Presentación

El seminario de título denominado “Estudio sobre la satisfacción usuaria en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador; una oportunidad de mejora”; contó con la colaboración tanto de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador, como de el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA) y la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL).

La estructura general del documento se organiza en seis capítulos, cada uno de los cuales tienen las siguientes orientaciones:

El *primer capítulo* denominado “Contexto Institucional”, en él se encuentra las características propias de la institución donde se realizó el estudio de evaluación.

En el *segundo capítulo* que corresponde al “Marco de Referencia” se encontrarán los referentes bibliográficos que son el sustento de la temática de investigación, así como el análisis de la información que se obtenga.

El “Diseño de Evaluación” que corresponde al *tercer capítulo*, contiene el marco metodológico desde el cual se desarrolló la presente investigación evaluativa.

El *cuarto capítulo* que se denomina “Análisis de datos y principales hallazgos” contiene los resultados obtenido del levantamiento de información, y la presentación de los principales hallazgos del estudio.

En el *quinto capítulo* se encuentra el “Plan de mejoramiento” desarrollo a la luz de los resultados obtenido por la evaluación realizada.

Finalmente el *capítulo sexto* denominado “Conclusiones y aprendizajes” contiene la sistematización, reflexiones y aprendizajes frente al tema evaluado, en función del tema estudiado, la metodología planificada, el aporte a trabajo social y las competencias profesionales.

CAPÍTULO I

Contexto Institucional

*"El no saber ya ha dejado
de ser peligroso y el
peligro radica en el propio
saber" (Foucault)*

Presentación

Cuando se desarrolla todo proceso de Seminario de Título, es necesario contar con una institución patrocinante que pueda, por un lado, otorgar respaldo y sustento a toda acción que se realice dentro de ella, y a su vez, entregar la información o el espacio de recolección necesario para desarrollar la investigación. Es por ello, que el presente capítulo denominado Contexto Institucional tiene como objetivo dar a conocer los principales antecedentes del Hospital del Salvador, institución que actúa como patrocinante de éste Seminario.

Durante el capítulo se entregan las particularidades de la institución, desde una perspectiva más amplia, hasta llegar a la Unidad Infanto Juvenil (UIJ), lugar en que se desarrolla la presente investigación evaluativa.

1. Antecedentes Generales del Hospital Del Salvador

1.1. Identificación de la Institución

El Hospital del Salvador (HDS) es uno de los cuatro hospitales a nivel nacional que se encuentran dedicados a la atención Psiquiátrica, el cual tiene como característica dedicarse exclusivamente a la atención de patologías relacionadas con la salud mental, a través de modalidades de atención abierta y cerrada.

- **Planta directiva**

Director: Ps. Carlos Ortiz

Subdirector Administrativo: Sra. Susy Barrientos

Subdirector Médico: Dr. Raúl Cárdenas

Jefa de SOME: Sra. Sandra Riquelme

- **Contexto Geográfico**

Ubicación: Subida Carvallo N°200, Playa Ancha, Valparaíso

Fono: (32) 2253041

Fax: (32) 2212160

- **Tipo de atención**

Atención Psiquiátrica Integral (Modelo Biopsicosocial de Atención); preventiva, curativa y de rehabilitación.

- **Cobertura**

El Hospital Psiquiátrico atiende anualmente aproximadamente a unas seis mil personas con problemas de salud mental. Las patologías más frecuentes corresponde a: Esquizofrenia, Depresión, Psicosis, Trastornos Bipolar, Trastorno de personalidad, como también personas dependientes de alcohol y drogas.

- **Radio de Acción**

La presente institución depende de la dirección del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (SSVSA), comprendiendo la quinta región costa, en la jurisdicción de Valparaíso, San Antonio, Casablanca, y Hospitalizaciones de pacientes provenientes del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

- **Dependencia Legal:** Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio.

1.2. Reseña Histórica

El Hospital Psiquiátrico del Salvador se fundó como Hospital San Juan de Dios el año 1860, siendo éste un Hospital Asilar Respiratorio-Infecioso, reconocido por su especialización con enfermos de Tuberculosis Terminal y Viruela. Posteriormente, con motivos de la guerra del pacifico (1879), es convertido en Hospital de Sangre. Sin embargo, con el avance de la ciencia, y el control de la T.B.C., fue quedando vacío, constituyéndose así en un Hospital Psiquiátrico.

La atención a pacientes psiquiátricos se va desarrollando en el Hospital de Viña del Mar (Dr. Gustavo Fricke), en 1940 a cargo del Dr. Virgilio Capelli. El equipo compuesto por psiquiatras, enfermeras y un asistente social, se constituye en 1962 como un grupo de líderes comunitarios de salud mental, muy visionarios para la época.

La llegada de post-becados de la Universidad de Chile, permite estructurar definitivamente el servicio de Psiquiatría. En 1970 el Dr. Julio Dittborn, organiza el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso. El aumento sostenido de la población Psiquiátrica, motiva a las autoridades de salud a decidir en 1973 su traslado al Hospital del Salvador, el cual se convertirá definitivamente en sede de todos los recursos psiquiátricos de Valparaíso, siendo su primer director en Dr. Carlos Molinari Domínguez.

En sus primeros años su orientación era básicamente de carácter asilar apuntando a la atención de pacientes crónicos, los cuales pasaban una larga estadía en el hospital.

En los años 90´ se crean los llamados Hogares Protegidos a los cuales se enviaban los usuarios crónicos que estaban dados de alta. Esto marca uno de los primeros pasos respecto del plan de desinstitucionalización del Hospital como respuesta a la reforma psiquiátrica de la carta de Santiago. Desde el año 2000 el plan nacional de salud mental y psiquiatría, propone la transformación de los servicios de rehabilitación al servicio de mediana

estadía, buscando un trabajo de redes, que permitan una reinserción psicosocial del paciente.

Actualmente el Hospital del Salvador, atiende pacientes agudos que consultan por patologías psiquiátricas y por consumo de alcohol y drogas, ingresados voluntariamente, por resolución administrativa (resolución del servicio de salud determinada por sus propios familiares) o por orden judicial. Su atención se ubica a nivel terciario, es decir, apunta a la rehabilitación de las secuelas resultantes de algún trastorno mental. Cuenta con un policlínico adosado, tres Hospitales Diurnos, una posta de Antialcohólica, además del Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria ubicado en la subida El Peral.

1.3. Política Institucional

El Hospital del Salvador, al pertenecer al Sistema de Salud Chileno, se rige por las políticas de salud que determina el Ministerio, las cuales están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo étnico, etc. Contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, entre otros.

- **Misión**

“Trabajar juntos por la Salud Mental de las personas”.

- **Visión**

“Ser un establecimiento psiquiátrico de mediana y alta complejidad, inserto en una red de salud mental”.

- **Objetivo**

“Otorgar tratamiento integral a personas con trastornos psíquicos, con el fin de alcanzar un nivel óptimo en el tratamiento, que beneficie al paciente en su recuperación y con ello logre desenvolverse en su medio familiar y social”.

1.4. Sistema de Atención

Los pacientes son beneficiados teniendo residencia dentro del sector asignado, independiente a su tipo de previsión y son atendidos en base a planes individuales con sistema de trabajo mixto.

El hospital se divide en dos principales áreas, dependiendo del tipo de atención que ofrece a sus pacientes. En primer lugar, se encuentra el área denominada *Atención Cerrada*, orientada a atender patologías graves, episodios agudos de descompensación que requieren de internación por un tiempo relativamente prolongado, según sea la evolución del paciente.

Luego se reconoce el área conocido como *Atención Abierta o Psiquiatría Ambulatoria*, encargada de prestar servicios en forma ambulatoria a pacientes que son derivados de otros centros hospitalarios menos especializados como hospitales o consultorios, en forma espontánea, o bien pacientes que se encuentran en proceso de rehabilitación después de haber sido hospitalizados.

Formas de acceso a la atención

a) Ingreso Voluntario:

Es aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y su médico tratante, basado en la comprensión de la indicación médica y/o solicitud de la propia persona.

b) Ingreso No Voluntario:

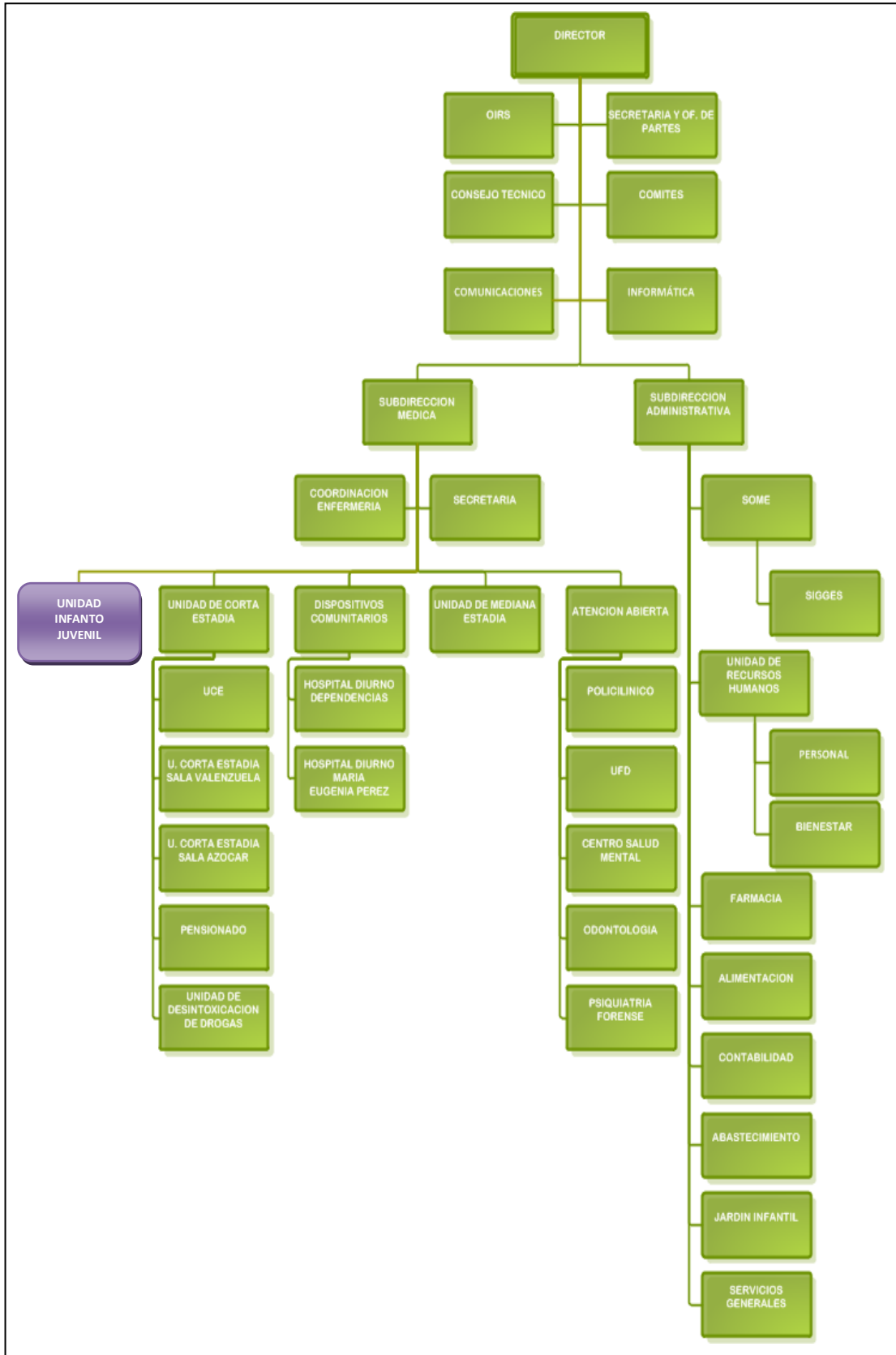
- Urgencia No Voluntaria: Es la dispuesta por un médico, atendido a que el paciente se encuentra en una situación de crisis y que no es posible contar con su consentimiento.

- Resolución Administrativa de Internación: Es aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante (posterior a una internación voluntaria que no recupera el periodo de crisis y en donde el médico solicita la extensión de la internación a dicha autoridad), o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de internar o tratar a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público.

- Vía Judicial: Es aquella dispuesta por Resolución del Tribunal de Justicia de la jurisdicción Valparaíso - San Antonio y Viña Del Mar – Quillota.

1.5. Organigrama de la Institución

Figura 1.1: Organigrama General



Fuente: Pagina web del Hospital Del Salvador

Actualizado mayo 2012

Nota: La Unidad Infanto Juvenil es donde se realizará el presente Seminario de Titulo.

1.6. Recursos de la Institución

- Recursos Financieros:

El Hospital Psiquiátrico del Salvador recibe un aporte económico realizado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

- Recursos Humanos:

El Recurso Humano con que cuenta el Hospital está compuesto por: Directivos, Médicos, Asistentes Sociales, Enfermeros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Paramédicos, Auxiliares, Dentistas, Nutricionistas, Matronas, Químico Farmacéutico, Educadoras de Párvulos, Administrativos, Secretarias, Estafeta, Jefe de Servicios Generales, Jefe Sección Oficina Personal, Encargado Sección Contabilidad, Encargado Sección Abastecimiento, Chofer.

El recurso humano se concentra principalmente entre los Técnicos y Auxiliares, esto por las características de la institución que trabaja con pacientes complejos que requieren atención y cuidado permanente.

- Recursos Materiales:

Locales asignados: El Hospital cuenta con: portería, unidad de estadística, contabilidad y servicios generales, economato, cuatro edificaciones de dos pisos.

Planta física: En relación a los recursos de infraestructura de la institución esta cuenta con 11 salas (pabellones de atención), 7 de ellos se destinan a la atención cerrada y 4 a la atención abierta.

Otras dependencias: El Hospital además de los pabellones de atención cuenta con oficinas de atención por áreas de servicio, una portería, farmacia, un casino para todos los funcionarios del Hospital y un Jardín Infantil.

Estado de Conservación: En general la construcción es antigua y ampliada (sin conexiones interiores entre algunas dependencias). Existen edificaciones de material sólido y mixto (principalmente las estructuras ubicadas a la entrada del Hospital), en general con buenas condiciones

ambientales; sin embargo, algunos sectores se encuentran con humedad y pintura deteriorada, techumbre en aparentes buenas condiciones, baños limpios, puertas y ventanas bien mantenidas, piso en general bien y limpio.

2. Antecedentes Generales de la Unidad Infanto Juvenil

2.1. Identificación de la Unidad

- **Nombre:** Unidad Infanto Juvenil (UIJ)
- **Teléfono:** 32- 2578237
- **Dirección:** Subida Carvallo 200 Playa Ancha, Valparaíso
- **Jefe de la Unidad:** Dr. Luis Dueñas Moreno

2.2. Antecedentes Históricos de la Unidad

La Unidad Infanto Juvenil (UIJ) inicia sus actividades en Marzo del 2011, luego de trasladarse desde otro dispositivo del Hospital, el Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria (CSMPA), donde funcionaba como Programa Infanto-Juvenil, junto a otros programas como el de Depresión, Violencia Intrafamiliar y PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral de Salud). Este dispositivo ambulatorio tuvo su antecesor en el llamado Consultorio del Adolescente.

Surge como una necesidad de responder de manera más eficiente a la creciente demanda de problemas de salud mental de niños y jóvenes, tanto en la atención ambulatoria de nivel secundario, como en la atención terciaria de nuestra región; la cual, hasta su creación era absorbida por el Servicio de Pediatría con su Unidad de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Carlos Van Buren y el mismo Centro de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.

Los objetivos fundamentales son atender la patología de salud mental infanto juvenil de mayor complejidad, coordinar, integrar y promover acciones de salud mental de la red de salud y la comunidad organizada, desarrollar un programa de atención terciaria a través de la creación de una unidad de hospitalización de corta estadía y formar especialistas en psiquiatría infanto juvenil en un convenio docente asistencial con la escuela de medicina de la Universidad de Valparaíso.

2.3. Principios Orientadores de la Unidad

- **Valores**

- ✓ **Compromiso:** Actitud de responsabilidad personal de los miembros que componen la unidad, con la misión y los valores de la unidad, que se refleje en la atención del usuario y en el trabajo en equipo.
- ✓ **Iniciativa:** Actitud personal y grupal que permita estar alerta y responder a las necesidades emergentes de nuestros usuarios de manera creativa e innovadora, desde una posición de liderazgo en la red de salud mental.
- ✓ **Participación:** Capacidad de reconocer, generar y potenciar el trabajo en equipo multi e interdisciplinario, tanto dentro de la unidad, como en la red de salud mental.
- ✓ **Calidad:** Actitud acogedora, servicial, conocimiento actualizado y en constante reflexión del quehacer profesional, con el fin de brindar el mejor servicio que responda a las expectativas del equipo y las necesidades del usuario. Con una actitud de apertura y coordinación permanente con la red, en búsqueda de un trabajo colaborativo.
- ✓ **Equidad:** Entregar una atención en igualdad de condiciones y oportunidades para todos los usuarios de nuestro servicio.
- ✓ **Probidad:** Actitud de integridad y honradez en el actuar, al interior del equipo y con nuestros usuarios.

- **Visión:** Queremos constituirnos en una unidad acreditada referente para la red en el desarrollo de programas de Salud Mental Infanto Juvenil, que brinde atención oportuna e integral a personas con problemas de salud mental de alta complejidad, en colaboración con la red y la comunidad regional, con énfasis en el sano desarrollo de vínculos en la familia y en la sociedad con el fin de recuperar y/o estabilizar su salud mental. Además, ser un campo clínico de docencia e investigación en la formación de profesionales a nivel regional y nacional con alto compromiso social.

- **Misión:** Somos una unidad de salud mental infanto juvenil inserta en el Hospital Psiquiátrico del Salvador perteneciente a la red del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (SSVSA), que brinda atención

integral a NNA y sus familias, a través de un trabajo interdisciplinario de calidad, vinculado con la red de salud y la comunidad para recuperar y/o estabilizar su estado de salud mental, promoviendo su integración familiar y social, además de ser Campo Clínico de docencia e investigación.

2.4. Objetivos de la Unidad

- **Objetivo General de la Unidad Infanto Juvenil.**

“Brindar atención interdisciplinaria en salud mental infanto juvenil de mayor complejidad, para lograr su recuperación y/o estabilización, con énfasis en la integración familiar y social, a través de una eficiente coordinación, integración y promoción de acciones con la red de salud y la comunidad organizada; constituyéndose en un Campo Clínico docente asistencial e investigativo”.

- **Objetivos Específicos de la Unidad Infanto Juvenil.**

- Brindar atención interdisciplinaria en salud mental infanto juvenil de mayor complejidad.
- Lograr la recuperación y/o estabilización del usuario, en un trabajo de colaboración con la red de salud mental y la comunidad organizada.
- Desarrollar intervenciones que promuevan la integración familiar y social en pro de la salud mental de los NNA.
- Coordinar, integrar y promover de acciones con la red de salud y la comunidad organizada.
- Constituir un Campo Clínico docente asistencial e investigación.

2.5. Población Objetivo

La Unidad Infanto Juvenil atiende de forma ambulatoria a niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años con 11 meses y 29 días de edad. Pacientes con patologías que ameriten atención especializada de salud mental, algunas

de las patologías de atención son: T. déficit atencional, Esquizofrenia, T. Bipolar, T. depresivos severos, T del desarrollo de la personalidad, T. del control de impulsos, T. de ansiedad, y T. de conducta.

2.6. Prestaciones de la Unidad

- **Evaluaciones Clínicas:**

- Diagnóstico psiquiátrico: El proceso de formulación diagnóstica en niños o adolescentes se basa en la entrevista clínica y examen mental. La entrevista clínica se realiza con el paciente acompañado de su familia y posteriormente una entrevista personalizada. Durante ésta se recogen los antecedentes personales y familiares, tales como: historia del desarrollo, antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares, escolaridad, anamnesis próxima y motivo de consulta; en cuanto a los antecedentes familiares es de importancia construir un genograma y considerar además el ciclo vital de la familia. Por otra parte, el examen mental consiste en una evaluación y descripción de la apariencia del niño y su funcionamiento durante la entrevista, esto permite conocer la función global del conjunto de la persona que se expresa en conductas.

Todo esto permitirá construir una hipótesis comprensiva desde una perspectiva evolutiva, sistémica, considerando factores biopsicosociales de riesgo y de protección que influyen en la construcción, aparición y mantención de problemas o trastornos de salud mental. La evaluación de los trastornos mentales es en base a varios ejes (I-II-III-IV-V), cada uno de los cuales se refiere a un dominio diferente de información y que puede apoyar al médico a plantear el tratamiento y prever la evolución clínica. Este análisis permitirá establecer estrategias de intervención efectivas y en forma priorizada.

- Psicodiagnóstico: Se refiere a un proceso de evaluación de la personalidad, de daño emocional, de nivel y funcionamiento intelectual y de competencias o habilidades psicológicas. En el caso de los niños,

niñas y adolescentes, existen diversas técnicas clínicas para efectuar un proceso diagnóstico; a través de Pruebas Gráficas o Expresivas, Hora de Juego Diagnóstica y Test Psicológicos acordes a la edad de cada paciente. Esto permite obtener un acercamiento al malestar del menor o del joven y así sugerir a los padres; adultos consultantes y/o instituciones que derivan, un adecuado tratamiento médico clínico, si se considera necesario.

Se consideran entre 2 a 4 sesiones dependiendo de las características del caso para realizar un diagnóstico psicológico.

- Entrevista Multidisciplinaria (EMD): Es una instancia similar a la entrevista clínica, que se realiza en la sala de espejo con la participación del equipo multidisciplinario de la unidad, equipo constituido por tres psiquiatras infanto juveniles, tres psicólogos, un asistente social y dos becados de psiquiatría. La sala de espejo es un salón con una división dotada de un espejo unidireccional, de forma que se puede observar directamente la entrevista. En la entrevista participan dos profesionales distintos y en la sala contigua estará el resto del equipo observando la sesión y pudiendo intervenir a través de un citófono en caso de querer precisar algunos aspectos de la entrevista.

Este tipo de intervención se realiza cuando el equipo considera que la problemática del niño o adolescente y su familia es de mayor complejidad y que requieren de una mirada interdisciplinaria para su mejor comprensión y poder desarrollar una estrategia de intervención más eficiente.

- **Intervenciones Clínicas:**

- Tratamiento psiquiátrico: Los objetivos generales del tratamiento son sanar y/o compensar la psicopatología del niño o adolescente con el objetivo que logre su mejor funcionamiento global y favorecer un desarrollo integral, fomentando paralelamente los aspectos sanos, individuales y familiares.

Las estrategias de intervención se basan en un análisis psicopatológico y funcional del paciente, que contemple tanto factores protectores como de vulnerabilidad que permitan precisar los focos a tratar. De esta forma proponer estrategias efectivas que faciliten el desarrollo de la autoestima, asertividad, resiliencia y autonomía acorde a la edad. A su vez, con el objetivo de tener resultados integrados y perdurables, es necesaria que las interacciones disfuncionales del contexto sean reorientadas a fin de ofrecer un ambiente favorecedor del desarrollo.

- Psicoterapia individual: Proceso de intervención psicológica de NNA, con orientación, sistémica, psicodinámica y/o cognitivo-conductual, centrada en el cambio de estilos de afrontamiento, resolución de problemas, conocimiento del sí mismo, pautas de interacción, estilos cognitivos, que subyacen a sintomatología emocional y/o conductual. Esta prestación se realiza bajo un modelo de intervención breve y de redes, su finalidad es favorecer el funcionamiento adaptativo y el desarrollo saludable de NNA, la familia y su entorno en un trabajo de colaboración continuo con la Atención Primaria y la Red Social organizada.
- Terapia familiar: Proceso de intervención psicoterapéutico sistémico-familiar efectuado en modalidad de co-terapia, cuyo objetivo es trabajar con las dinámicas familiares de mayor complejidad que afectan a NNA. Esta prestación se realiza bajo un modelo de intervención breve y de redes, utilizando un equipo de apoyo tras el espejo unidireccional o Gessel.

Los criterios para derivación a Terapia Familiar son los siguientes:

- ✓ Motivación a consulta que no sea contexto Obligado (Judicializado)
- ✓ Que estén disponible al menos los miembros más involucrados en el motivo de Consulta.
- ✓ Que sea un motivo de consulta solucionable y que no incluya situaciones de vulneraciones graves (maltrato grave)

- **Evaluaciones Sociales:**

- **Sociodiagnóstico:** Se refiere a un proceso de evaluación de realidad sociofamiliar, identificando estado de necesidades, factores protectores y/o vulneradores y presencia de redes socio- familiares. El procedimiento de investigación social, contempla la aplicación de instrumentos sociales, entre ellos la Ficha Social, FACES III (versión en español), entrevistas en profundidad a diferentes miembros de la familia, coordinación con redes relevantes, Genograma y Ecomapa.

Esto permite obtener una evaluación del contexto familiar del paciente, permitiendo orientar a adultos consultantes y/o instituciones derivadoras, en un adecuado tratamiento clínico y de abordaje familiar, si lo amerita.

Se consideran entre 3 a 4 sesiones dependiendo del caso particular.

Al final de cada informe social, se refiere la opinión profesional, que da cuenta del diagnóstico social y la Intervención a seguir, en relación a las variables sociales.

Solo para pacientes de Valparaíso y Casablanca, los demás deben ser presentados en consultoría con San Antonio.

- **Intervenciones Sociales:**

- **Intervención Familiar:** Contempla el manejo de Derecho de Familia, realidad de la familia chilena contemporánea, políticas sociales. Respecto a los enfoques teóricos, comprende Familia y perspectiva psicosocial, Familia y perspectiva sistémica, familia y perspectiva constructivista.

En este contexto, las estrategias de intervención familiar utilizadas comprenden enfoques: biográficos, transgeneracionales, redes sociales, modalidades artísticas, trabajo con víctimas de violencia y mediación familiar.

Modalidades de Intervención:

- ✓ Intervención directa en la dinámica familiar, por profesional Trabajador Social especializado en familia, con una extensión de 6 a 10 sesiones.
- ✓ Derivación asistida a redes
- ✓ Solicitud de medida de protección en Tribunales de Familia
- ✓ Intervención grupal a adultos responsables de pacientes, que presenten un déficit en competencias parentales. (6 a 8 sesiones)
- ✓ Intervención grupal a NNA, fortaleciendo habilidades sociales. (6 a 8 sesiones).

- **Trabajo de coordinación de Equipo**

Consultorías con San Antonio (por videoconferencia), quincenalmente. Coordinación de casos clínicos con APS, red socio-comunitaria, coordinación intrahospitalaria y, con otros hospitales, disponiéndose de una hora semanal por profesional.

Coordinación de Redes: Red Justicia, red SENAME, red educación, organizaciones comunales y red MINSAL.

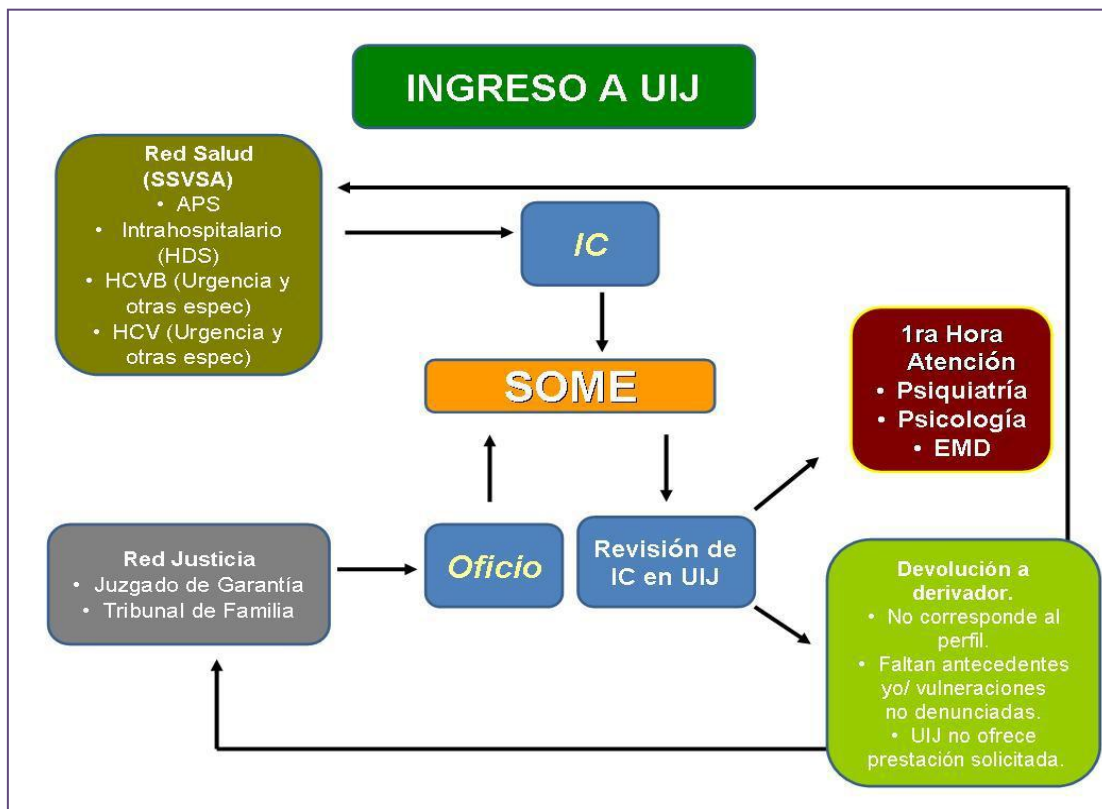
- Gestionar la obtención de recursos para los usuarios (en la lógica de intervención familiar)
- Solicitud de medidas proteccionales en situaciones de riesgo de vulneración.
- Promocionar y sensibilizar, respecto a la salud IJ en la comuna, mediante la incorporación a las reuniones de la red comunal de infancia (actividad ya realizada).
- Promocionar flujo de ingreso al nivel secundario, mediante APS
- Aunar criterios de intervención, con programas de otras redes que intervienen el caso, para no sobre intervenir y brindar una mejor y más colaborativa gestión de los recursos.

2.7. Protocolo de referencia y contrarreferencia de la Unidad Infanto Juvenil

Los pacientes menores de 19 años con patología de salud mental podrán ser referidos desde la APS, desde otros hospitales o desde el propio hospital del Salvador, desde los servicios de adulto y desde tribunales. Todos los pacientes derivados deberán venir con Formulario de Interconsulta y el Formulario de Derivación a Salud Mental Infanto Juvenil completado por el médico o psicólogo. El resultado será una hora para evaluación y/o tratamiento ambulatorio en la Unidad. Completado el proceso de evaluación, tratamiento y/o estabilización del paciente, se generará una respuesta a través de Formulario de contra referencia y/o informe de tratamiento, completado por el profesional tratante de la Unidad y enviado a través del SOME a la APS u otro derivador.

Si el paciente cumple con los Criterios de Referencia a Atención Terciaria, se solicitará una hospitalización o una atención por médico en la Unidad de Emergencia mediante un Formulario de Interconsulta.

Figura 1.2: Flujograma para Pacientes de la Red de Salud y Justicia



Fuente: Manual Operativo de la Unidad Infanto juvenil
2012

2.8. Trabajo Social en la Unidad

- **Competencias:**

- Profesional con especialización y/o experiencia en trabajo social con población o temáticas infanto-adolescente, familiar y socio-jurídico. Capacidad de trabajo en equipo interdisciplinario, empatía y compromiso social, iniciativa, flexibilidad y responsabilidad por los pacientes.

- **Funciones y tareas:**

- Hacer socio diagnósticos clínicos.
- Hacer intervenciones familiares.
- Efectuar visitas domiciliarias.
- Participar en reuniones Clínicas de la Unidad. (Revisión de casos, interconsultas, exposición de temas, etc).
- Efectuar consultorías con Equipo APS de San Antonio.
- Hacer coordinación con equipo intra y extra Unidad.
- Supervisar estudiantes en Práctica.

- **Trabajo en terreno:**

El Trabajo en terreno, se enmarca dentro de la prestación “visita domiciliaria”, pudiendo integrarse, visitas efectivas al domicilio, visitas escolares, asistencia a audiencia, reuniones con instituciones tratantes de casos de la unidad, entre otras.

a.- Actividades posibles de realizar en Visita domiciliaria:

- Entrega de información sobre salud y habilidades parentales.
- Monitoreo del crecimiento y desarrollo infantil.
- Conexión de los padres o adultos responsables, con los recursos comunitarios.
- Desarrollo de sesiones de intervención familiar.
- Mediar por la satisfacción de necesidades, no resueltas en el contexto de vida familiar.

- Seguimiento de caso luego de intervención familiar.

b.- Se requiere del profesional Trabajador Social, que realice esta prestación, las siguientes habilidades:

- Entrenamiento y educación en visita domiciliaria
- Conocimiento de los recursos comunitarios
- Habilidades para relacionarse empáticamente
- Proveer la información pertinente en el momento adecuado
- Habilidad para el desarrollo de relaciones de confianza con las familias
- Habilidades para establecer límites adecuados en el trabajo con las familias
- Respeto por la privacidad familiar.

c.- Población objetivo; ¿Qué familias visitar?

La población objetivo, serán familias en situación de vulnerabilidad, o con importante evaluación contextual, donde APS, no haya provisto el insumo, luego de solicitarlo al A. Social del sector, en caso de no dar cuenta, se remitirá solicitud a encargado de salud mental, y finalmente a todos los anteriores con copia al director del consultorio.

En los casos derivados desde Tribunal, se solicitará reporte a programas de SENAME, de no existir incorporación, profesional A. Social de HDS, realizará la V.D.

La V. D. como intervención familiar, o en su modalidad de recolección de datos para el socio diagnóstico, comprende:

- ✓ Objetivos.
- ✓ Actividades
- ✓ Resultados esperados
- ✓ Responsables
- ✓ Tiempo

CAPÍTULO II

Marco de Referencia

"El grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades"
(Donabedian)

Presentación

En todo proceso investigativo, cualquiera sea su objeto de estudio, se hace necesario contar con un conjunto de sustentos que permitan otorgarle un respaldo, validez, y llevar a cabo los objetivos que han sido trazados.

Es de esta manera que el presente capítulo denominado Marco de Referencia, abordará los principales conceptos y elementos referenciales utilizados en el trabajo desarrollado, los que se vuelven fundamentales para la construcción del marco metodológico y posterior análisis e interpretación de la información obtenida, con la realidad que se presenta.

1. Salud - Salud Mental

1.1. Concepto de Salud

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), encargada de resguardar la salud de las personas, ha definido la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”. Esta definición da cuenta de una concepción más integral de salud, que de cierta forma satisface, las exigencias de la sociedad actual.

Es importante mencionar que salud y enfermedad no son estados totalmente diferenciados sino que forman parte de un continuo equilibrio de factores naturales y sociales en continua interacción y evolución, que permiten al individuo la capacidad de funcionar en la comunidad. De esta manera salud y enfermedad son conceptos unidos entre sí y dependientes de las estructuras socioculturales y de los factores económicos y políticos de cada época. Por lo cual, no puede concebirse la salud como la simple ausencia de enfermedad, sino que significa un conjunto de equilibrios sociales y políticos que permiten la consecución de una vida feliz, solidaria y autónoma, que permita alcanzar la plenitud física y psíquica.

En conformidad a lo descrito, es que los conceptos de salud han presentado cambios de enfoque, ya que anteriormente, los planteamientos de los programas ministeriales eran orientados hacia los procesos de recuperación de la salud (medicina curativa), y actualmente existe énfasis en los procesos de mantención y cuidado de la salud (medicina preventiva y promoción de salud).

En nuestro país, se han realizado distintas reformas al Sistema de Salud en búsqueda de su consolidación, por medio de una adecuada respuesta a las necesidades sanitarias de la población, mediante acciones de calidad, que permiten asegurar mejores y más satisfactorios resultados en salud.

1.2. Política Nacional de Salud

Por décadas, la salud pública chilena ha desarrollado acciones que han resultado exitosas, en términos de modificación del perfil epidemiológico

y demográfico, llegando a un estado transicional avanzando y motivando un proceso de reforma para asumir los desafíos de un nuevo perfil, que no está solo centrado en salvar vidas, si no en mejorar la calidad de vida.

En el marco de estos procesos, se ha dado relevancia más a las acciones de salud centradas en Promoción y Prevención, no solo como estrategias de mayor impacto sanitario sino también con mejor relación costo-efectividad.

En Chile en el año 1992, el Ministerio de salud comienza la transformación de los Consultorios a Centros de Salud, centrando la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud. Este modelo constituye una alternativa para solucionar problemas existentes en la prestación de servicios de salud, junto con humanizar la medicina del nivel primario ya que se entiende el proceso de salud-enfermedad de una manera integral. Posteriormente, en el año 1998 se realizan los primeros avances conducentes al cambio paradigmático de la comprensión sobre la salud-enfermedad, el nuevo desafío consistía en la incorporación del enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud- enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, entre otros.

Finalmente en mayo 2002, se envía al Congreso la reforma de salud, en la cual se plantea como objetivo principal, mejorar el nivel de salud de las personas. Además se señalan como objetivos potenciar la equidad de los servicios, y mejorar la capacidad de responder y atender la necesidades de la población, basándose en el ámbito del respeto a su dignidad, autonomías y derechos (MINSAL, 2002). En ésta se introduce el concepto de redes y el modelo iniciado en Atención Primaria, se hace coherente con un cambio global, es entonces que el modelo impregna a la Red.

Es importante señalar que la actual política de salud considera como aspectos principales, lo siguiente:

- Cada persona tiene un rol prioritario en la mantención de su salud y por lo tanto, debe contribuir a su financiamiento.
- El Estado es quien asegura el acceso de atención a personas de menores ingresos e indigentes. Así como también, a elegir atención ya sea en el sector público o privado.
- La Salud, es considerada como aspecto prioritario tanto en el componente del nivel como un elemento de desarrollo económico.

El Ministerio de Salud, define como principios orientadores de las políticas de salud lo siguiente:

- Marco ético de los derechos humanos: derechos a la vida, a la salud, entre otros.
- Calidad de la atención: un ámbito relevante para la salud chilena, siendo entendida como la satisfacción de las personas, la mejora de la eficiencia y efectividad, desarrollo de la creatividad y la participación personal y comunitaria.
- Universalidad: se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económica, cultural o multiétnico.
- Equidad: en la cobertura, el acceso y la oportunidad, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- Solidaridad: mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- Integralidad: con perspectiva biológica, psicológica y social.
- Continuidad de los cuidados: que abarca desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respecto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.

- Empoderamiento de la población: a través del fortalecimiento de la comunidad y del ejercicio del control social, así como del autocuidado y promoción de su propia salud con hábitos saludables.
- Democratización: a través de la constitución y fortalecimiento de los espacios de participación, como los consejos (consultivos, desarrollo, salud, etc.)
- Descentralización: a través de mayor poder de gestión y decisión regional.

1.3. Concepto de Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, si no que se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser

promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

1.4. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Basado en la necesidad de la población el Ministerio de Salud formuló en el año 2000 el Plan de Salud Mental y Psiquiatría, el cual posee el propósito de “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.”

El principal fundamento de este plan es que la salud mental no solo tiene sus bases en lo biológico sino también en las condiciones en las cuales viven las personas y grupos. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona y familia necesita, y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

Entre sus principales ejes el Plan incluye:

- La incorporación de la atención de problemas y trastornos de salud mental en atención primaria y el aumento de la capacidad resolutoria de ésta, incorporando el apoyo técnico de nivel especializado a través de la “consultoría psiquiátrica”.
- La diversificación de la oferta de servicios impulsando la creación de Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, Clubes Sociales, Talleres Laborales y Talleres Ocupacionales Protegidos, entre otros.

- La ampliación y fortalecimiento del proceso de inserción de la hospitalización de corta estadía en hospitales generales.
- El desarrollo de centros de salud mental comunitaria a cargo, junto con los equipos de atención primaria, de la población en un territorio asignado (no superior a una comuna).
- La desinstitucionalización de personas desde los servicios de larga estadía de hospitales psiquiátricos, reduciendo el tamaño de las instituciones monovalentes.
- El refuerzo de la participación de familiares y usuarios.

Uno de los efectos más importantes del Plan Nacional fue el fortalecimiento, diversificación y ampliación de la cobertura de la red de salud mental en Chile. Para satisfacer las crecientes y diversas necesidades de la población, se requiere una red de servicios de salud mental y psiquiatría, en la que las distintas unidades ofrezcan una amplia gama de prestaciones, se coordinen entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las respectivas áreas de competencia, el flujo de pacientes entre ellas y la realización de actividades conjuntas, incluyendo tanto la promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades.

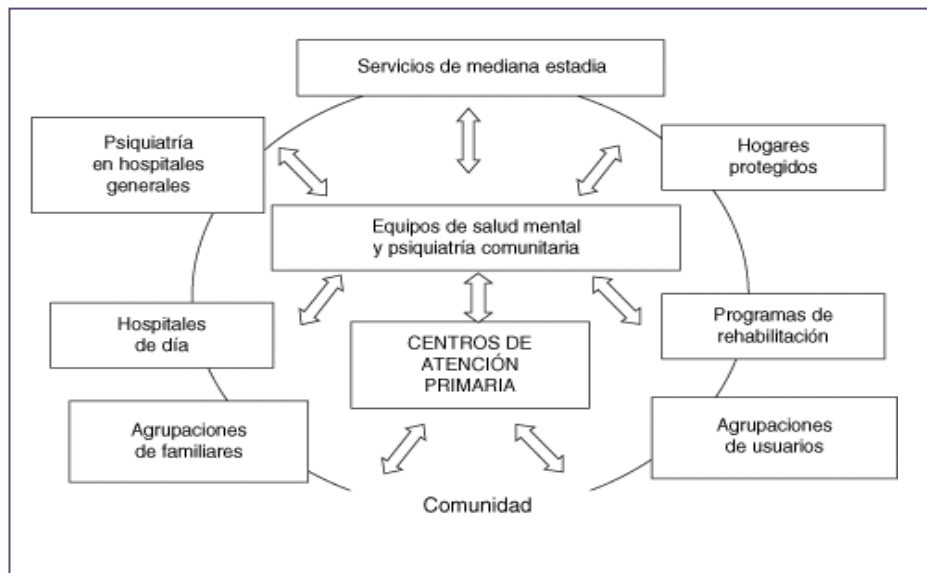
Es por esto que en la actualidad la red de Salud Mental se encuentra desarrollando en Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría, basado en la atención de las personas en las comunidades que viven y trabajan, en dispositivos cercanos, con una participación creciente de las organizaciones de usuarios y familiares. Este nuevo modelo está definido en el Plan y se viene implementando en el país en forma gradual desde el año 2000. Las prioridades que establece el Plan son:

- Promoción y Prevención en Salud Mental.
- Trastornos de salud mental asociados a la violencia: Maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973 – 1990.
- Trastorno de hiperactividad/ de la atención de niños y adolescentes.
- Depresión.

- Trastornos psiquiátricos severos: Esquizofrenia.
- Alzheimer y otras demencias.
- Abuso y dependencias del alcohol y drogas.

Este modelo es denominado “modelo de integración comunitaria”, en contraste con el antiguo modelo Asilar. Que privilegiaba las hospitalizaciones del paciente sacándolo de su entorno, reclusándolo en centros hospitalarios de larga estadía. A continuación se presenta el Modelo de Integración Comunitaria:

Figura 2.1: Modelo de Integración Comunitaria



Fuente: Ministerio de Salud, Chile

La Figura 2.1 grafica la forma de trabajo de la Atención de Salud Mental y Psiquiatría, muestra que trabaja en una dimensión abierta a través de los Hogares protegidos y Hospital de día, y una dimensión cerrada en el Hospital General y la Mediana Estadía, además del trabajo especializado por necesidad específica de los pacientes y la fuerte integración de la comunidad y familia en el trabajo de salud mental, a través de las agrupaciones de Familiares y Usuarios, esto es efectivo ya que actualmente existen estas agrupaciones y son de gran aporte para la institución, en cuanto a la manifestación de necesidades, ideas y nivel de satisfacción con el servicio lo que aporta la mejora permanente del servicio que brinda.

El nuevo modelo de integración comunitaria busca también fortalecer la red de salud mental, apoyándose en su definición la cual según el pla d salud es definida como “los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes”. Es decir Los distintos componentes de la red deben articularse coherentemente de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.

Por lo tanto la existencia de una red de servicios de salud mental y psiquiatría significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red, y tiene por lo tanto acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud - enfermedad.

Considerando la necesidad de favorecer el desarrollo de redes de servicios de salud mental y psiquiatría en el país, y que la creación reciente de nuevos dispositivos para satisfacer las necesidades de la población y de nuevas formas de coordinar y organizar los distintos componentes de la red requería un reconocimiento legal, el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 802 del 9 de abril de 1999, aprobó la “Norma Técnica N°35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría”, la cual dice principalmente que “el desarrollo de un sistema de servicios de salud mental, en una red adecuadamente coordinada, tiene por objetivo responder a las necesidades de fomento y promoción de salud mental de las personas y de la población, así como de otorgar atención oportuna y adecuada a los usuarios afectados por problemas de salud mental y enfermedades mentales, mediante actividades de mayor costo efectividad, mayor facilidad y equidad en el acceso a servicios, disminución de la utilización innecesaria de ellos y mayor satisfacción del usuario”.

2. Enfoque de Redes Sociales

El trabajo en red en el sistema de salud adquiere cada vez mayor auge, por lo que se hace necesario conocer que son las redes y su forma de análisis para así entender el trabajo que realiza la red de salud mental y psiquiatría.

El concepto de Red ha sido definido de diferentes maneras, a continuación se muestran algunas de ellas:

Para Lozares (1996) el enfoque de redes concibe la estructura social como pautas, modelos de relaciones específicas que conjugan, juntan, ligan unidades sociales-incluyendo actores individuales y colectivos. Más allá del uso del concepto de Red Social como simple metáfora y como un puro instrumento de investigación, esta aproximación trata de interpretar el comportamiento de los actores a la luz de sus posiciones variables dentro de la estructura social.

MIDEPLAN (2002), establece que las redes sociales son “sistemas de vínculos, formados por conversaciones y acciones que se dan entre personas o grupos, orientados hacia el intercambio de apoyos y recursos. También establece que son relaciones mas o menos estables entre actores interdependientes, que se constituyen alrededor de problemas y objetivos comunes o complementarios”.

Otro concepto relevante es el que dice relación con que la red social es un “sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social” (SENAME, 1997).

De los conceptos de redes sociales se desprenden los siguientes elementos:

- **Nodos:** Componentes entre los cuales se establecen los vínculos. Estos nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones.
- **Sistema de vínculos:** Se entiende por vínculo a la relación o comunicación que se establece entre los nodos. En este sentido, lo central de la red es el conjunto de vínculos entre nodos. La red

entonces no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos.

- **Intercambio:** En la relación entre los nodos se produce un intercambio entre ellos. Este intercambio recíproco puede darse en el plano afectivo/emocional, material, financiero, social, etc.
- **Apoyo Social:** Como resultado del proceso de intercambio se produce apoyo social entre los nodos. Este se enmarca dentro de lo que llamamos ayuda instrumental la cual hace referencia a aspectos como proporcionar dinero, servicios e información necesaria.

2.1. Forma y contenido de la Redes Sociales

Un aspecto que se debe considerar en relación a las redes sociales es la distinción entre forma y contenido que tienen ellas.

El contenido es la materia, la sustancia relacional sea afecto, información, dinero, etc., que “fluye” a través de las unidades o nodos por medio de las relaciones. Constituye la materialidad sociológica de la relación. Se trata de comportamientos, de interés para la investigación entre personas individuales o entre cualquier otro tipo de unidades en los que se den relaciones sociales, en la medida en que una unidad tiene a la otra como objeto o efecto directo o indirecto (y/o recíprocamente).¹

Las relaciones que dan sustento a este contenido de la red pueden ser formales, institucionales, regladas o informales; permanentes o pasajeras, en proceso o consumadas, unidireccionadas o mutuas, superficiales o profundas, conscientes o inconscientes. Todo dependerá de la naturaleza del problema analizado y por el cual se llevan a cabo las acciones y procedimientos del trabajo en red.

En la redes se genera un intercambio de recursos basados en una identidad, los cuales se intercambian y se convierten a la vez en contenido,

¹ Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales, *Papers, Revista de sociología*, 48, 103-126. Descargado el 12 de Abril de 2012 desde:
<http://alejandrogg.com.mx/temario3/Carlos-redes%20sociales.pdf>

en el capital de la red. Estos fluyen en la red y pueden ser de 5 tipos: humanos técnicos, materiales y financieros, información y conocimiento.

Además de los intercambios tangibles, el trabajo en red favorece una nueva práctica de organización caracterizada por:

- **Cooperación**, hacer con otros.
- **Confianza**, respeto y consideración mutua.
- **Comunicación y aprendizaje**, producir/transferir información y aplicarlos (aprender).
- **Creatividad Social**, formas colectivas de construir, gestionar y organizar.
- **Interactividad/Conectividad**, intercambio con otros (información, acciones, recursos, etc.).

Por **forma** de la red se entiende las diversas propiedades de la configuración global de las relaciones en la red total o en alguna de sus partes que se suele describir como pauta, modelo o estructura de la red. La densidad de una red variará en función al número de vínculos que exista dentro de ella. Así una red donde todos los actores están vinculados con todos los demás, se dirá que tiene una densidad máxima. Pero en las redes en las que algunos están vinculados con algunos, pero no con todos los actores restantes, habrá zonas de mayor o menor densidad. En aquellas partes más densas de la red se necesitaran menos pasos intermedios para alcanzar a la mayoría del resto de los actores de ella.²

² Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales, *Papers, Revista de sociología*, 48, 103-126. Descargado el 12 de Abril de 2012 desde:
<http://alejandrogg.com.mx/temario3/Carlos-redes%20sociales.pdf>

2.2. Análisis de Redes Sociales

Un aspecto relevante del enfoque de redes es lo relacionado con el análisis de redes sociales, ARS (Social network analysis). Como lo plantea Mlelendez (2003) es la herramienta de medición y análisis de las estructuras sociales que emergen de las relaciones entre actores sociales diversos (individuos, organizaciones, etc.). El ARS pretende analizar las formas en que el individuo u organizaciones se conectan o están vinculados, con el objetivo de determinar la estructura general de la red, sus grupos y la posición de los individuos u organizaciones singulares en la misma.

- Niveles de análisis

El enfoque de las redes sociales trabaja sobre diversos niveles de análisis. El interés de esta aproximación es debido también a la posibilidad de tratarlos conjuntamente.

El nivel egocéntrico o personal de análisis: Hay analistas que tratan la estructura de las redes buscando y explicando las diferencias entre actores por sus posiciones sociales provenientes de las redes locales que rodean a los actores y que, en cierto sentido, les pertenecen. Este diseño no conduce a una descripción completa de la estructura social de una población, a menos que las unidades estén ya redefinidas como posiciones sociales generales tales como grupos ocupacionales o étnicos. Por contra y como ventaja, este enfoque se presta a utilizar muestras representativa y es compatible con los métodos de la estadística tradicional para la generalización de resultados a amplias poblaciones.

El nivel intermedio de análisis: Los estudios de las redes pueden reducirse a un nivel intermedio al pretender analizar las relaciones de las unidades entre sí, **de las unidades con parte de la red o con la red total**. A menudo lo que se analiza son diadas pero pueden también ser estudiados subconjuntos más amplios. Se ha tratado también de realizar directamente el muestreo aleatorio de diadas o triadas, aunque no es habitual.

El análisis de redes desarrolla un nivel descriptivo de explicación de los fenómenos sociales proporcionando un vocabulario y un conjunto de definiciones formales para expresar conceptos teóricos y propiedades. Pero

también puede ser usado para validar y evaluar teorías sobre los procesos relacionales y estructurales.

- Tipos de análisis de redes

Encontramos en el análisis de redes sociales cuatro tipos principales de análisis.³

- El primero trata de comprender las conductas de los actores a partir de las relaciones en que están implicados y de las posiciones particulares que ocupan en una red. Se considera que las posiciones en dichas estructuras son principios explicativos tan poderosos o más que las características personales que los definen fuera de todo contexto: edad, ingresos, nivel educativo, etc.

- El segundo trata de explicar los efectos colectivos a partir de las características de la red en cuestión. El tipo de estructura condiciona la difusión de la información, el control social y la cohesión, la diferenciación del poder y de los conflictos, etc.

- El tercer tipo de análisis tiene como objetivo explicar la red misma, las razones y las condiciones de su existencia, con sus propiedades particulares y sus condiciones de transformación.

- El cuarto tipo de análisis, finalmente, tiene por objetivo explicar las características de las redes personales (lo que autoriza a una interpretación parcial de una red global) a partir de la influencia de modelos culturales por una intención estratégica de los actores o por la influencia de constricciones estructurales.

³ Federico de la Rúa (de), A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Portularia*, Vol. 8, nº 1, 9-21. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2797187.pdf>

2.3. Metodología del Análisis de Redes

El análisis de redes se fundamenta, empíricamente, en la creación y desarrollo de la matriz de relaciones y en la construcción del Grafo. Cuando va a desarrollarse un análisis relacional, el material básico para el análisis es la construcción de la matriz que liga a los actores entre sí, en donde se transforman los datos disponibles a una forma relacional. El Grafo es simplemente una serie de líneas que conectan puntos. Los puntos son individuos y las líneas son relaciones, dirigidas o no dirigidas.

Esta metodología ha desarrollado una amplia terminología, algunos de los conceptos utilizados son: Actor, lazo relacional, díada, tríada, subgrupo, grupo, relación, cliques, red social, densidad, cohesión, centralidad, equivalencia estructural. Todos ellos están relacionados a las propiedades de la red y por ende permiten las conclusiones sobre el objeto de estudio. Dos características de la metodología del Análisis de Redes Sociales son (K. Faust y S.Wasserman, 1994):

- Los actores y sus acciones son tratados como interdependientes más que como unidades autónomas o independientes
- Los lazos relacionales entre los actores son canales para la transferencia de recursos (materiales o no).

La metodología implica un seguimiento de las redes con las que trabajar y la llama Investigación/Programación. Está constituida por distintas etapas (negociación del proyecto, diagnóstico, programación, etc.) que son desarrolladas en detalle y con una orientación hacia metodologías de la investigación/acción. Se sugiere iniciar con un taller donde se realiza el mapeo de los actores involucrados, identificando los condicionantes, y los objetivos declarados de unos y otros en las distintas redes de cotidianidad y conjuntos de acción. Propone, en primer lugar, la realización de un cuadro interpretativo o matriz y contar con un grupo de colaboradores voluntarios del lugar. Se suceden así las distintas etapas siendo el resultado final de las mismas un diagnóstico social, pero también una modificación de la realidad social llevado a cabo a lo largo del mismo proceso de investigación. Finalmente, el otro resultado esperado es una agenda o plan de acción para

la población estudiada elaborado por ella misma con el apoyo técnico del investigador participante.

3. Usuarios de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil

La unidad Infanto Juvenil cuenta con 2 tipos de usuarios, por una parte están los usuarios externos que corresponden a los pacientes y por otra los usuarios internos que son las instituciones que derivan a los pacientes, las cuales pertenecen a la red de derivación con la cual trabaja la unidad. A continuación se describen las principales características de los usuarios internos pertenecientes a la red de derivación de la Unidad.

3.1. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA)

El **SSVSA**, 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.

Esta 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).

El único establecimiento de la red asistencial Valparaíso - San Antonio que funciona como recinto de salud mental es el Hospital Psiquiátrico Del Salvador, desde 1969 el cual 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.

3.2. Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL)

La **CORMUVAL**, es una institución de derecho privado sin fines de lucro, responsable de administrar, desarrollar y gestionar los servicios de EDUCACIÓN, SALUD Y CEMENTERIOS municipalizados. Entre las principales funciones de la CORMUVAL se destacan:

- Atender las necesidades de la comunidad de Valparaíso en lo que se relaciona con materias de Educación, Salud y servicios de Cementerios municipalizados.
- Adoptar los planes y programas necesarios para el cumplimiento de sus funciones y objetivos.
- Promover las reformas de Educación y Salud Primaria.
- Velar por el cumplimiento de las Normas y Leyes dictadas por los ministerios respectivos y el supremo gobierno, cumplir con las políticas de gobierno en materia de Salud primaria y Educación.
- Le corresponde la organización, administración, dirección y control de todos los servicios que administra.

Las funciones anteriores son canalizadas a través de las Áreas de Educación, Atención Primaria de Salud, Cementerios 1, 2, 3 y la Administración Central.

La función del Área de Salud Municipal es administrar los Centros de Salud familiar y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, entre las funciones más importantes se pueden señalar las siguientes:

- La filosofía que inspira al Áreas de Salud Municipal de Valparaíso, es el reconocimiento de la salud como un derecho y no como un privilegio.
- Uno de los principales propósitos del Área de Salud Primaria de la comuna de Valparaíso, es dignificar la atención de las personas,

tanto de los usuarios externos (beneficiarios) como de los usuarios internos (personal de Salud Municipalizada), incorporando principios orientadores que nos permitan desarrollar nuestra gestión, siendo estos principios los de: Equidad, Calidad, Accesibilidad, Heterogeneidad, Integridad, Participación Social, Solidaridad y Humanización.

- Desarrollar las políticas de Salud Municipalizada, enmarcadas en las políticas del Ministerio de Salud, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, I. Municipalidad de Valparaíso y las corporativas.
- Preparar el Programa Comunal de Salud y el Programa de Salud de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipalizada en el marco de las normas técnicas programáticas del Ministerio de Salud, del Plan de Desarrollo Comunal de Valparaíso, de las normas del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, los objetivos generales y específicos comunales, las metas, la misión y hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo para coayudar a elevar el nivel de vida de toda la comunidad y sociedad.

3.3. Tribunales de Familia (Ley 19.968)

En el marco de modernización de las instituciones de justicia chilenas, los Juzgados de Familia vinieron a suplir los antiguos Juzgados de Menores y a concentrar todos los temas relacionados con Familia que eran competencia de los Juzgados civiles, tales como Violencia Intrafamiliar, Matrimonio Civil, entre otros. El objetivo de estas instituciones de justicia es concentrar las materias de familia en un mismo Tribunal para dar un tratamiento integral al núcleo social. Junto con esta reforma, se crea una nueva estructura Judicial que separa las funciones administrativas de las jurisdiccionales, de manera que los jueces puedan dedicarse exclusivamente a la administración de justicia, creando así un nuevo cargo denominado Consejeros Técnicos, especializados en asuntos de familia e infancia, cuya misión será asesorar individual o colectivamente a los jueces, desde una perspectiva psicosocial, de manera de procurar que las decisiones legales consideren elementos que la Ley no contempla especialmente en las causas

de vulneración de derechos, infracción, adopción y violencia intrafamiliar, y en las demás materias a solicitud del Juez.

Dentro de las principales funciones de los Consejeros Técnicos se encuentran las siguientes⁴:

1. Asesorar al Juez en la adecuada comparecencia y declaración del niño, niña o adolescente, en la evaluación del riesgo a que se refiere el Art.7 de la Ley N°20.066, sobre Violencia Intrafamiliar,, respecto de la procedencia de medidas cautelares y en todas las materias relacionadas con su especialidad, es decir lo psicosocial.
2. Dar cumplimiento, a lo dispuesto en el Acta N° 98-2009.
3. Revisión y estudios de las causas asignadas.
4. Concurrir a las audiencias preparatorias y de Juicio con la finalidad de asesorar al Juez con el tipo de pruebas a solicitar y respecto de las instituciones que las llevan a cabo, como evaluar en caso de medidas cautelares y con la finalidad de ponderar la prueba y emitir opinión técnica.
5. Asesorar en la ponderación de los informes periódicos acerca del desarrollo de las medidas de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
6. Asistir al juez en la realización de las visitas periódicas a los establecimientos residenciales existentes en su territorio jurisdiccional, en que se cumplan medidas de protección.
7. Participar en la coordinación con instituciones asistenciales, públicas y privadas, u organizaciones comunitarias, en materias de competencia del Tribunal.
8. En forma excepcional y sin perjuicio de las labores propias de la Unidad de Atención Público de los Juzgados de Familia, brindar atención especializada

⁴ Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. (2004, 25 de Agosto). *Ley 19.968 Crea los Tribunales Familia*. Descargado el 20 de Abril de 2012 desde: <http://www.leychile.cl/N?i=229557&f=2010-12-18&p=>

a los comparecientes en aquellas situaciones que requieran la contención emocional inmediata de las personas.

9. Asesorar en la práctica al funcionario que realice el ingreso de demandas orales por violencia intrafamiliar y/o medidas de protección.

10. Asistir a las reuniones periódicas que realice el Consejo Técnico, tanto para intercambiar opiniones en la evaluación de los casos que corresponda como para estudiar y proponer mejores formas de trabajo y de clima laboral al Comité de Jueces a través del Juez Presidente.

11. Mantener un listado actualizado de instituciones con los datos relativos a vacantes y requisitos de ingreso; además coordinará con quien corresponda el ingreso, egreso o salida temporal del niño de la institución.

12. En caso de asumir la coordinación del Consejo Técnico, deberá realizar las labores propias del rol.

Durante el desempeño del cargo se relaciona con Programas Municipales, Servicios Médico Legal, SENAME, Ministerio Público, redes de salud y educación, programas de salud, SERNAM, PDI y Carabineros. También según el art. 76, de la ley 19868, tiene la obligación de informar acerca del cumplimiento de las medidas adoptadas. El director del establecimiento, o el responsable del programa, en que se cumpla la medida adoptada tendrá la obligación de informar acerca del desarrollo de la misma, de la situación en que se encuentra el niño, niña o adolescente y de los avances alcanzados en la consecución de los objetivos establecidos en la sentencia. Ese informe se evacuará cada tres meses, a menos que el juez señale un plazo mayor, con un máximo de seis meses, mediante resolución fundada. En la ponderación de dichos informes, el juez se asesorará por uno o más miembros del consejo técnico.

4. Gestión de Calidad

El concepto de gestión de la calidad se define como: “el conjunto de acciones o actividades coordinadas para establecer la Política y los Objetivos de Calidad y para la consecución de dichos objetivos, los que son necesarios para proporcionar la confianza adecuada de que un servicio satisfará las expectativas de los clientes”.⁵

Un sistema de Gestión de Calidad, ante todo, debe estar enfocado a la satisfacción del Cliente, considerando los siguientes 8 principios identificados por el comité de escritura de las normas de calidad ISO:

1. Enfoque al Cliente
2. Liderazgo
3. Participación del personal
4. Enfoque basado en procesos
5. Enfoque de sistema para la gestión
6. Mejora continua
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

En base a lo anterior, la gestión de los servicios públicos se enfrenta al reto de aumentar y mejorar sus prestaciones a través de políticas de gestión que no supongan un aumento descontrolado de los gastos. Ciertas ideas y principios utilizados en estrategias de marketing y de gestión de calidad pueden ser utilizadas en el entorno público con el objetivo de desarrollar y mejorar el potencial de la actuación prestadora de servicios de las organizaciones públicas y sobre todo permite mejorar la evaluación de las

⁵ Chile Califica. (2004). “Guía de Autoevaluación para la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad”. Descargado el 3 de Junio de 2012 desde: <http://empresas.sence.cl/normacalidad/guiadeautoevaluacionoficial2.pdf>.

demandas de los ciudadanos(as), a través de mediciones de satisfacción usuaria.

4.1. Calidad en los Servicios Públicos de Salud

El servicio es un proceso en el cual el elemento humano juega un papel vital, pues se ponen en juego las percepciones, actitudes, motivaciones en un intrincado proceso de comunicación que es diferente en cada caso.

Medir la calidad de un servicio no es simple, debe hacerse en función de los comportamientos y actitudes de una serie de personas que intervienen en una transacción humana.⁶

La calidad posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado para una institución en particular, y en ella juegan un importante papel los factores subjetivos o psicosociales (las creencias, la idiosincrasia, los valores, entre otros). La satisfacción de los usuarios y los proveedores de salud constituye una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención que ofrece una institución⁷.

El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según *Vanormalingen* (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

⁶ Senlle A. (2003). *“Evaluar la Gestión y la calidad”*. Barcelona, España: Gestión 2000.

⁷ Pérez, C. M. (2008). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*.

A partir de análisis numerosos autores han postulados las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye⁸:

- Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

También podemos distinguir 4 grandes grupos de factores que inciden en la calidad de un servicio (Eiglier y Langeard, 1989):

- Elementos que aportan tangibilidad al servicio: El diseño y la configuración de los locales de prestación, los equipos, el mobiliario, los materiales de uso, etc.
- Elementos que aportan fiabilidad al servicio: La capacidad técnica del personal en el desarrollo de la prestación, su habilidad para realizar el servicio.
- Elementos que aportan capacidad de respuesta al servicio: El diseño de unos procesos de gestión rápidos y flexibles, adaptables a las características de las demandas del usuario.
- Elementos que aportan seguridad al servicio: La atención mostrada por el personal y la credibilidad que inspira al usuario.

De acuerdo con el Informe sobre la salud del mundo del año 2006 de la OMS (Organización Mundial de la Salud), cuando se piensa en un sistema de salud la evaluación de la calidad debe tener en cuenta tanto la dimensión

⁸ Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 1983

macro como la micro, con el fin de equilibrar los análisis y evitar su reducción, como se hace comúnmente, a solo la última dimensión. Un sistema de salud bueno y equitativo (macro) y una atención de salud buena y suficiente (micro) son tales, si responden a estándares de calidad establecidos, a la manera de requerimientos por parte de las sociedades y los individuos, en el marco de sus perspectivas, valores y principios.

En la dimensión macro predominan los estándares de calidad a nivel del sistema, sean estos implícitos o explícitos, con base en valores sociales y paradigmas internacionalmente aceptados. Es en correspondencia con estos estándares que una sociedad espera que su sistema de salud sea justo, equitativo, universal, solidario, eficiente, eficaz, democrático, participativo, descentralizado, integrado, etc. Un indicador de este estándar es el “desempeño del sistema de salud”.

En la dimensión micro predominan los estándares de calidad apoyados en la percepción, sensación, vivencia, satisfacción y situación de salud del usuario. Desde este punto de vista, se espera que la atención de salud sea accesible, oportuna, rápida, limpia, segura, eficaz, cómoda, respetuosa de la dignidad, de los derechos, la confidencialidad y privacidad del usuario, atenta a su consentimiento informado, integral y continua. Los indicadores específicos de esta dimensión tendrán una variabilidad amplia dependiendo de los atributos seleccionados, lo que se expresa en una atención de salud percibida por los usuarios como “atención mala e insuficiente”, siendo el indicador más característico la insatisfacción del usuario.

4.2. Satisfacción de los usuarios en salud

La psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado al problema de la satisfacción. Múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas han confirmado, desde final del siglo XIX e inicio del XX, la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano. Esta dialéctica se ha convertido en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica del comportamiento. Si alguna duda se albergara sobre este hecho, para disiparla bastaría con recordar los nombres de Freud, James y Winsbagger,

luego de Rogers y Maslow y, más recientemente, la teoría de las emociones intelectuales, o de la programación neurolingüística.

Una definición del concepto de "Satisfacción del cliente" es posible encontrarla en la norma *ISO 9000:2005 "Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario"*, que la define como la "*percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos*", aclarando además un aspecto muy importante sobre las quejas de los clientes: su existencia es un claro indicador de una baja satisfacción, pero su ausencia no implica necesariamente una elevada satisfacción del cliente, ya que también podría estar indicando que son inadecuados los métodos de comunicación entre el cliente y la empresa, o que las quejas se realizan pero no se registran adecuadamente, o que simplemente el cliente insatisfecho, en silencio, cambia de proveedor.

Una breve referencia semántica permite encontrar como definición de satisfacción "la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja" (Encarta 97, citado por Zas⁹)

Siguiendo a Zas se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como "satisfactorio" o no.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para complementar la necesidad de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los

⁹ Zas, R. B. (2011). Experiencias en psicología hospitalarias. Descargado el 2 Mayo de 2012 desde: www.alfepsi.org/.../barbara-zas-ros-experiencias-en-psicologia-hospitalaraia.pdf

regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud¹⁰.

La satisfacción es el resultado de la interacción de las expectativas satisfechas, valores y acontecimientos vividos por los usuarios.

Las expectativas se pueden definir como las opciones, vivencias y percepciones que esperan los usuarios de la asistencia sanitaria.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios. Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una experiencia.¹¹

La satisfacción de usuario se relaciona con el concepto de Calidad Asistencial que *Avedis Donabedian* lo define como “aquella clase de atención que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de pérdidas y ganancias de los resultados obtenidos”.

Donabedian desarrollo una propuesta conceptual basada en tres elementos: **Estructura, Proceso y Resultado**. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

Por “Estructura”, se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales. Todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. Denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.

¹⁰ Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Washington D.C. 1992

¹¹ Grau Abalo, Hernandez Melendez, Zas Ros. Psicología de la salud y gestión institucional. México: Universidad de Guadalajara. 2005.

Por “Proceso” se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. El proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad. Asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

Por “Resultado” se entiende una adecuada culminación del proceso de atención del paciente, con el tiempo e insumos requeridos.

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componentes técnicos, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades. Este modelo junto a las aportaciones realizadas por autores como *Berry* y *Parasuraman* apuntan a un conjunto de variables (SERVQUAL) que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre debilidades y fortalezas del servicio que se evalúe.

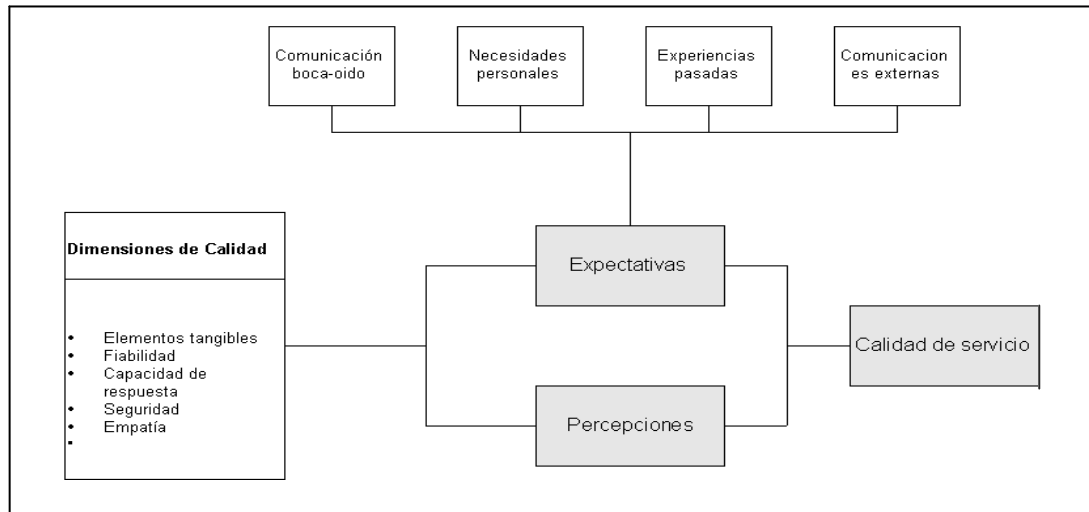
4.3. Modelo de escala de Satisfacción Usuaría

Existen varias teorías sobre la satisfacción, la más importante ha sido la teoría de la no confirmación de las expectativas. El rasgo principal de esta, es que la satisfacción y la insatisfacción es el resultado de la comparación entre las expectativas previas y la percepción o características de la asistencia sanitaria; cuanto mayor es la diferencia entre lo real y lo esperado, más claramente aparece la satisfacción y la insatisfacción, según la dirección que adopte la divergencia.

El modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1993) es uno de los más extendidos para medir la satisfacción de los usuarios. Mide la calidad del servicio a partir de la diferencia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa. De esta forma, un cliente valorará negativamente (positivamente) la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores (superiores) a las expectativas que tenía. Por ello, las compañías de servicios en las que uno de sus objetivos es la diferenciación mediante un servicio de calidad, deben prestar especial interés al hecho de superar las expectativas de sus clientes.

Si la calidad de servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante será la gestión de unas como de otras. Para su mejor comprensión, estos autores analizaron cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas.

Figura 2.2: Esquema del modelo SERVQUAL



Fuente: Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993

Tras el análisis del modelo SERVQUAL, concluyeron que estos condicionantes eran la comunicación boca-oído entre diferentes usuarios del servicio, las necesidades propias que desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, y la comunicación externa que realiza la empresa proveedora del servicio, usualmente a través de publicidad o acciones promocionales. Propusieron como dimensiones subyacentes integrantes del constructo calidad de servicio los elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía.

4.4. Modelos de Satisfacción Usuaría

Existen algunos modelos que buscan esclarecer el término de satisfacción. Rachel Applegate¹² propone tres modelos de satisfacción del usuario:

a) El modelo de satisfacción material.

Con el funcionamiento de un producto (obtención del mismo o precisión del mismo) se constata si este producto responde a la demanda o no, si satisface materialmente o no. Esta satisfacción material está determinada por la eficacia del sistema de recuperación. Las cuatro variables tradicionales en la medida del rendimiento son: la relevancia, la pertinencia, la precisión y la obtención.

b) El modelo de satisfacción emocional de vía simple.

Señala que los usuarios están “felices” o emocionalmente satisfechos, cuando se ha respondido correctamente a sus necesidades. Introducimos dos razones que imprimen importancia a la satisfacción emocional, la posibilidad de evaluación y el comportamiento. Un sistema que ofrece una satisfacción material, pero no emocional, es susceptible de mejora si conseguimos que ofrezca ambas. La satisfacción puede afectar al comportamiento de un usuario positiva o negativamente. Las investigaciones sobre la satisfacción emocional son un intento de medir el actual sentimiento de satisfacción del usuario, más que el intento simple de deducir su presencia.

c) El modelo de satisfacción emocional- vía múltiple.

Expresa que la felicidad de los usuarios depende no solo de las preguntas que se responden (satisfacción material), sino también de otros factores como la situación y las expectativas acerca del servicio. Este modelo

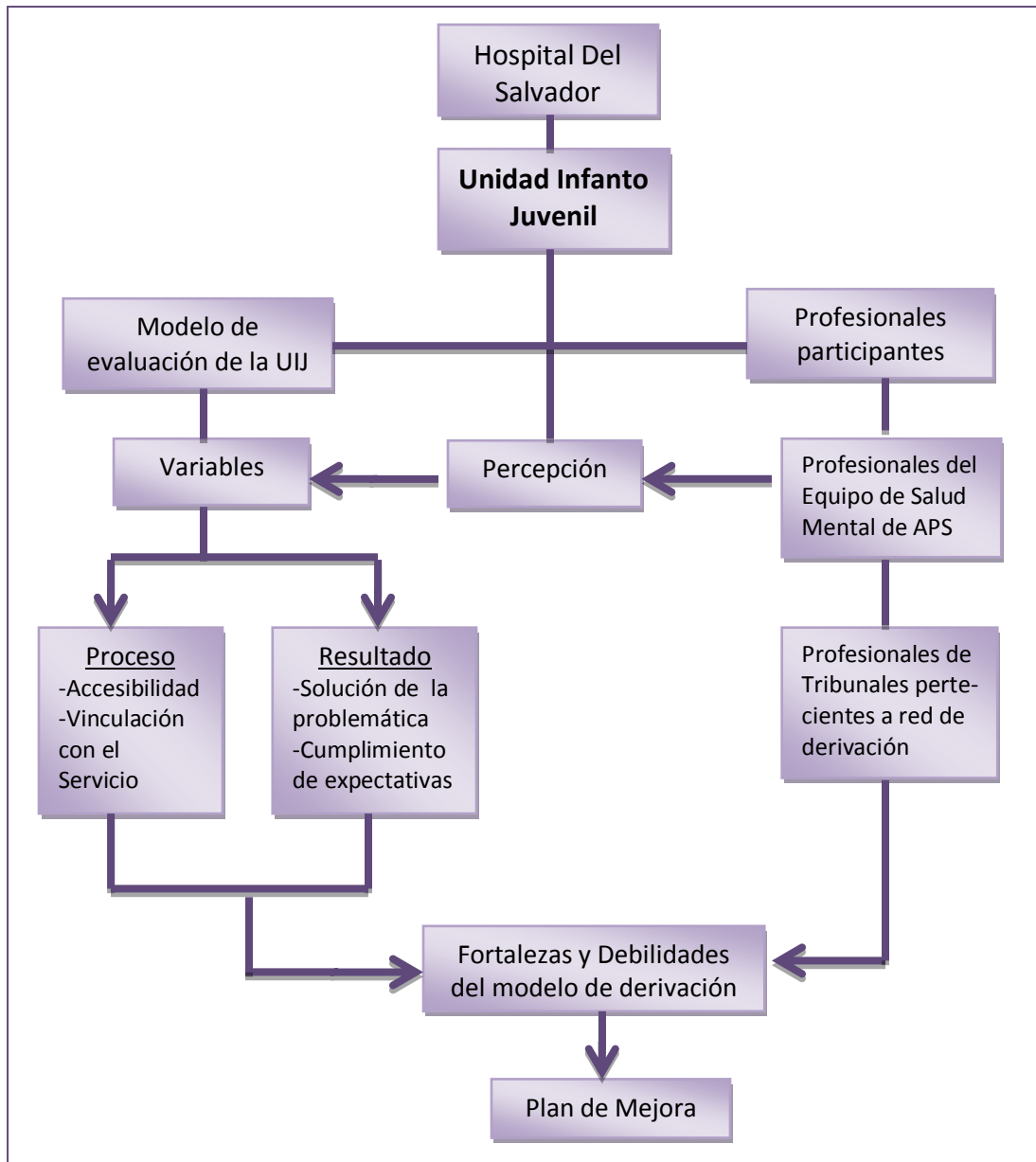
¹² Rey, M. C. (2000). La Satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 003, 139-153. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63500309>

de satisfacción permite la comprensión de la satisfacción emocional, denominada “positiva falsa”, que corresponde a usuarios satisfechos aunque el resultado de sus consultas haya sido infructuoso. Las tres variables que afectan a la satisfacción son: la disconformidad, la ubicación del producto y el rendimiento del producto (satisfacción material). La disconformidad es una idea que procede del marketing, y que se refiere a la diferencia entre lo que uno espera del rendimiento del producto y el mismo rendimiento. Cuando existe una discrepancia entre las expectativas y el resultado obtenido, los individuos ajustan retroactivamente sus expectativas y el resultado obtenido, con la finalidad de reducir la tensión psicológica, este proceso se denomina teoría de la acomodación.

Otro concepto, estrechamente relacionado con las características antes mencionadas, es el de equidad; muestra que un componente importante de la satisfacción es la calidad percibida entre los costos y los beneficios de los usuarios o clientes que creen les está ofreciendo el prestador. Si el producto o el servicio cumplen las expectativas, pero el usuario cree que los beneficios del prestador son desproporcionados, el usuario se mostrará insatisfecho. La disconformidad es la diferencia entre las expectativas y el rendimiento del producto; la confirmación se daría si fueran iguales. La disconformidad positiva o negativa se da cuando el producto funciona mejor o peor de lo que se esperaba.

5. Modelo de Medición de Satisfacción de los Usuarios Derivadores de la Unidad Infanto Juvenil

Figura 2.3: Esquema Modelo de Medición Satisfacción Usuaría



Fuente: Elaboración Equipo Seminarista, abril 2012

Para el modelo de medición de la satisfacción usuaria que será implementado, se entenderá la **satisfacción**, como “El Grado de cumplimiento por parte de la Unidad Infanto Juvenil, respecto de las necesidades y expectativas de los profesionales de la red de derivación en relación a las prestaciones que ésta ofrece”.

Es importante señalar, que la satisfacción es afectada por la estructura, procesos y resultados asociados con los servicios de atención de

salud, así como también por las percepciones de los diferentes servicios que reciben los usuarios. Sin embargo, para este modelo de medición de la satisfacción usuaria se trabajara solo con proceso y resultado.

Se entenderá **percepción**, como un proceso subjetivo, que involucran una interpretación personal, que se ve influenciada por varios factores de tipo externo e interno del individuo que percibe (profesionales de la red de derivación), representando su real sentir, único en cada persona.

5.1. Dimensión Proceso

Para este modelo de evaluación de satisfacción usuaria se entenderá por proceso “el procedimiento que desarrollan los profesionales de la red de derivación de la UIJ desde que desean hacer una derivación (interconsulta u oficio) hasta que se envía la solicitud y ésta llega a la UIJ”.

La evaluación del proceso nos permite conocer cómo está funcionando la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil. Se trata de información fundamental para determinar cómo se han efectuado las prestaciones de la Unidad y cómo puede mejorarse o qué nuevas estrategias de implementación se pueden plantear. Las subdimensiones que se medirán en el proceso son las siguientes:

- **Accesibilidad:** Considerada como el acceso que tienen los profesionales de la red derivación para comunicarse con la Unidad Infanto Juvenil, mediante la atención telefónica y la atención vía mail.
 - ✓ Atención telefónica
 - ✓ Atención vía mail

- **Vinculación con el servicio:** Nivel en que se crea o mantiene la relación entre los profesionales de la red de derivación y la Unidad Infanto-Juvenil, mediante indicadores que apuntan al conocimiento e información que se tiene tanto de la unidad como del proceso de derivación, y a las relaciones directas o indirectas que se mantienen con el servicio.
 - ✓ Información que poseen sobre el proceso de derivación

- ✓ Información que poseen acerca de la UIJ
- ✓ Relación con la UIJ
- ✓ Disposición para resolver dudas por parte de la UIJ
- ✓ Proceso de derivación
- ✓ Derivación del APS o Tribunal a la UIJ

5.2. Dimensión Resultado

Para este modelo de evaluación de satisfacción usuaria se entenderá por resultado “las respuestas de acuerdo a los requerimientos solicitados por parte de los profesionales derivadores y a los logros alcanzados o esperados por éstos en cuanto a las prestaciones de la Unidad Infanto Juvenil”. Los profesionales perciben un cambio (positivo o negativo) en el resultado atribuible a la atención brindada por la Unidad.

La evaluación del resultado está dirigida a identificar los cambios deseados o indeseados que le han ocurrido a los profesionales de la red de derivación, comparándolos con los resultados que se esperaban. Para evaluar el resultado se estudiarán 2 subdimensiones, cada una con sus respectivos indicadores que se describen a continuación:

- **Solución de la problemática:** Se entiende como la respuesta recibida por parte de la unidad desde que llega la interconsulta, si aceptada o rechazada, hasta que es contrarreferido el paciente.
 - ✓ Respuesta recibida
- **Cumplimiento de expectativas:** Es el resultado de lo esperado con lo efectivamente ocurrido en base a una evaluación que puede ser tanto positiva como negativa en relación al servicio entregado por parte de la unidad.
 - ✓ Resultados esperados
 - ✓ Calidad del servicio

- ✓ Satisfacción con el servicio

5.3. Escala de Likert

La escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.

A continuación se presenta la tabla que se utilizara para categorizar y medir la satisfacción usuaria, en lo referente a las dimensiones de Proceso y Resultado. Dichas dimensiones tendrán asignado una calificación, según sea la importancia para el estudio de investigación.

Cuadro 2.1: Escala de Likert

Categoría	Significado	Nota
Muy Satisfecho	Manifestación de alto nivel de satisfacción expresada por el usuario derivador de la UIJ.	5,8 - 7,0
Satisfecho	Manifestación de buen nivel de satisfacción expresada por el usuario derivador de la UIJ.	4,6 - 5,7
Medianamente Satisfecho	Manifestación de regular nivel de satisfacción expresada por el usuario derivador de la UIJ.	3,4 - 4,5
Insatisfecho	Manifestación de mal nivel de satisfacción expresada por el usuario derivador de la UIJ.	2,2 - 3,3
Muy Insatisfecho	Manifestación de muy mal nivel de satisfacción expresada por el usuario derivador de la UIJ.	1,0 - 2,1

Fuente: Elaboración Equipo Seminarista, mayo 2012

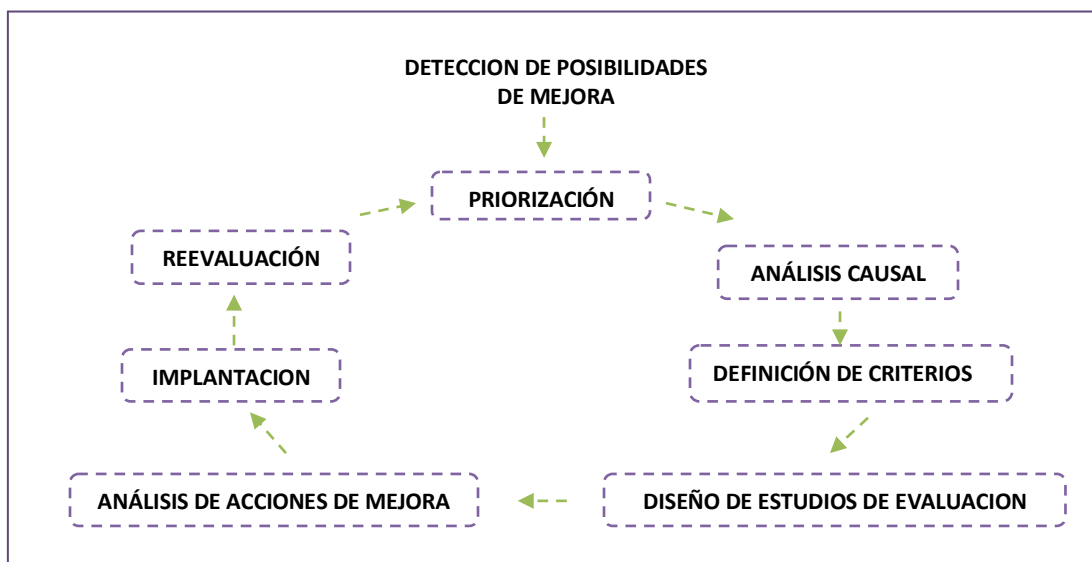
6. Plan de Mejora

6.1. Mejora de la Calidad

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la practica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad

concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos¹³.

Figura 2.4: El ciclo de evaluación y mejora de la calidad



Fuente: Suñol, R. 1997

Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la

¹³Suñol, R. (s. f). *La calidad de la atención*. Descargado el 22 Mayo de 2012 desde: http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf

calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario.

En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- Compararla con la que estamos realizando.
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- Comprobar si estos cambios son eficaces.

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Pe: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad...). Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.

Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.

Problemas de actitud, derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del *burn-out* (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera" (*Do it right the first time*).

6.2. Análisis FODA

Es un instrumento de planificación básica, cuya determinación permite a una Institución, detectar su situación organizacional interna y externa ante la posibilidad de planificar estratégicamente su accionar a corto, mediano o largo plazo. A través del resultado del FODA es posible contextualizar de mejor forma la vigencia de la misión y los objetivos estratégicos de la institución. Al mismo tiempo clasifica aquellas fortalezas y debilidades de las áreas de gestión y la administración al interior de la Institución posibilitando establecer líneas de trabajo específicas en la planificación anual.¹⁴

La aplicación de un diagnóstico FODA nos entrega importante información sobre nuestra forma de organización tanto a nivel interno como externo. Por eso es importante contar con la participación de todos los integrantes de un equipo o equipos de trabajo. Todas las opiniones valen y son de significativa importancia para el buen funcionamiento de un equipo de trabajo u organización.

El análisis FODA debe enfocarse solamente hacia los factores claves para el éxito de su negocio. Debe resaltar las fortalezas y las debilidades diferenciales internas al compararlo de manera objetiva y realista con la competencia y con las oportunidades y amenazas claves del entorno.

¹⁴ Lopez, H. (2011). *El Análisis FODA ¿Por qué es importante?*. Descargado el 25 de Mayo de 2012 desde: <http://axeleratum.com/2011/analisis-foda-%C2%BFpor-que-es-importante/>

Figura 2.5. : Esquema análisis FODA



Fuente: López, H. 2011

Lo anterior significa que el análisis FODA consta de dos partes: una interna y otra externa.

1. A nivel interno de una Institución, Agrupación u Organización:

- **Fortalezas:** son todas aquellas potencialidades materiales o humanas con que cuenta una organización. Son de vital importancia para el funcionamiento y desarrollo.

- **Debilidades:** Son todas aquellas deficiencias materiales o humanas con que cuenta una organización. Son las principales responsables del funcionamiento interno.

2. A nivel externo de una Institución, Agrupación u Organización:

- **Oportunidades:** son todas aquellas posibilidades de desarrollo que tiene una organización. Estas oportunidades se encuentran en el medio, natural, geográfico, cultural, social, político y económico en la que se mueve la institución.

Los integrantes deben tener la capacidad de mirar donde se encuentran y de salir al encuentro de estas oportunidades y de reflexionar al interior del equipo de trabajo, si a ellas presentan o no una real oportunidad para la organización.

- **Amenazas:** son todas aquellas situaciones negativas que atentan contra el desarrollo de una organización. Estas amenazas se encuentran en el medio natural, geográfico, cultural, social, político y económico en la que se mueve la organización.

Los integrantes deben tener la capacidad de mirar donde se encuentran y de reflexionar al interior de la organización y del equipo de trabajo si tiene la capacidad necesaria de enfrentarlas y trabajarlas para convertirlas en oportunidades o simplemente detectarlas para que no se conviertan en una real amenaza para sus objetivos, esquivándolas.

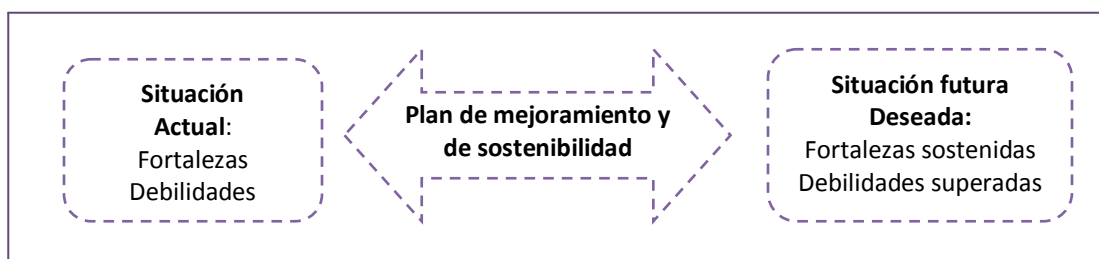
6.3. Formulación del Plan de Mejoramiento

El mejoramiento del programa debe asumirse como un proyecto a corto, mediano o largo plazo y debe también planificarse de esa manera.

El plan consiste en la descripción de una secuencia de pasos orientados a superar, en lo posible, las debilidades encontradas en el proceso de autoevaluación del programa.

El Plan de Mejoramiento tiene como base los resultados de la autoevaluación realizada. Su objetivo es orientar las acciones requeridas para superar las debilidades determinadas y sus causas, sin alterar las fortalezas del programa. Es decir, el plan de mejoramiento es un medio conceptual y una guía para actuar según lo que se requiere, con el fin de modificar el estado actual del sistema, por uno futuro de mejor calidad, manteniendo las fortalezas.

Figura 2.6.: Esquema de las situaciones del Plan de mejoramiento



Fuente: Comisión de Verificación de Condiciones Institucionales de Calidad, 2010

El marco de referencia o línea base en que se fundamenta el plan de mejoramiento, priorizará el tratamiento de las debilidades o necesidades señaladas por la evaluación y las causas o factores que las propician. Para que este plan sea eficaz y efectivo, no solo se debe evidenciar que la situación deseada se alcance, sino también superar las debilidades y sus causas.

Así, el plan de mejoramiento debe considerar y describir claramente las causas de la debilidad y plantear la (s) acción (es) que va (n) a permitir superarlas.

Una de las razones que justifica la necesidad de elaborar un plan de mejoramiento se relaciona con: “lo que no se planifica pierde posibilidades de logro”, debido a que los recursos siempre son escasos y están comprometidos.

El plan de mejoramiento guía la ejecución y permite un adecuado seguimiento y control, pero es preciso que se elabore con objetividad, o sea, que se propongan las acciones por alcanzar, en términos de costos, calendarización, recursos y viabilidad.

6.4. Metodología para elaborar un Plan de Mejoramiento

- Primera Fase: Análisis de las debilidades o necesidades detectadas

1. Analizar las causas de cada debilidad señalada en las características; se debe responder la pregunta: ¿de qué depende lo que está mal?
2. Enlistar las posibles acciones que permitirían corregir o eliminar los factores que provocan la situación actual.
3. Analizar la viabilidad de cada acción en: tiempo, costo, apoyo académico, proveedores, recursos técnicos, etc.; se recomienda el principio de “el mejoramiento asequible”.
4. Seleccionar las acciones factibles de cumplir e indicar en qué proporción permitirán superar la debilidad y el plazo de tiempo cuando se llevarán a cabo.

- Segunda Fase: Diseño del Plan de Mejoramiento

A) Componentes de un Plan de Mejoramiento:

Debilidad: Debe expresarse con claridad y sencillez en qué consiste.

Objetivo: Representa el estado del sistema que se pretende alcanzar (o que se alcanzaría) al superar las debilidades actuales.

Acciones: Son las actividades y tareas que permitirán reducir la brecha entre la situación actual y la situación deseada. En el Plan se incluyen las acciones que en la primera etapa fueron catalogadas como factibles de lograr. La actividad que tiene un nivel mayor de complejidad, es preciso subdividirla en acciones más sencillas, denominadas tareas.

Metas: Cada acción debe establecer una frontera ideal, que corresponde al momento en que la debilidad es superada. Por tanto, la meta se debe plantear en términos cuantitativos de lo que se espera realizar, en un tiempo determinado, para esa actividad, con el fin de cumplir con el objetivo trazado.

Indicadores: Son muestras observables del avance hacia el objetivo deseado, o que demuestran que el objetivo se ha alcanzado. Para cada indicador se debe especificar: la fecha, el responsable, la cantidad y calidades de lo que se va a alcanzar. Al verificar el cumplimiento del plan de mejoramiento, en el sistema de monitoreo y seguimiento el punto de referencia principal serán los indicadores.

Para hacer seguimiento del Plan de Mejoramiento, el equipo de trabajo del programa y la Dirección o los equipos responsables, deben diseñar indicadores, es decir, unidades de medida que expresen el cambio pretendido en un tiempo determinado, y sobre la base de acciones concretas a desarrollar.

Cronograma: Cada acción planteada en el Plan de Mejoramiento debe establecer un intervalo de tiempo determinado para su realización, por tanto, es necesario definir cuándo comienza y cuándo termina la actividad. En el sistema de monitoreo y seguimiento, se definirán ciertos momentos en los cuales se medirá el avance de la actividad, utilizando para ello los indicadores definidos. En el formato de Plan de Mejoramiento diseñado, se debe establecer claramente la fecha de inicio o puesta en marcha de la

acción y una probable fecha de finalización en la que se terminaría las actividades propuestas, una vez se ha alcanzado la meta.

Recursos e Insumos requeridos: Se debe precisar, en este ítem, todos los requerimientos que los responsables necesitan para asegurar que las acciones programadas se lleven a cabo.

Medio de Verificación: Se debe dejar consignado, la manera en la cual se verificará con evidencias físicas, los avances o el cumplimiento de la meta propuesta en cada una de las acciones.

B) Formato plan de mejora:

Se recomienda utilizar una matriz horizontal donde sea posible observar la relación directa entre cada uno de los componentes. El objetivo por alcanzar puede plantearse para el componente así como se muestra en la siguiente tabla:

Cuadro 2.2: Matriz de Plan de Mejoramiento

Objetivo	Actividades	Metas	Fechas		Recursos	Responsables	Medio de verificación
			Inicio	Final			

Fuente: Elaboración Equipo Seminarista, mayo 2012

CAPÍTULO III

Diseño de Evaluación

*“La calidad nunca es un accidente;
siempre es el resultado de un esfuerzo
de la inteligencia” (John Ruskin)*

Presentación

Cuando se realiza una investigación, se precisa elegir un diseño metodológico que permita sustentar y asegurar la validez y confiabilidad de la información que se busca obtener con el desarrollo del estudio, reduciendo la posibilidad de errores en los resultados y comprometiendo la veracidad y acercamiento a la realidad de la organización.

En este sentido, el presente capítulo da cuenta sobre la fundamentación, propósito de este estudio, tipo de investigación, unidad de análisis y su respectiva población y el tipo de instrumento que se utilizará en la recolección de datos, que otorgan la estructura fundamental del estudio.

1. Formulación del Problema

1.1. Problema de Investigación

El problema de investigación del presente Seminario de Título surge del “desconocimiento de la percepción de satisfacción de los usuarios de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil”. Esta situación se produce debido al poco tiempo de funcionamiento de la Unidad Infanto Juvenil, lo que deriva en la necesidad de conocer el grado de satisfacción de los usuarios de la red de derivación en cuanto al proceso y resultado de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil.

1.2. Fundamentación de la temática

En varios estudios que se han realizado para determinar la calidad en la prestación de un servicio, se utiliza dentro de los indicadores de medición la satisfacción usuaria, concepto que tiene que ver con la subjetividad personal de cada usuario. La relación entre ambos términos tiene mucho que ver con la concepción de empresa, pues la calidad en la actualidad está entrando desde las grandes empresas con la finalidad de mejorar el producto o servicio que entregan.

Al investigar sobre la medición del grado de satisfacción en el área de la salud nos encontramos con muchas investigaciones y estudios que lo presentan como una perspectiva de la relación entre médico y paciente; en donde evalúan la capacidad técnica del profesional y la opinión subjetiva que posee el usuario en relación al proceso.

El tipo de usuario identificado para este seminario del cual se medirá el grado de satisfacción, son por una parte los equipos de salud mental de la APS y por otra los profesionales derivadores de la red de justicia, quienes solicitan la prestación de servicios en pro del tratamiento de mejora de los pacientes. El equipo seminarista ha decidido medir el grado de satisfacción de estos usuarios, siguiendo el consejo del equipo de profesionales que trabajan en la unidad dado que desde la creación de la misma (Marzo 2011) se han observado descoordinaciones en relación al desconocimiento de los servicios prestados por la unidad, la forma de presentación de la solicitud, los tiempos de respuesta, entre otros. Además se debe tener presente que estos

usuarios a su vez prestan servicios a los pacientes lo cual se relaciona con lo planteado por Zas (2005) quien dice que **sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos**, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una experiencia¹⁵.

Por lo tanto antes de medir la satisfacción de los usuarios-pacientes de la unidad, el equipo seminarista considera relevante evaluar el grado de satisfacción de los equipos que forman parte de la red de derivación para así contribuir al sistema de salud que brinda el tratamiento de los pacientes, logrando con los resultados de la investigación la creación de un plan de mejora que proporcione el aumento en la calidad del servicio.

1.3. Pregunta de Investigación

- ¿Cuál es el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda?

¹⁵ Grau Abalo, Hernandez Melendez, Zas Ros. Psicología de la salud y gestión institucional. México: Universidad de Guadalajara. 2005.

1.4. Objetivos de Investigación

- **Objetivo General:**

“Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda”.

- **Objetivos Específicos:**

1.- “Describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, sobre el *proceso* (accesibilidad y vinculación con el servicio) en el que se desarrollan las prestaciones”.

2.- “Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, sobre el *resultado* (solución de la problemática, cumplimiento de expectativas) de las prestaciones”.

1.5. Operacionalización de Objetivos

Los objetivos específicos planteados se abordarán por medio de la presente operacionalización en la cual se pueden observar las dimensiones, subdimensiones e indicadores a medir para el logro de ambos objetivos específicos.

Cuadro 3.1: Matriz de Operacionalización de la Variable

VARIABLE: Satisfacción Usuaría			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR
Proceso	Accesibilidad	- Atención telefónica de la UIJ	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Atención vía mail de la UIJ	0 1 2 3 4 5 6 7
	Vinculación con el servicio	- Información que se posee de la UIJ	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Información que se posee sobre como derivar	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Relación con la UIJ	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Disposición para resolver dudas por parte de la UIJ (video conferencias, consultorías, etc)	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Proceso de derivación	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Derivación del APS o Tribunal a la UIJ	0 1 2 3 4 5 6 7
Resultado	Solución de la Problemática	- Respuesta recibida	0 1 2 3 4 5 6 7
	Cumplimiento de expectativas	- Resultados esperados	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Calidad del Servicio	0 1 2 3 4 5 6 7
		- Satisfacción con el Servicio	0 1 2 3 4 5 6 7

- **Categorización General**

Nota	Categoría
5,8 – 7,0	Muy Satisfecho
4,6 – 5,7	Satisfecho
3,4 – 4,5	Medianamente Satisfecho
2,2 – 3,3	Insatisfecho
1,0 – 2,1	Muy Insatisfecho

2. Diseño Metodológico

2.1. Enfoque Evaluativo

En cuanto al **Tipo de Investigación**, el presente Seminario de Título se realizará bajo la lógica de un **Estudio Evaluativo**. Según Aguilar y Ander-Egg (1994) “Evaluación es una forma de valoración sistemática que se basa en el uso de procedimientos que apoyados en el uso del método científico, sirve para identificar, obtener y proporcionar la información pertinente y enjuiciar el merito y el valor del algo, de manera justificable”.

El método concreto de la evaluación es la **Investigación Evaluativa**, la cual tiene como objetivo comprobar la eficacia de un programa, un currículo, un equipo de docentes o una actividad de aula, mediante un proceso selectivo de recogida de información, con la finalidad última de facilitar la toma de decisiones para la mejora.

Aclarados estos conceptos se proseguirá a señalar el modelo y el tipo de investigación que fundamentan la investigación evaluativa a realizar.

El modelo seleccionado es el de **Referentes Específicos** planteado por Guillermo Briones¹⁶, el cual lo define como “un tipo de investigación que consiste en describir, medir, comparar y juzgar las propiedades que definen el estado de los objetos de evaluación que se seleccionan de un programa”.

¹⁶ Briones, G. (2002). Evaluación de programas sociales. México: Trillas.

Este modelo otorga importancia a la participación de las partes involucradas en el estudio, con la finalidad de integrar en un esquema coherente las diversas necesidades de información y la relación de éstas con los focos de evaluación que han de elegirse.

Briones también propone en su libro “Evaluación de Programas Sociales” diversos tipos de evaluación para el modelo con el que el investigador decida trabajar, para el presente seminario de título el tipo de evaluación seleccionado es el de **Resultados**.

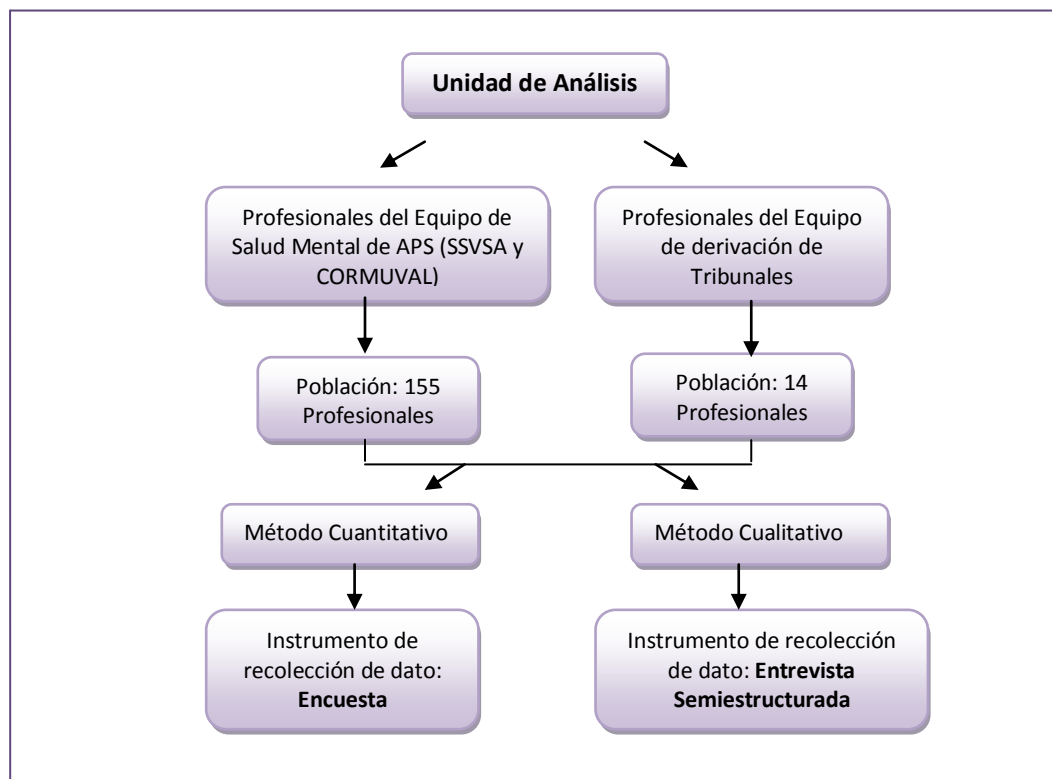
2.2. Unidad de análisis

Para efectos de la investigación evaluativa, se trabajara con tres unidades de análisis:

- Equipo de Salud Mental de APS pertenecientes al SSVSA.
- Equipo de Salud Mental de APS perteneciente a la CORMUVAL
- Consejeros Técnicos de Tribunales de Familia pertenecientes a las comunas de San Antonio, Casablanca y Valparaíso.

A continuación se presenta un diagrama que muestra las unidades de análisis, la población, métodos, técnicas e instrumentos con los cuales se llevará a cabo la investigación.

Figura 3.1: Esquema de la Unidad de Análisis



Elaboración Equipo Seminarista, Abril 2012

2.3. Universo y muestra

El Universo hace referencia a los sujetos de estudio, en este caso se establecen a partir de las derivaciones que llegan a la Unidad Infanto Juvenil, las cuales provienen de la quinta región, principalmente del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Corporación Municipal de Valparaíso y Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en casos especiales. Las derivaciones de este último serán eliminadas, por lo que se trabajara solo con las derivaciones del SSVSA y CORMUVAL. En lo que respecta a Tribunales de Familia, participarán Valparaíso, Casablanca y San Antonio. Abarcando en su totalidad 169 Profesionales participantes de la red de derivación, los que se expresan a continuación:

- Equipo de Salud Mental APS: 155 profesionales.
- Red de derivación Tribunales: 14 profesionales.

De acuerdo al método cuantitativo y cualitativo, el muestreo utilizado es No Probabilístico y es denominada por Salinas, D., (2010), como El muestreo intencionado. Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Es muy frecuente su utilización en sondeos preelectorales de zonas que en anteriores votaciones han marcado tendencias de voto. También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tienen fácil acceso. En base a esto, se establece que los criterios relevantes para este estudio son:

- Profesionales pertenecientes al equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.
- Profesionales pertenecientes al equipo de Salud Mental de la Corporación Municipal de Valparaíso.
- Profesionales pertenecientes a la Red de derivación de Tribunales de San Antonio, Casablanca y Valparaíso.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de información se refieren a los procedimientos específicos para el tratamiento de algunos aspectos de la materia de investigación (Layana, 2009). Las técnicas seleccionadas permiten dirigir la investigación hacia el alcance de los objetivos planteados y al logro de una mayor eficiencia en el proceso de levantamiento de información.

Las técnicas seleccionadas son de carácter tanto cuantitativas como cualitativas, teniendo como referencia el tiempo disponible para aplicarlas y la rapidez en la recolección de la información. La obtención de la información requerida para esta investigación se realizará mediante dos técnicas:

A) Encuesta, esta técnica de recolección de datos consiste en “un conjunto de preguntas que permiten obtener información respecto a una o más variables a medir, utilizando cuestionarios estructurados como instrumentos de medida”¹⁷. La encuesta para el objetivo de este seminario se realizara mediante un cuestionario estructurado con preguntas cerradas hacia los profesionales pertenecientes a la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil. (Ver Anexo 1)

B) Entrevista, la cual presenta la notable particularidad de que se da lugar a una relación social entre entrevistador y entrevistado por la consiguiente interacción recíproca entre ellos. Se aplicará la Entrevista Semiestructurada, la que se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. (Ver Anexo 2)

2.5. Análisis de Datos

Las técnicas de procesamiento de datos, son las formas en que se realizara ordenamiento y organización de la información obtenida durante el proceso de investigación y por tanto, se constituye en el paso previo para su posterior análisis.

Se utilizará para el procesamiento y análisis de datos dos tipos de técnicas:

A) SPSS, los datos obtenidos a través del instrumento cuantitativo se tabularan en una planilla perteneciente al programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS), para realizar un análisis descriptivo de los datos, de acuerdo a las variables implicadas en la Investigación Evaluativa. De este modo, se pretende otorgar una mayor precisión de los datos, transformándolos en unidades que posibiliten un análisis e interpretación más exacta.

¹⁷ Alvira Martin. F. (2002). *“Metodología de la evaluación de programas: un enfoque practico”*. Pp.145.

B) Análisis de contenido, la información obtenida a través del instrumento cualitativo (entrevista semiestructurada) será examinada a partir de un análisis de contenido, con el fin de procesar las narraciones de los usuarios(a) entrevistados(as) (profesionales de la red de derivación), estableciendo categorías para posteriormente agruparlas y facilitar el análisis de estos relatos. Para ello se realizara una matriz de contenido. (anexo 3)

Los pasos a seguir para el análisis de los datos y la configuración de la matriz acumulativa son los siguientes:

- **Inmersión de datos:** Es el proceso de leer y reeler cada conjunto de narraciones o transcripciones hasta estar íntimamente familiarizados con el contenido de éstas.
- **La presentación visual de datos:** Se define como una agrupación organizada de información que permite analizar y sacar conclusiones. Para esto se utilizaran fragmentos de las entrevistas, las cuales nos permitirán presentar la información de una manera más compacta.
- **La reducción de datos:** Implica seleccionar, enfocar y simplificar las transcripciones en resúmenes y organizarlos alrededor de temas o patrones basados en los objetivos originales de la investigación. Esto se realizara principalmente a través de la saturación de datos.
- **La interpretación / conclusiones:** Se refieren al proceso de decidir qué significan las cosas, tomar notas de temas, regularidades, patrones y explicaciones. Durante todo el ejercicio de recopilación de datos, se puede empezar a sacar conclusiones en borrador, pero eventualmente estas se vuelven más explícitas y firmes al momento de redactar el “informe final”.

CAPÍTULO IV

Análisis de datos y Principales Hallazgos

*"Se debe medir
todo lo medible y hacer medible
todo lo que no lo es"
(Galileo Galilei)*

Presentación

En el presente capítulo se presentan los resultados y análisis generados como producto del estudio de investigación evaluativa desarrollada en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital del Salvador. Dicho análisis se desarrollará en función a los objetivos específicos, y del objetivo general logrando una interpretación teórica del mismo. También se podrán observar los principales hallazgos encontrados en la investigación, a través de las fortalezas y debilidades del sistema de derivación.

Es en esta sección donde se presenta el análisis de los resultados arrojados del levantamiento de información. A modo de presentación del análisis de la investigación realizada, se hace una segmentación presentando en primera instancia el análisis de Atención Primaria de Salud y posteriormente el análisis de Tribunales de Familia, en donde para comprender el contexto de análisis de cada uno de ellos se debe considerar la revisión previa del Anexo 4 y Anexo 5, respectivamente.

El análisis e interpretación se desarrollará sobre el enfoque mixto, es decir, tanto de la forma cuantitativa como cualitativa.

I. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN APS

Análisis integrado cuantitativo y cualitativo de las dimensiones a evaluar en los objetivos planteados

Objetivo General: “Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la UIJ, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda”

Se procede en una primera instancia a dar a conocer el análisis de los objetivos específicos a la luz de los referentes de evaluación: Proceso y Resultado, reconociendo el grado de cumplimiento de cada uno. Antecedentes que proporcionan sustento al cumplimiento del objetivo general planteado para el presente estudio.

1. Análisis Objetivo Específico n°1

“Describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el **proceso** (accesibilidad y vinculación con el servicio) en el que se desarrollan las prestaciones”.

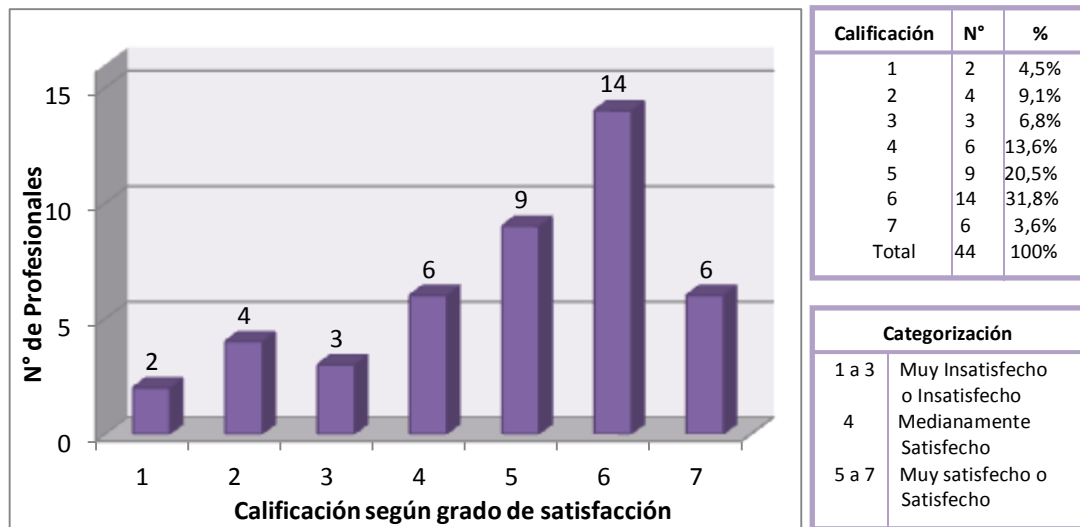
Para su medición se establecieron dos subdimensiones: Accesibilidad y Vinculación con el servicio, cada una con sus respectivos indicadores, los cuales se presentan a continuación:

Dimensión Proceso

A) Subdimensión: Accesibilidad

✓ **Indicador: Atención Telefónica**

Gráfico N° 4.1: Atención Telefónica de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Existe una tendencia evidente hacia una percepción positiva (65,9%) sobre la atención telefónica, indicando los usuarios que al contactarse telefónicamente con la Unidad la secretaria los transfiere con el profesional con el que desean comunicarse, cumpliendo así con el valor de calidad que orienta a la Unidad Infanto Juvenil en donde expresan que se debe trabajar con una actitud de apertura y coordinación permanente con la red, logrando un trabajo colaborativo en pro de la salud mental del niño, niña o adolescente.

El grupo que manifiesta estar insatisfecho o muy insatisfecho, lo justifican por no poseer el número de la unidad como ni de algún profesional de ella, debiendo buscar otras vías de contacto por las cuales obtienen respuesta a sus requerimientos.

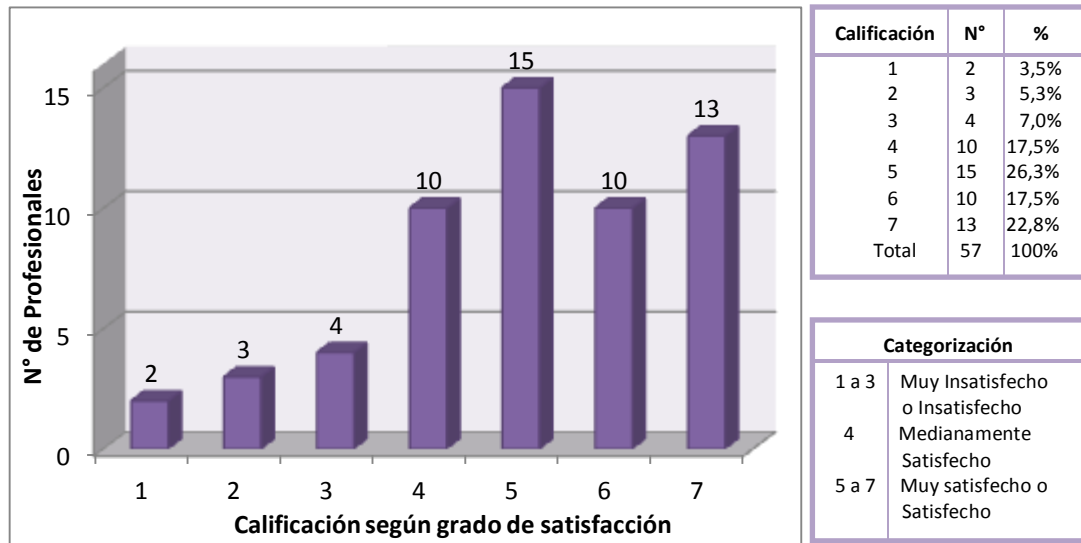
En general la percepción positiva se ve reflejada en apreciaciones tales como:

“Bueno en caso de duda yo me he comunicado con Carolina Godoy, o por teléfono a la unidad y me han respondido... he tenido buena recepción...”

(Profesional N° 24)

✓ **Indicador: Atención vía mail**

Gráfico N° 4.2: Atención Vía mail de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Los resultados obtenidos revelan que la percepción de un 66,6% de los profesionales siente estar muy satisfecho o satisfecho con la atención que se les brinda por medio del correo electrónico.

Esta percepción mayormente positiva en cuanto a la atención vía mail, se sustenta en que poseen los correos de al menos un profesional o de la Unidad misma, en donde pueden expresar sus consultas e inquietudes obteniendo una respuesta a esta oportunamente.

Los profesionales que señalan estar muy insatisfecho o insatisfecho (15,8%) con la atención que se les brinda por medio del correo electrónico se fundamenta en el hecho de que las consultas o dudas no poseen respuesta oportunamente. Esto tiene relación con el hecho de que de sólo 2 de los 7 profesionales cumple con 44 horas de trabajo semanal, por ende en el resto de los profesionales existe un espacio importante en el cual se encuentran fuera de la Unidad, lo que provoca la complejidad de estar en constante actualización de la información que llega a sus correos electrónicos, afectando la respuesta oportuna a lo esperado por parte de APS.

La tendencia mayoritaria del presente indicador se ve representada en la siguiente apreciación:

“...si sé que la asistente social ha tenido contacto más directo, vía mail con.....no estoy segura si colega de ella o psicóloga de la unidad, pero si sé que ha tenido contacto vía mail...”

(Profesional N° 3)

B) Subdimensión: Vinculación con el Servicio

✓ **Indicador: Información sobre proceso de derivación**

Gráfico N° 4.3: Información que se posee sobre el Proceso de Derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría Julio-Agosto 2012

El gráfico N° 4.4 muestra que el 67,3% de los profesionales percibe estar muy satisfecho o satisfecho, mientras que el 16,4% medianamente satisfecho, existiendo un 16,4% muy insatisfecho o insatisfecho, con la información que poseen sobre el proceso de derivación.

La tendencia mayormente positiva se sustenta en que los profesionales manifiestan tener información sobre el proceso de derivación, principalmente de los requisitos que exige la Unidad Infanto Juvenil resumido

en la ficha de derivación, siendo ésta la vía de acceso a la prestación de servicios solicitados en función de la necesidad del niño, niña o adolescente.

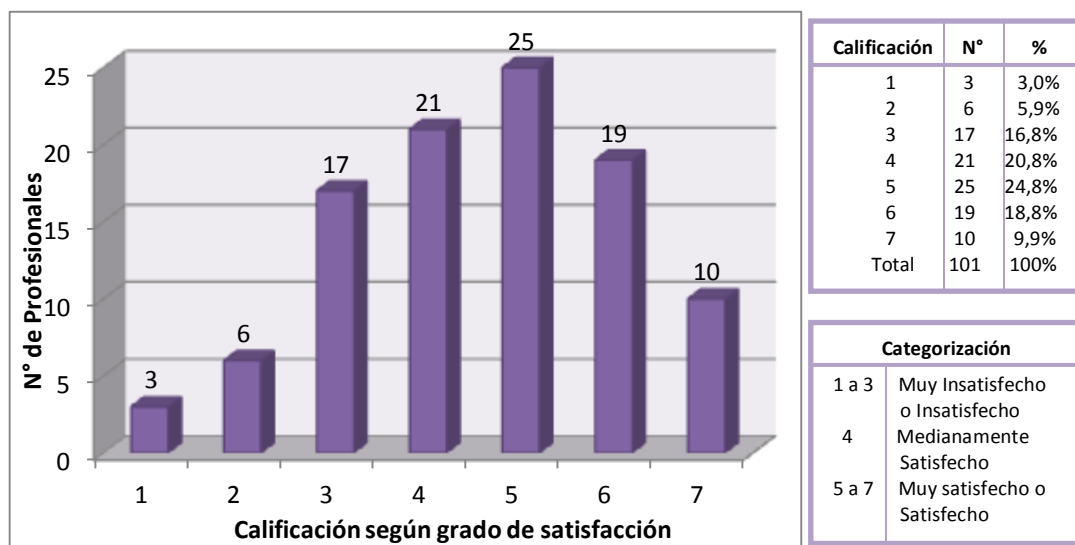
Es importante señalar que los profesionales que manifiestan tener una visión de insatisfacción en cuanto a la información del proceso son debido a que estos no participan en la realización de la ficha de derivación e interconsulta sino sólo en la toma decisión de cuando derivar. Lo anterior se expresa en los siguientes comentarios:

“...sí conocemos el sistema, el médico hace la interconsulta y deriva...”

(Profesional N° 4)

✓ **Indicador: Información acerca de la Unidad Infanto Juvenil**

Gráfico N° 4.4: Información que se posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Frente a la pregunta de como califican la información que poseen de la Unidad Infanto Juvenil, el 53,5% se declara muy satisfecho o satisfecho, el 20,8% medianamente satisfecho y el 25,7 muy insatisfecho o insatisfecho.

Si bien el 53,5% considera estar satisfecho con la información que posee de la Unidad, es importante destacar que el 46.5% considera estar medianamente satisfecho o insatisfecho en relación al ítem, esto debido a que si bien conocen la existencia de la Unidad Infanto Juvenil, no manejan el detalle de las prestaciones y servicios que brinda.

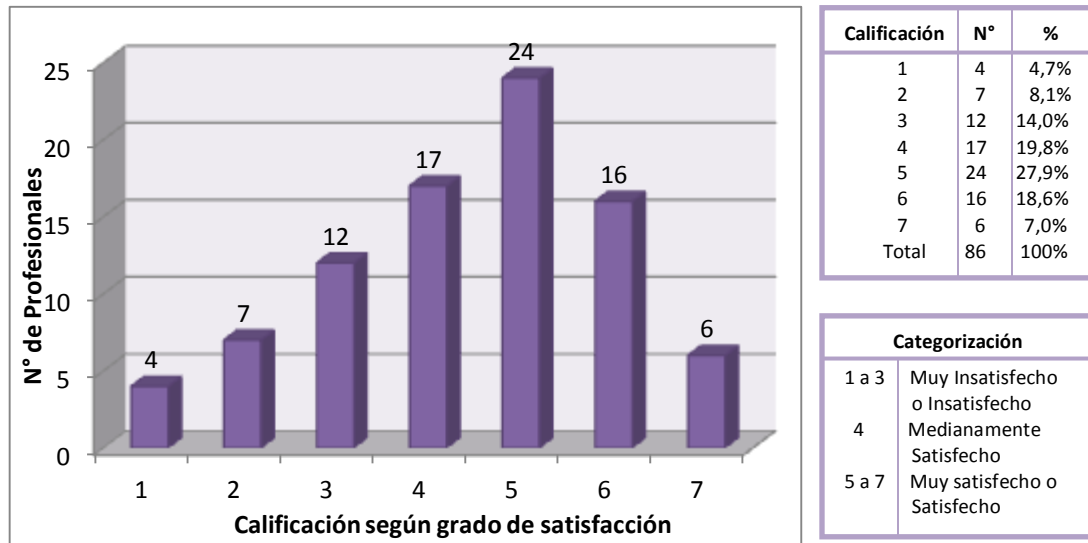
Es preciso señalar que la Unidad Infanto Juvenil sólo entra en funcionamiento desde marzo del 2011, y que aún están formándose las líneas de acción y la base que sustenta su funcionamiento; por lo cual es comprensible que APS aún no maneje en su totalidad la información del servicio que entregan; como se puede evidenciar en el siguiente comentario:

“...sabemos que es un equipo grande, que tienen especializaciones en infanto juvenil, pero conocemos eso no mas, sabemos el nombre de algunos psiquiatras, el Dr. Dueñas, es lo que más conocemos, pero nos gustaría saber que hace el resto del equipo, el trabajo de la asistente social, de los colegas psicólogos, etc.”

(Profesional N° 13)

✓ **Indicador: Relación con la Unidad Infanto Juvenil**

Gráfico N° 4.5: Relación entre APS y la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

De 86 profesionales que respondieron a la consulta sobre su relación con la Unidad Infanto Juvenil un 53,5% siente estar muy satisfecho o satisfecho, el 19,8% medianamente satisfecho y el 26,8% muy insatisfecho o insatisfecho en su relación con la Unidad Infanto Juvenil.

La tendencia si bien es levemente mayor hacia la percepción de muy satisfecho o satisfecho (53,5%), un 46,6% de lo profesionales considera que no posee una adecuada relación con el equipo de la Unidad Infanto Juvenil. Esto se basa en que generalmente participa en instancias como reuniones o capacitaciones de salud mental con la APS sólo la asistente social de la Unidad para explicar los formularios de referencia, contrarreferencia, informes de avances, entre otros.

Sin embargo, existe el deseo de generar más instancias de contacto profesional (consultorías, capacitaciones, asesorías) apoyando a la labor de los equipos de APS para una mayor resolutiveidad de los casos, logrando así trabajar como se plantea en el concepto de red, que las relaciones deben ser horizontales y se deben reconocer los diversos saberes y aportes, potenciando la coordinación de trabajo entre ambos niveles de acción, lo que

favorece a fortalecer el trabajo en equipo proporcionando una buena atención al paciente.

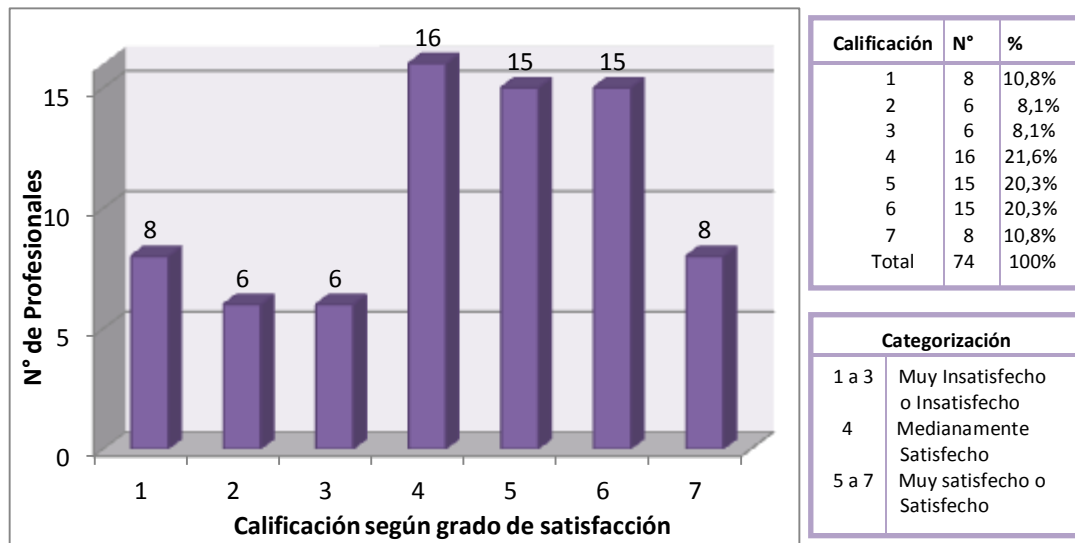
APS manifiesta el deseo de relacionarse de una forma más personal con los profesionales de la Unidad Infanto Juvenil para unificar el enfoque de trabajo de la red de derivación, tal como se puede observar en la expresión a continuación:

“...el trabajo con infanto juvenil además de que es muy nuevo, con la unidad propiamente tal, yo creo que no ha sido tan coordinado como quisiéramos por estas diferencias, uno inevitablemente contrasta, yo creo que hace mucha falta la posibilidad que existan consultorías, tal vez no tan frecuentes como la de adultos, pero que hayan instancias o alguna forma de comunicación o coordinación más directa que el papelito de la interconsulta.”

(Profesional N° 17)

✓ **Indicador: Disposición para resolver dudas**

Gráfico N° 4.6: Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Al ser consultados sobre la disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil, los profesionales declaran en un 51,4% estar muy satisfecho o satisfecho asegurando que en ocasiones en que han tenido un encuentro con algún miembro del equipo de la Unidad, éste posee una recepción adecuada a las consultas planteadas respondiendo claramente a ellas.

Se debe hacer presente que un 48,6% declara estar medianamente satisfecho o insatisfecho, lo que se fundamenta en que actualmente en las consultorías psiquiátricas que se realizan en la APS de Valparaíso, no se cuenta con apoyo técnico para la resolución de dudas en relación a Infanto Juvenil quedando limitados a otros medios. Es importante mencionar que las consultorías psiquiátricas es una de las estrategias principales que hace referencia el Plan de Salud Mental y Psiquiatría, declarándolo como responsabilidad para el nivel secundario, puesto que tanto en estudios nacionales como internacionales esta actividad resulta ser una estrategia efectiva para mejorar la resolutivez en APS. No cabe duda alguna que si existiera apoyo técnico en las consultorías Psiquiátricas de Adulto que

existen hoy en la región, colaboraría a la descongestión del sistema de salud mental secundario, como a su vez al proceso de derivación existente.

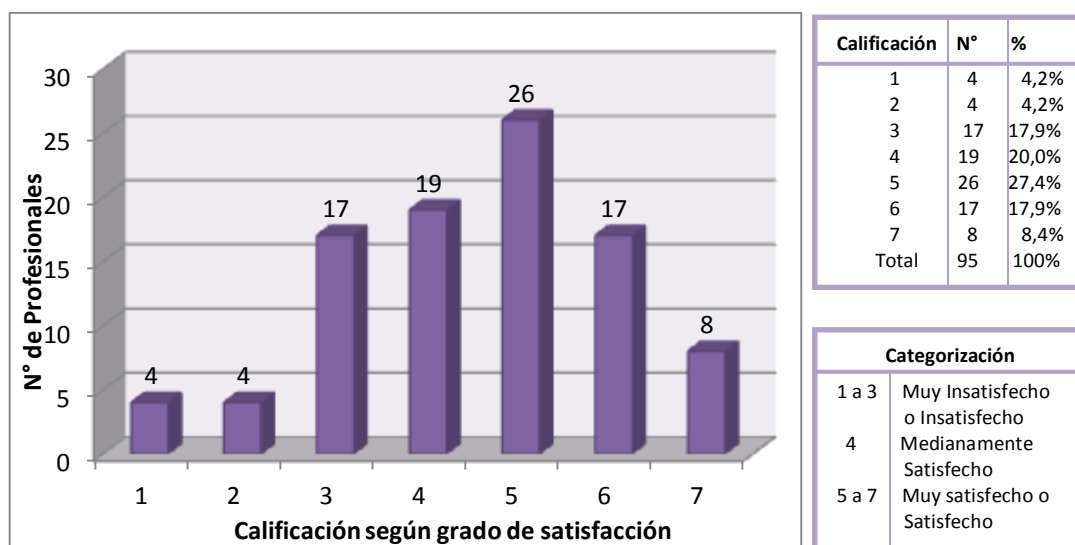
Por otra parte un porcentaje de los que se encuentran muy insatisfechos o insatisfechos, que corresponde principalmente a los equipos de salud mental de APS de San Antonio, explican su percepción en que actualmente no se está desarrollando la videoconferencia, por el robo de los artefactos en San Antonio perdiendo el medio por el cual resolvían sus dudas de forma inmediata con ayuda de todo el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, así se puede observar en la siguiente aseveración:

“...bueno y la otra vía que nosotros teníamos era que el año pasado se estuvo implementando el tema de las videoconferencias de Infanto Juvenil, que fueron muy buenas, pero debido a que se robaron el equipo no hemos tenido y la verdad que ha hecho harta falta...”

(Profesional N° 5)

✓ **Indicador: Proceso de derivación**

Gráfico 4.7: Percepción sobre Proceso de Derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Si bien existe una leve mayoría respecto del grado de satisfacción (57,7%), se debe resaltar que un 46,3% de los profesionales que responden, se consideran como medianamente satisfecho o insatisfecho con este proceso. Este malestar se refleja en las opiniones expresadas por los profesionales en que definen al proceso como “Burocrático” y “Lento”, puesto que al decidir derivar deben comenzar con completar la interconsulta adjuntando todas las intervenciones que han efectuado como APS (visitas domiciliarias, aplicaciones de test psicológicos, informes sociales, etc.), posterior a esto se envía por el flujo de derivación (Conducto regular) llegando así a la Unidad Infanto Juvenil en donde se evalúa si es aceptado o falta información del caso, enviando la respuesta por el mismo flujo.

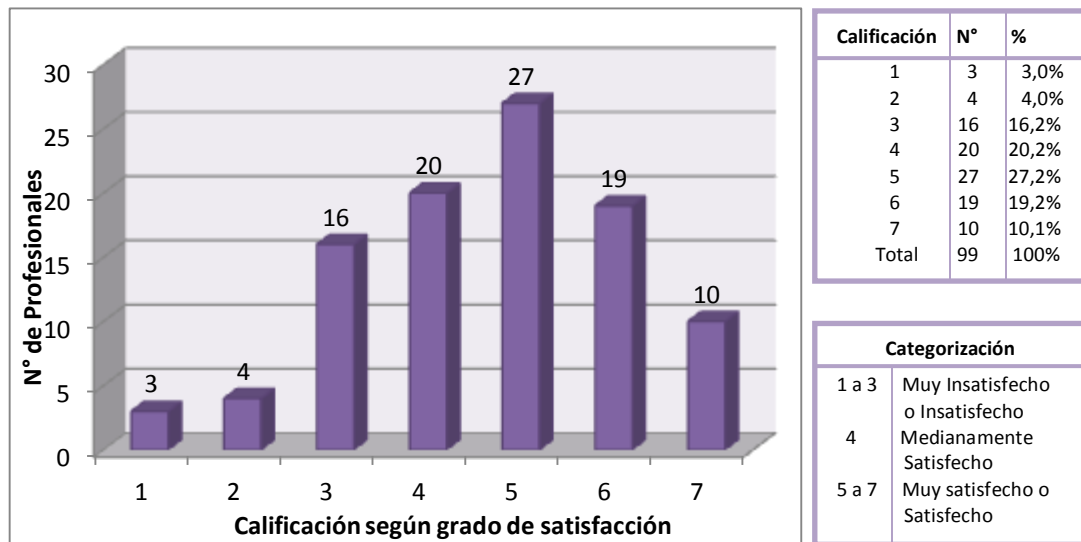
El tiempo en el que demora la interconsulta desde que se comienza a formular y se concreta, afecta en términos de tiempo a la obtención de la primera hora de atención del caso. Esta situación queda graficada en:

“...la parte administrativa es rápida. Pero como yo no sé si a esa persona la van a atender, si están bien los datos, si me la van devolver, si no, como puede pasar tanto tiempo a que yo mande una interconsulta a que yo la reciba de vuelta, hay veces en que no me favorece el proceso en términos de tiempo con el niño”

(Profesional N°23)

✓ **Indicador: Derivación de APS a la UIJ**

Gráfico N° 4.8: Derivación (Interconsulta) de APS a la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La tendencia satisfactoria en relación a la derivación de APS a la Unidad Infanto Juvenil es de un 56,5% en donde los profesionales aseguran que la exigencia por parte de la Unidad de hacer envío de todas las intervenciones realizadas con el paciente en la APS, es conveniente puesto que de esta manera el equipo de la Unidad Infanto Juvenil conoce a cabalidad la realidad del paciente para poder crear un plan de intervención de acorde a sus necesidades.

El formulario de Interconsulta existente es responsabilidad del SSVSA el cual está encargado de informar sobre su utilización a las instituciones bajo su cargo. Existiendo este documento formal de uso común en el ambiro de la salud, es que la Unidad Infanto Juvenil establecio la necesidad de cosntruir el Formulario de Derivación a Salud Mental Infanto Juvenil, en donde solicita el tipo de intervenciones realizadas, diagnósticos, prestaciones solicitadas, entre otros requerimientos necesarios para ampliar la visión de la realidad de los pacientes logrando una planificación de intervención acorde a su situación.

El grupo que se encuentra medianamente satisfecho e insatisfecho (43,4%) establece que los documentos que se deben adjuntar a la interconsulta son excesivos dado el escaso tiempo con el que cuenta un profesional en APS, lo cual se hace difícil de poder realizar oportunamente. Sin embargo, en las reuniones de equipo que se realizan los días miércoles en la Unidad Infanto Juvenil, se observa que es necesario que se envíen los informes de las intervenciones ya realizadas en APS, las cuales pueden ser enviadas mediante fotocopia, mail o vía fax; dando a entender que conoce la situación en que se desarrolla el trabajo en APS, el cual es escaso.

La percepción que poseen los profesionales de APS se puede evidenciar en el siguiente comentario:

“...es mucho lo que pide el nivel secundario a la atención primaria, pensando también que aquí tampoco hay tantos recursos de horas psicológicas”

(Profesional N°19)

1.1. Satisfacción General Dimensión Proceso

Cuadro N° 4.1: Evaluación de la Dimensión Proceso

Subdimensión	Indicador	Promedio	Promedio final
Accesibilidad	Atención telefónica a la UIJ	4,9	5,0
	Atención Vía mail a la UIJ	5,0	
Vinculación con el servicio	Información que posee sobre el proceso de derivación	5,0	4,6
	Información que posee de la UIJ	4,5	
	Relación con la UIJ	4,4	
	Disposición para resolver dudas por parte de la UIJ	4,4	4,6
	Proceso de derivación	4,5	
	Derivación del APS a la UIJ	4,6	
Promedio final			4,8

Nota	Categoría
5,8–7,0	Muy Satisfecho
4,6–5,7	Satisfecho
3,4–4,5	Medianamente Satisfecho
2,2–3,3	Insatisfecho
1,0–2,1	Muy Insatisfecho

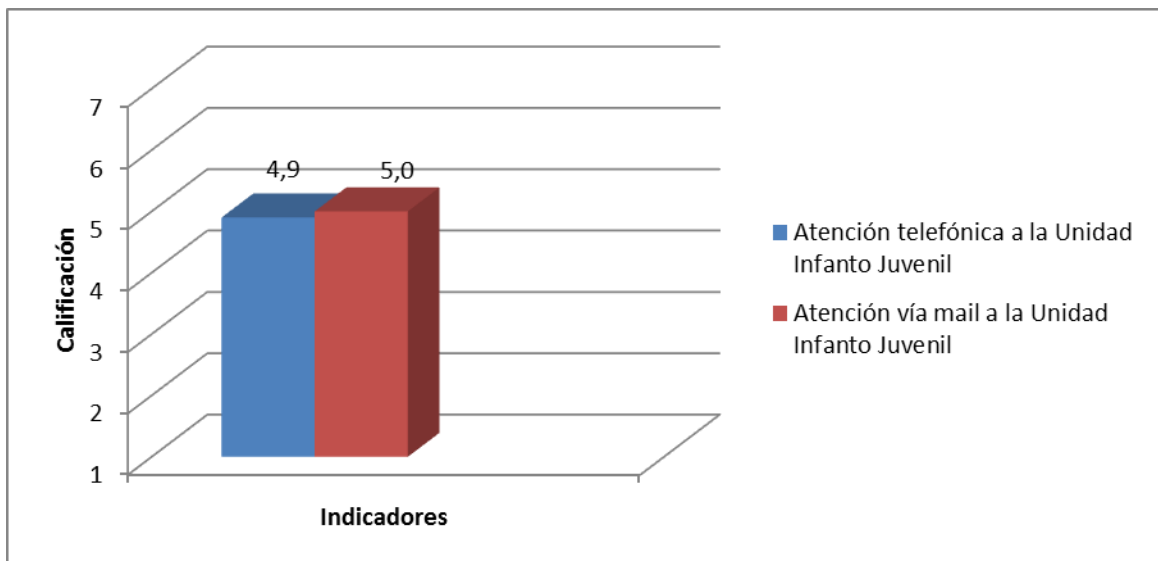
Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Para la medición de la Dimensión Proceso se establecieron 2 subdimensiones: Accesibilidad y Vinculación con el Servicio, las cuales según la calificación basada en el grado de satisfacción, los profesionales la calificaron con un 4,8 lo que indica según la categorización, que los profesionales de la red de derivación en general se encuentran satisfechos con éste proceso, es decir desde el momento en que deciden derivar al niño, niña o adolescente hasta que llega a la Unidad Infanto Juvenil y es aceptado(a), rechazado o contrarreferido(a) por ésta.

A continuación se expone el detalle de los datos obtenidos en cada una de las subdimensiones establecidas, para comprender el resultado final alcanzado por la percepción que poseen los profesionales de APS sobre la dimensión de Proceso:

- **Subdimensión: Accesibilidad**

**Gráfico N° 4.9: Calificación de cada indicador de la subdimensión:
Accesibilidad**



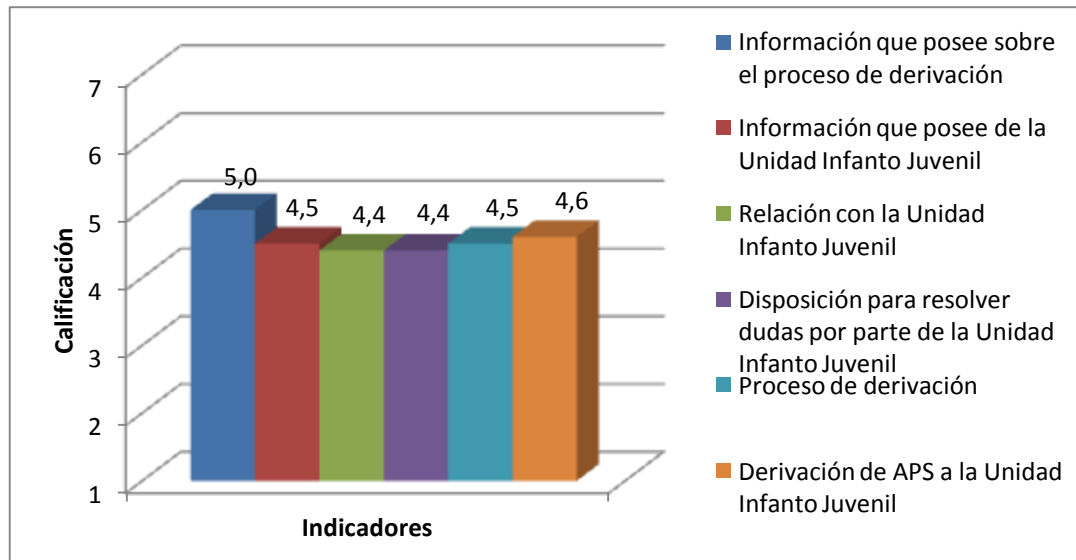
Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Observando las notas resultantes de cada uno de los indicadores, se establece que los profesionales en torno a las vías de contacto (teléfono y mail) que poseen para acceder a las prestaciones, las evalúan con promedio 5,0, lo que indica que se consideran satisfechos frente a las opciones de Accesibilidad del servicio.

Finalmente se puede concluir que los profesionales pertenecientes a la APS logran percibir en general una buena accesibilidad, es decir reconocen que existe la posibilidad de comunicarse mediante estos dos medios a la Unidad Infanto Juvenil (el teléfono y el correo electrónico), sin embargo a pesar de sentirse satisfechos de conocer o haber utilizado algunas de estas vías para contactarse con algún profesional de la Unidad, manifiestan la necesidad de mejorar con el desarrollo de mayores vías de accesibilidad y coordinación, más directas a través de capacitaciones o consultorías, así como expandir estas vías de comunicación a los demás profesionales de la Unidad. Actualmente el mayor acceso y contacto que tienen con la unidad es solo a través de la Asistente Social, lo cual estiman debe ampliarse al resto del equipo.

- **Subdimensión: Vinculación con el servicio**

**Gráfico N° 4.10: Calificación de cada indicador de la Subdimensión:
Vinculación con el Servicio**



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La presente subdimensión que compone la dimensión Proceso, fue evaluada por medio de 6 indicadores establecidos en la planificación metodológica, obteniendo una calificación según el grado de satisfacción de 4,6. Esto indica que los profesionales se encuentran satisfechos con los factores que inciden en el proceso de derivación.

Se puede concluir que los profesionales de la APS entrevistados logran percibir una buena Vinculación con el servicio, es decir reconocen que poseen información en cuanto a lo relativo al proceso de derivación, saben escasamente lo que tienen que hacer, pero aun requieren tener mayor información y claridad para poder realizar de manera adecuada el envío de las Interconsultas e informes que solicita la unidad para poder entregar la(s) prestación(es) solicitada(s).

Por otra parte es preciso destacar que en cuanto a la relación que poseen los profesionales con la Unidad Infanto Juvenil es principalmente a través de la Asistente Social y es mediante ésta que resuelven principalmente sus dudas en la actualidad. En relación a esto manifiestan que sería un aporte a su gestión y a su vez desarrollaría una relación más

cercana con la unidad si ésta realizara consultorías psiquiátricas, tanto en Valparaíso como en san Antonio, en la primera acudiendo aunque sea una vez al mes un profesional a la APS y en la segunda mediante las videoconferencias, lo cual sin duda favorecería a mejorar la resolución de casos en el nivel primario.

2. Análisis Objetivo Específico n°2

“Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el **resultado** (solución de la problemática, cumplimiento de expectativas) de las prestaciones”.

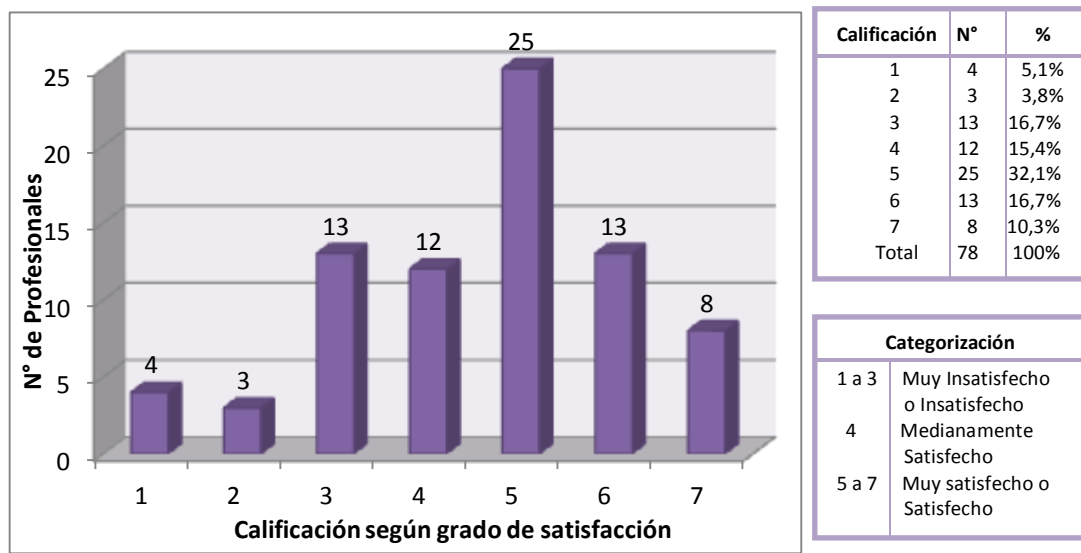
Para lograr evaluar la presente dimensión se establecieron dos subdimensiones: Solución de la problemática y Cumplimiento de las expectativas, cada uno con sus indicadores respectivos, los cuales se presentan a continuación:

Dimensión Resultado

A) Subdimensión: Solución de la problemática

✓ Indicador: Respuesta Recibida

Gráfico N° 4.11: Respuesta Recibida de la Derivación (Interconsulta)



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En el gráfico N° 4.11 señala que el 59,1% siente estar muy satisfecho o satisfecho, el 15,4 % se encuentra medianamente satisfecho y el 25,6% manifiesta estar muy insatisfecho o insatisfecho con la respuesta recibida en torno a las derivaciones enviadas a la Unidad Infanto Juvenil.

Los profesionales consideran que las intervenciones que se realizan en la Unidad Infanto Juvenil dan solución a la problemática que afecta al Infanto Juvenil sintiéndose conformes con la respuesta recibida por parte del equipo, sin embargo el 41% de los profesionales manifiesta estar medianamente satisfecho o insatisfecho con la respuesta recibida. Situación que se debe principalmente al hecho de que las contrarreferencias de los casos derivados no están llegando en su totalidad a los centro de salud, situación que afecta el funcionamiento adecuado de la red, más aún si observando lo que plantea la Norma Técnica N°35 sobre la organización de una red de servicios de salud mental y Psiquiatría, en donde en su punto 12 indica que para la adecuada regulación y retroalimentación de la red deberá implementarse un sistema integrado de registro de prestaciones, actividades,

de referencias y contrarreferencia; esto sin duda permitiría mantener actualizada a la red de derivación, evitando dudas o inquietudes de los procedimientos y resultados de las derivaciones que se envían a la Unidad Infanto Juvenil.

La percepción que poseen los profesionales sobre la respuesta recibida a la derivación queda de manifiesto en la siguiente apreciación:

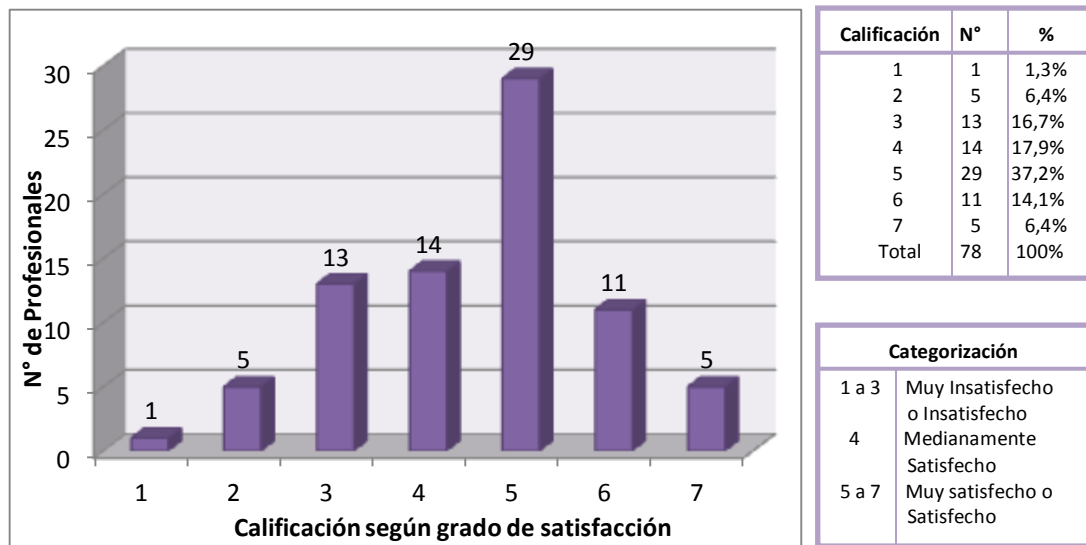
“...es poco lo que hemos derivado, pero lo que hemos derivado hemos tenido súper buena respuesta, exceptuando obviamente el tema de las contrarreferencias, pero yo creo que ese tema con una reunión lo podemos aclarar y mejorar...”

(Profesional N° 5)

B) Subdimensión: Cumplimiento de las expectativas

✓ Indicador: Resultados Esperados

Gráfico N° 4.12: Resultados Esperados de la Derivación (Interconsulta)



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Respecto a los resultados esperados el 57,7% de los profesionales perciben estar muy satisfecho o satisfecho, el 17,9% medianamente satisfecho y el 24,4% se encuentra muy insatisfecho o insatisfecho.

Los profesionales sienten que las expectativas de lo solicitado en las derivaciones son cumplidas, dado que se obtiene una resolución a la problemática del paciente. Esta situación a su vez se respalda en que los profesionales satisfechos con los resultados esperados, reciben las contrarreferencias de los casos derivados, las que cumplen con informar la intervención realizada en la Unidad Infanto Juvenil y los resultados finales, con las sugerencias para que APS continúe trabajando con el paciente.

El grupo que se encuentra en lo medianamente satisfecho o insatisfecho (41,0%) lo relaciona a la sensación de que la Unidad solicita la realización de prestaciones que con la capacidad que ellos poseen actualmente, no pueden realizar óptimamente existiendo una alta expectativa por parte de la Unidad Infanto Juvenil. Es sabido que la APS está congestionada en las atenciones, y que los profesionales no logran dar abasto con las atenciones solicitadas en Salud Mental, sin embargo el Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2000) en su apartado 3 hace mención al desarrollo estratégico de una red de servicios de salud mental y psiquiatría, en donde se plantea que la APS debe tener la capacidad de resolución, deben realizar tanto promoción y prevención en salud mental, como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; razón por la cual lo que espera la Unidad de APS tiene relación con su deber y obligación exigida por el Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

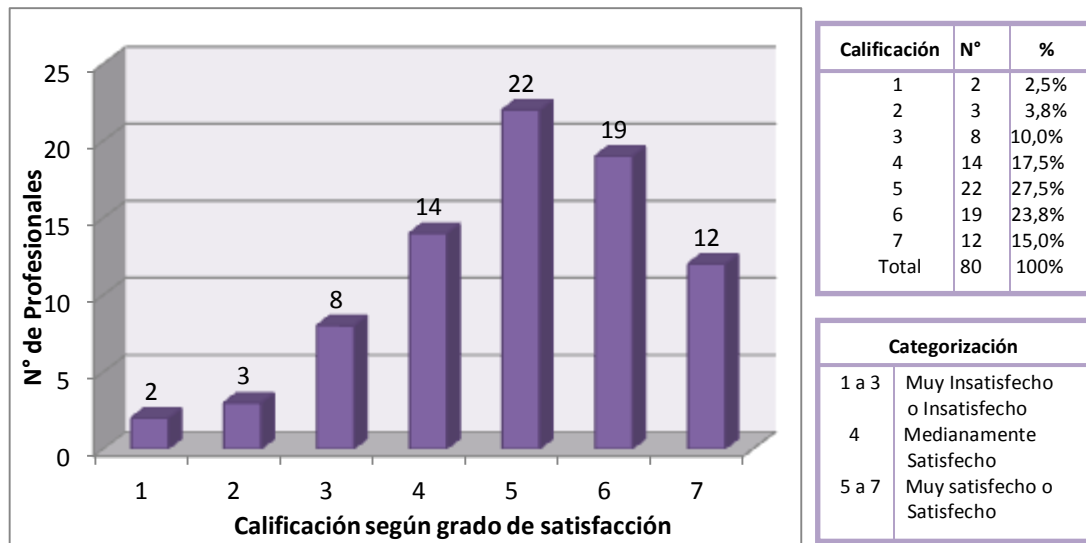
Los profesionales en relación a los Resultados Esperados dan la siguiente opinión:

*“...ellos nos piden mucho a nosotros y nosotros a ellos,
pero ninguno sabe bien los roles de cada uno, por eso
sería bueno conocernos más”*

(Profesional N° 14)

✓ **Indicador: Calidad del servicio**

Gráfico N° 4.13: Percepción de la Calidad del Servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En relación a la Calidad del Servicio el 66,3% de los profesionales expresa estar muy satisfecho o satisfecho, respaldando esta apreciación principalmente a las competencias profesionales que posee el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, elemento que aporta fiabilidad al servicio considerando a su vez efectividad, eficiencia y accesibilidad con la que se cuenta al momento de ser aceptada la derivación; obteniendo un grado de satisfacción aceptable en cuanto a la atención que reciben los pacientes derivados.

Los profesionales que reconocen estar medianamente satisfecho con la calidad del servicio que se brinda en la Unidad Infanto Juvenil (17,5%) aclaran que esta percepción es producto de lo que ocurre actualmente con las contrarreferencias las cuales no llegan a la APS, situación que se ve respaldada en los datos obtenidos en “Respuesta Recibida”.

Estas apreciaciones se enmarcan en el concepto de calidad en salud que presenta Vanormalingen (1996) quien plantea cinco elementos fundamentales para calificar un servicio como de calidad en donde se integra la excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción y el impacto final que tiene en la salud. Estas apreciaciones adjuntas a las presentadas con anterioridad confirman

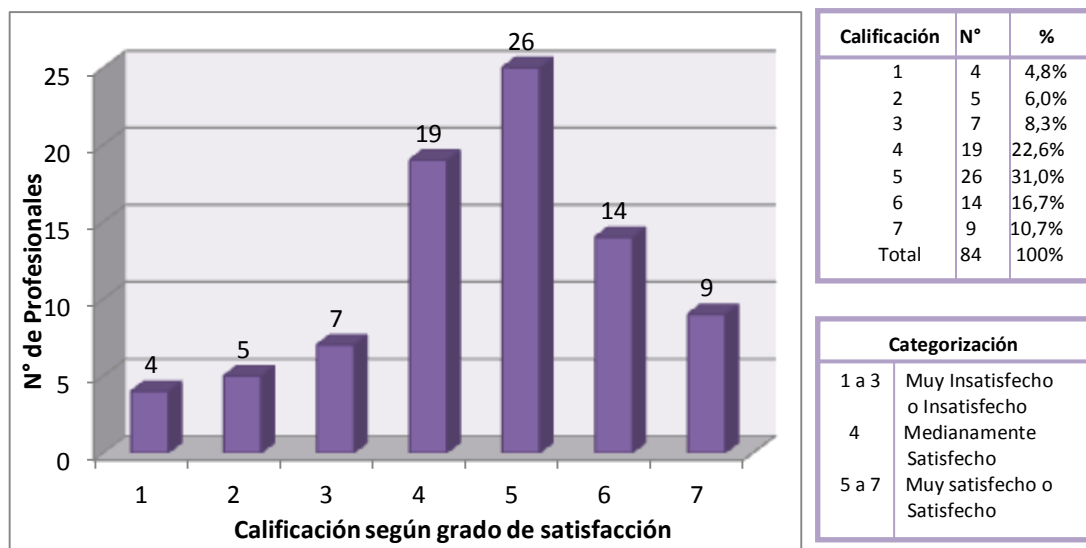
que el servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil es de calidad; así también se puede observar en la siguiente opinión:

“Los profesionales que tienen son bastante idóneos, creo que son bastantes comprometidos con la labor que realizan”

(Profesional N° 11)

✓ **Indicador: Satisfacción con el servicio**

Gráfico N° 4.14: Grado de Satisfacción con el servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La tendencia es que existe un alto porcentaje de profesionales que se sienten satisfecho con el servicio (58,4%), sabiendo que la satisfacción es resultado de la interacción de las expectativas satisfechas, valores y acontecimientos vividos por los usuarios, estos resultados al relacionarlos con lo que plantea Donabedian sobre las tres categorías en que separa los componentes fundamentales del servicio (susceptibles de generar satisfacción) quiere decir que la Unidad Infanto Juvenil cuenta con los componentes tanto técnicos, interpersonal como del entorno y sus comodidades, apropiados para el desempeño de sus funciones cumpliendo con los objetivos tanto propios como los que le exige el Plan de Salud Mental y Psiquiatría.

El grupo que asegura estar medianamente satisfecho e insatisfecho (41,7%) explica que esta percepción está condicionada a las debilidades reconocidas en las temáticas analizadas con anterioridad, sin dejar de reconocer la contribución que realiza la Unidad Infanto Juvenil a la labor que desarrollan como APS y a la red de derivación existente en la región. Tal cual se observa en el comentario a continuación:

“...pero si tu me preguntas es un apoyo? Sí, es una mirada externa, con especialidad, con psiquiatras infanto juvenil, un equipo que tiene experiencia en el tema...”

(Profesional N° 12)

2.1. Satisfacción General Dimensión Resultado

Cuadro N° 4.2: Evaluación de la Dimensión Resultado

Subdimension	Indicador	Promedio	Promedio Final
Solución de la problemática	Respuesta Recibida	4,6	4,6
Cumplimiento de las expectativas	Resultados Esperados	4,5	4,7
	Calidad del servicio	5,0	
	Satisfacción con el servicio	4,6	
Promedio Final			4,7

Nota	Categoría
5,8–7,0	Muy Satisfecho
4,6–5,7	Satisfecho
3,4–4,5	Medianamente Satisfecho
2,2–3,3	Insatisfecho
1,0–2,1	Muy Insatisfecho

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Desde la evaluación de la Dimensión Resultado, se concluye que los profesionales se encuentran Satisfechos calificando los resultados de la derivación con un 4,7. Este grado de satisfacción se sustenta principalmente en lo que respecta a la solución de la problemática, lo que indica que a pesar de que la APS identifica falencias en las respuestas recibidas ésta es la característica con más alta evaluación en lo que concierne a la dimensión

Resultado. Puesto que reconociendo que no reciben todas las contrarreferencias como ellos esperan, la Unidad Infanto Juvenil responde satisfactoriamente al paciente que ellos derivaron, logrando cumplir con la atención al paciente como se espera.

Los resultados obtenidos en la presente Dimensión surgen de las percepciones que poseen los profesionales en cada una de las subdimensiones establecidas para su evaluación, las que se exponen a continuación:

- **Subdimensión: Solución de la Problemática**

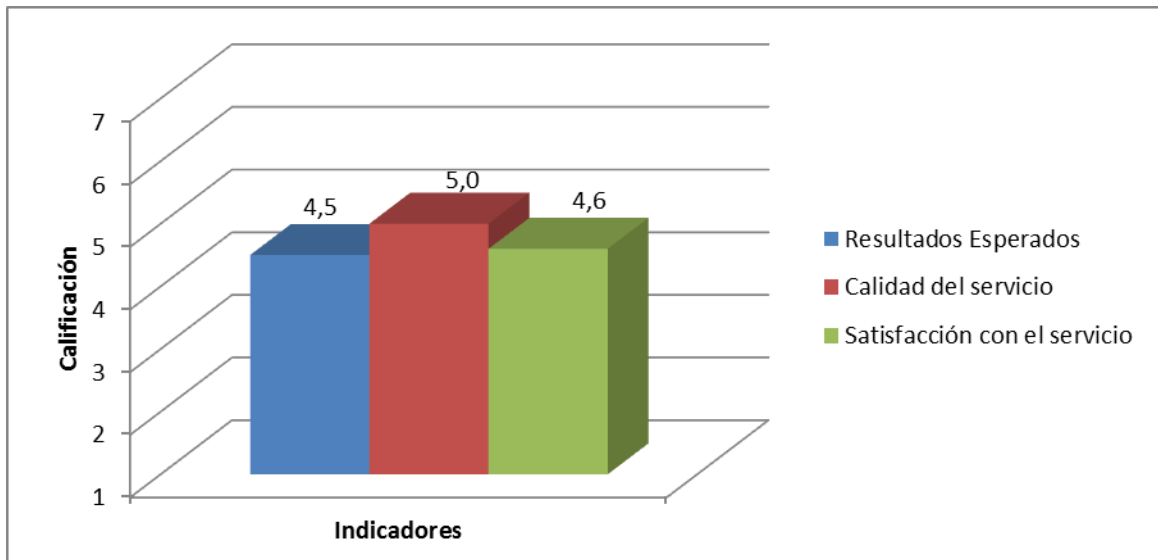
La calificación que obtiene esta subdimensión es de un 4,6, lo que ubicándolo dentro de la categorización recae en la categoría de Satisfecho.

La percepción sobre la Solución de la Problemática es satisfactoria en los casos en los cuales les ha llegado algún documento oficial (contrarreferencia) dando a conocer los motivos del alta y las intervenciones realizadas por el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, reconociendo por los avances e intervenciones que se logra con los pacientes.

El grupo de profesionales que aún no siente la satisfacción sobre la temática es porque reconoce que actualmente no reciben las contrarreferencias de todos los casos derivados a la Unidad, lo que provoca el sentimiento de incertidumbre frente a la solución de la problemática que afecta a los pacientes que derivan.

- **Subdimensión: Cumplimiento de Expectativas**

**Gráfico N° 4.15: Calificación de cada indicador de la Subdimension:
Cumplimiento de Expectativas**



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El promedio de la Subdimensión de Cumplimiento de Expectativas es de un 4,4 lo que revela que los profesionales de la red de derivación se encuentran Medianamente Satisfechos con la relación existente entre el servicio esperado y el servicio percibido.

A modo de conclusión se puede enunciar que el cumplimiento de expectativas lo perciben con un nivel medio de satisfacción lo que tiene relación principalmente con las contrarreferencias, las cuales en la actualidad algunas no llegan a la APS, lo que perjudica que el proceso culmine de manera óptima, dando como resultado que los equipos de salud mental de APS desconozcan el trabajo realizado en la unidad a los casos que envían, lo que finalmente los hace sentir medianamente satisfecho.

3. Análisis del Objetivo General.

“Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda”.

El logro del objetivo general planteado es determinado por el grado de cumplimiento de los dos objetivos específicos establecidos en la planificación metodológica de la investigación realizada.

Los datos obtenidos como resultado del levantamiento de información luego de ser saturados se posicionaron en una matriz estructurada en dos categorías: Fortalezas y Debilidades, las que se relacionan en función de las dimensiones planteadas.

A continuación se expone la matriz de debilidades y fortalezas del modelo de derivación:

Cuadro N° 4.3: Fortalezas y Debilidades del Modelo de Derivación

OBJETIVOS ESPECIFICOS	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p><i>“Describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el proceso en el que se desarrollan las prestaciones”</i></p>	<p>Proceso</p>	<p>Accesibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buena disposición del equipo de la unidad en ocasiones específicas en que se requiere de apoyo técnico, responden vía telefónica y vía mail. 	
		<p>Vinculación con el servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una buena y eficaz coordinación con la Asistente Social de la unidad, logrando obtener una buena retroalimentación de casos en los cuales es necesario. - La APS hace “todo” (Intervenciones) antes de derivar al menor. - Existe un buen protocolo de derivación resumida en la ficha de derivación que existe con el anexo de la interconsulta, en la cual se debe hacer envío de todos los antecedentes del paciente con las intervenciones ya realizadas en APS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta mayor retroalimentación con el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, para que no se pierda la información sobre los pacientes. - No se cuenta con apoyo técnico de algún profesional de la Unidad Infanto Juvenil, en las consultorías de salud mental que se realizan. - La Unidad Infanto Juvenil solicita demasiados antecedentes al minuto de derivar, aparte de llenar la ficha de derivación. - Se conoce de forma general las prestaciones de la UIJ (Psicometría, atención familiar), sin saber la función de cada profesional.

<p><i>“Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el resultado de las prestaciones”</i></p>	<p>Resultado</p>	<p>Solución de la problemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se da respuesta a las necesidades de los menores mediante un equipo multidisciplinario que entregas prestaciones de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - No llegan a la APS las contrarreferencias de los casos derivados y cuando llegan son poco claras. - No se sabe si ya obtuvieron la primera hora de atención y tampoco sobre los avances del tratamiento o evaluación.
		<p>Cumplimiento de expectativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se agradece que los niños, niñas y adolescentes cuenten con un lugar físico de atención especializada. - Confían en el equipo de la Unidad considerándolo idóneo para la labor que deben cumplir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hace falta estrechar más las relaciones profesionales, lo que provoca que existan altas expectativas desde ambos lados. - Se considera que es poco el tiempo que están los pacientes en la Unidad Infanto Juvenil en tratamiento o evaluación

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 20

En relación al **proceso** de derivación, la descripción que se alcanza a obtener en base a las percepciones de los profesionales es:

“Cuando existen ocasiones en las que APS interviene sin obtener resultados positivos y por no contar con un apoyo técnico en las consultorías Psiquiátricas que los oriente en relación a la misma, es que deciden derivar al niño, niña o adolescente a la Unidad Infanto Juvenil, de la cual poseen información general sobre las prestaciones que ésta ofrece.

Para el envío de la interconsulta APS considera que solicitan demasiados antecedentes, lo cual es de igual forma considerado positivo por parte de ellos, puesto que así se informa la situación actual del menor a los profesionales de la Unidad quienes con buena disposición comienzan a intervenir en el caso, logrando una buena coordinación en el desarrollo de ésta, sin embargo se requiere de mayor retroalimentación con la totalidad del equipo de la Unidad Infanto Juvenil”.

Al observar la descripción del proceso tal como la perciben los profesionales de la APS, se puede concluir en relación al Objetivo Específico N° 1 que se encuentra logrado satisfactoriamente, puesto que se esperaba poder llegar a describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil sobre el proceso en el que se desarrollan las prestaciones.

En lo que respecta al **resultado** que se obtiene de las prestaciones de la Unidad Infanto Juvenil, los profesionales de APS basándose en sus propias percepciones lo caracterizan de la siguiente manera:

- La Unidad Infanto Juvenil da respuesta a lo solicitado
- Es favorable que exista un lugar específico en donde se de respuesta a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes
- No llegan a la APS las contrarreferencias de la totalidad de los casos derivados
- Se desconoce el momento en que se le asigna la primera citación al caso derivado
- Se confía en el equipo en relación a la resolutiveidad de los casos

- Se desconoce los motivos de el poco tiempo que se encuentra el caso en intervención con la Unidad Infanto Juvenil
- Se requiere estrechar las relaciones profesionales con todo el equipo de la Unidad Infanto Juvenil

Ésta caracterización explica el cumplimiento satisfactorio del objetivo específico N° 2 que lograba llegar a caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, sobre el resultado de las prestaciones que ésta brinda.

Posterior a la revisión del logro de cada Objetivo Específico, se puede plantear en relación al Objetivo General que:

Cuadro N° 4.4: Grado de Satisfacción obtenido según objetivos planteados

Dimensión	Promedio	Grado de satisfacción	Objetivos
Proceso	4,8	Satisfecho	Objetivo Específico n°1: Logrado
Resultado	4,7	Satisfecho	Objetivo Específico n°2: Logrado
Final	4,8	Satisfecho	Objetivo General: Logrado

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Según las dimensiones evaluadas en el presente estudio de investigación evaluativa se puede observar que la nota final (4,8) obtenida de los promedios, establece que los profesionales de APS de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil se encuentran satisfechos en cuanto a la calidad de las prestaciones que esta brinda.

Al tener evidencias del cumplimiento de los objetivos específicos se concluye que el objetivo general se encuentra logrado satisfactoriamente puesto que tenía como finalidad el alcanzar a conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda.

II. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN TRIBUNALES DE FAMILIA

Análisis integrado cuantitativo y cualitativo de las dimensiones a evaluar en los objetivos planteados

Objetivo General: “Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la UIJ, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda”

Se procede en una primera instancia a dar a conocer el análisis de los objetivos específicos a la luz de los referentes de evaluación: Proceso y Resultado, posterior a esto y conociendo el grado de cumplimiento de cada uno, se presentará el análisis del objetivo general el que tiene sustento en los resultados obtenidos de éstos.

1. Análisis Objetivo Específico n°1

“Describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el **proceso** (accesibilidad y vinculación con el servicio) en el que se desarrollan las prestaciones”.

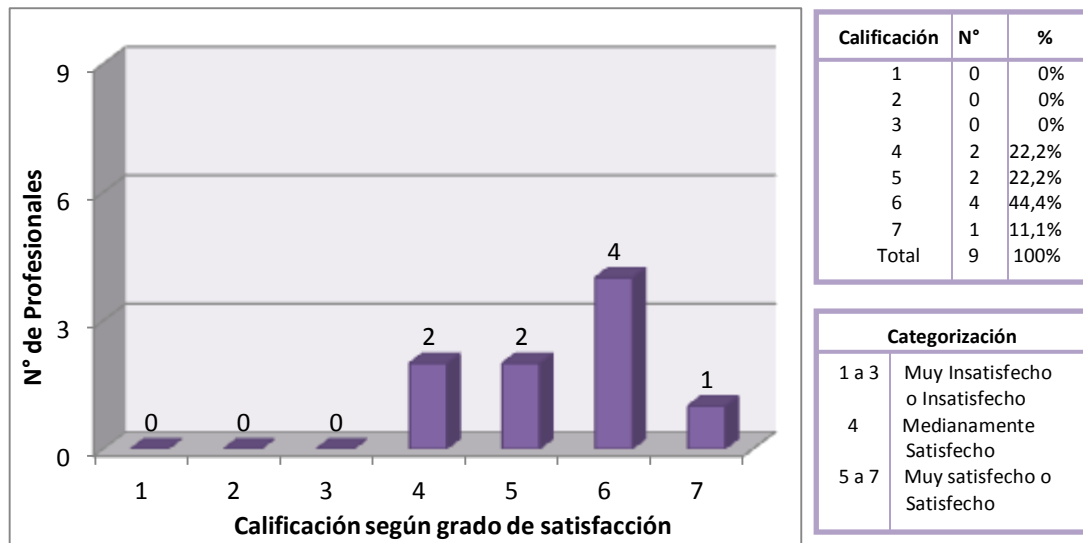
Para la evaluación del proceso de derivación a la Unidad Infanto Juvenil se establecieron dos subdimensiones: Accesibilidad y Vinculación con el servicio, cada una con sus respectivos indicadores, los cuales se presentan a continuación:

Dimensión Proceso

A) Subdimensión: Accesibilidad

✓ Indicador: Atención Telefónica

Gráfico N° 4.16: Atención Telefónica de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La tendencia del gráfico señala que el 77,7% se considera muy satisfecho o satisfecho con la atención que reciben utilizando la vía telefónica, y solo el 22,2% se encuentra medianamente satisfecho. No existiendo percepción de insatisfacción frente al ítem consultado.

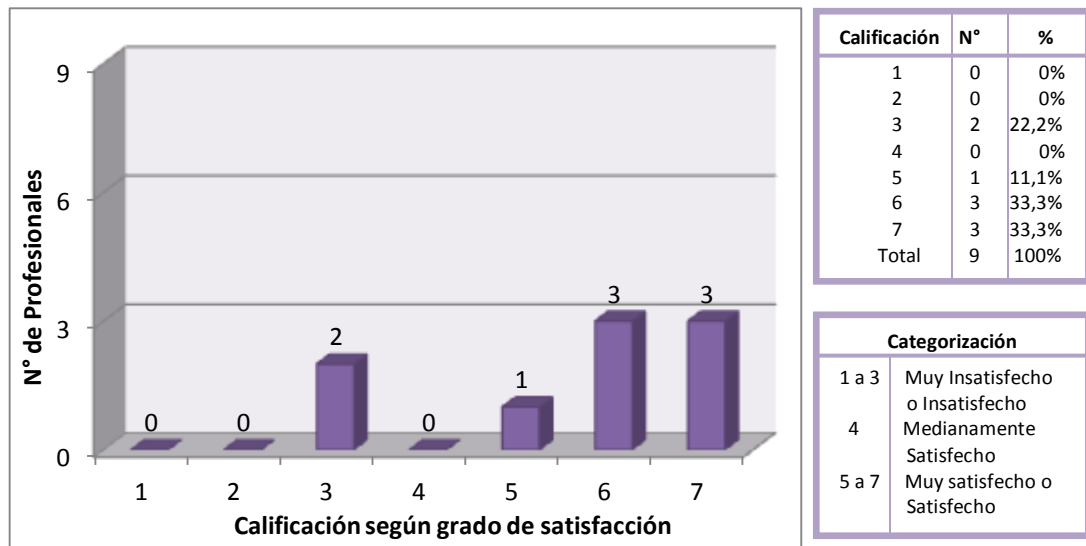
La tendencia mayoritariamente positiva de los Consejeros Técnicos se fundamenta en que éstos poseen los datos de contacto de la Unidad Infanto juvenil. Hacen referencia a que esta forma de contacto es principalmente utilizado en ocasiones en las cuales requieren de apoyo técnico interpretativo de los informes que se reciben desde la Unidad Infanto Juvenil, como también en aquellas situaciones en las cuales deben solicitar el envío del mismo. Por medio de ésta vía de contacto manifiestan obtener respuesta oportuna a sus requerimientos.

“...uno puede llamar, es expedito, uno conversa con el profesional le puede pedir mayor ilustración al respecto, hay una buena opinión en ese sentido...”

(Profesional N° 3)

✓ **Indicador: Atención vía mail**

Gráfico N° 4.17: Atención vía Mail de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

De la percepción que poseen los consejeros técnicos se obtiene que el 77,7% se considera muy satisfecho o satisfecho en respecto de la atención vía mail. Este grado de satisfacción da de manifiesto que esta vía es expedita y rápida para lograr un contacto directo con lo profesionales de la Unidad Infanto Juvenil. Éste medio se utiliza principalmente para el envío de los oficios que respaldan la derivación enviada por conducto regular, la cual se envía con la fecha respectiva de la audiencia para la que se requiere del informe que debe emitir el equipo de la Unidad.

Esta percepción de satisfacción proporciona un antecedente relevante para la consideración de la calidad de las prestaciones que brinda la Unidad, puesto que la accesibilidad es una de las dimensiones que plantea H. Palmer (1983) para considerar algún servicio como de calidad.

Una opinión consensuada al respecto, es la que a continuación se hace presente:

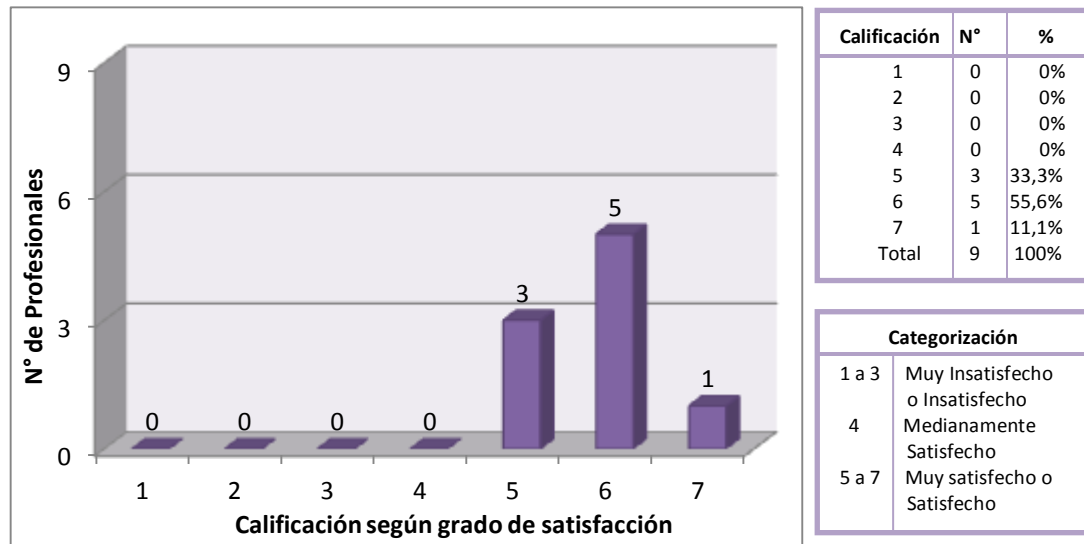
“...el proceso de derivación es bastante expedito a través de correo electrónico”

(Profesional N° 1)

B) Subdimensión: Vinculación con el Servicio

✓ Indicador: Información sobre proceso de derivación

Gráfico N° 4.18: Información que se posee sobre el proceso de derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

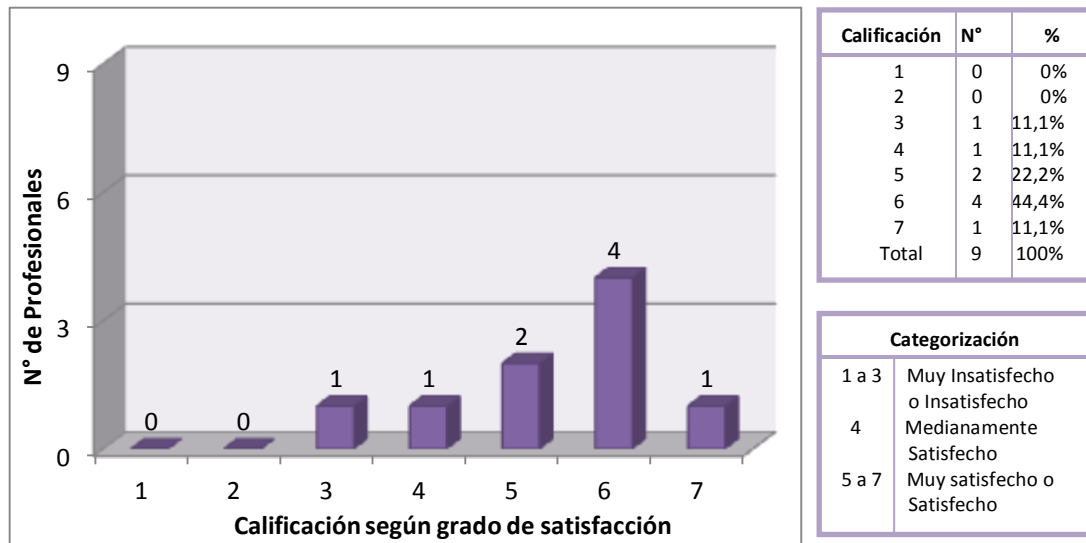
El 100% de los consejeros técnicos asegura estar satisfecho o muy satisfecho con la información que poseen del proceso de derivación, respaldándolo en el hecho de que dentro de las exigencias para el cargo se requiere tener conocimiento de las redes de infancia con las cuales deben trabajar para conseguir reparar la situación de conflicto que afecta al infante juvenil. Además debe hacer presente que la función principal que cumplen los consejeros técnicos dentro del desarrollo de un caso en donde se ve afectado el estado de bienestar de un niño, niña o adolescente, es de aconsejar al juez sobre las posibles acciones a seguir, por lo cual la información de la derivación la deben conocer apropiadamente; tal como lo señalan a continuación:

“...es importante que se tenga presente que esta derivación siempre es a sugerencia del consejero técnico que está en la sala, que es de profesión Asistente Social o psicólogo y que desde su experticia recomienda la necesidad de una derivación al centro de salud...”

(Profesional N° 3)

✓ **Indicador: Información acerca de la Unidad Infanto Juvenil**

Gráfico N° 4.19: Información que se posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En relación a la información que poseen de la Unidad Infanto Juvenil el 77,7% de los Consejeros Técnicos, declara estar muy satisfecho o satisfecho.

La tendencia que se observa en el presente ítem es mayormente satisfactoria, puesto que los Consejeros Técnicos reconocen a la Unidad Infanto Juvenil como parte de la red de infancia destacándola como una opción viable y que da respuesta a sus requerimientos oportunamente. Esto se da por la formación especializada y experiencia profesional en materias de familia o de infancia, exigencia para ejercer el cargo de Consejero Técnico que se establece en el Art. 7° de la Ley de Tribunales de Familia.

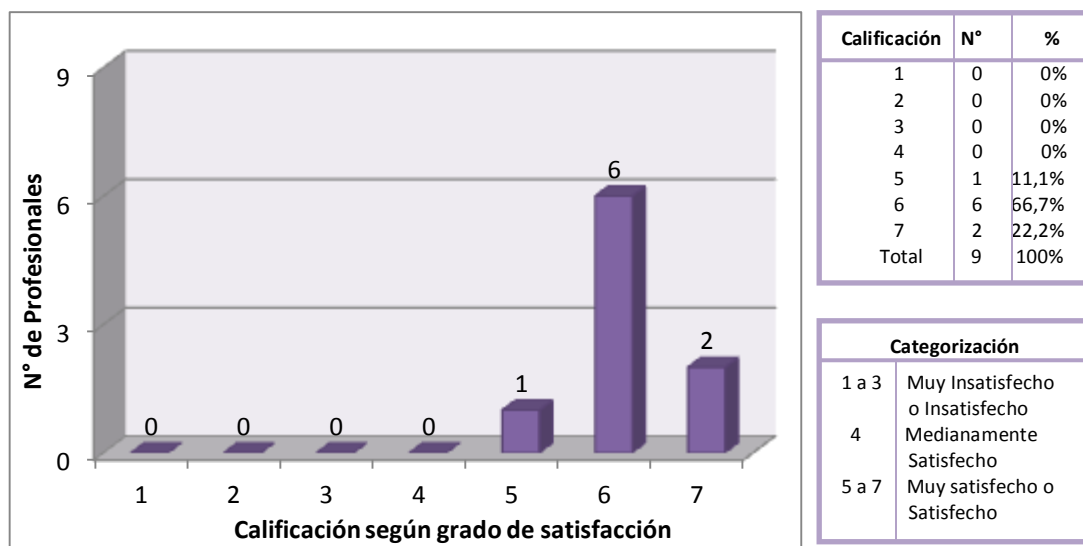
Asimismo, aseguran conocer las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil, sin embargo reconocen no dominar el perfil de usuario con el cual trabaja la unidad. Situación que se está trabajando como se muestra en la siguiente apreciación:

“...lo que hemos intentado es hacer conversaciones para poder unificar como los criterios y yo a partir de una conversación que tuve con la asistente social de la unidad donde ella me comentó la preocupación que ellos sentían producto de que habían recibido algunas derivaciones que no cumplían con el perfil de atención de la unidad”

(Profesional N° 1)

✓ **Indicador: Relación con la Unidad Infanto Juvenil**

Gráfico N° 4.20: Relación entre Tribunal de Familia y la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría Julio-Agosto 2012

En lo que respecta a la relación que se tiene con la Unidad Infanto Juvenil el 100% de los consejeros técnicos manifiesta sentirse muy satisfecho o satisfecho, de los cuales el 22,2% se siente muy satisfecho.

El grado de satisfacción alcanzado en la relación con la Unidad se respaldan en los indicadores “Atención telefónica” y “Atención vía mail”

analizados con anterioridad, en donde aseguran que las atenciones por ambos medios son eficientes logrando resolutiveidad en las consultas requeridas, logrando que un 77,7% de los consultados perciba un alto grado de satisfacción. Sin embargo, revelan sentirse marginados de las actividades (Capacitaciones, asesorías, etc.) que se realizan tanto por parte de la Unidad Infanto Juvenil como del SSVSA, para lo cual proponen que exista la oportunidad de conocerse personalmente, situación que favorecería a una mayor retroalimentación aportando a la función que debe realizar un consejero técnico el cual debe estar actualizado en la información de cada una de las instituciones de la red de apoyo de infancia con la que cuentan.

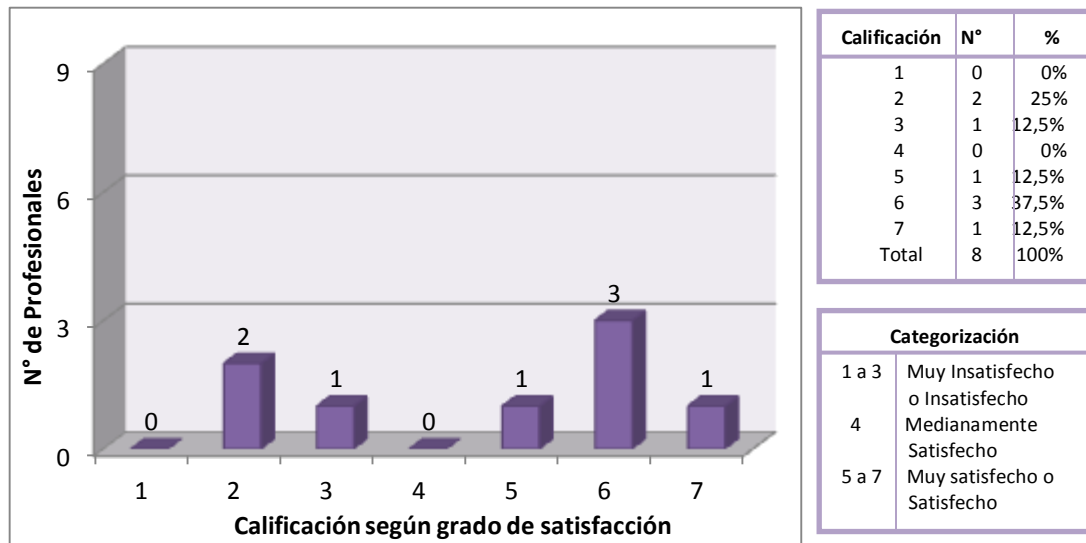
Apreciaciones que se logran observar desde el siguiente comentario:

“...que el próximo coordinador que venga pueda conocer la unidad, conocer a los profesionales, quizás tener un contacto más directo y no solo por teléfono o mail, a pesar que ayuda mucho para poder resolver las inquietudes que a veces nos dan los informes...”

(Profesional N° 2)

✓ **Indicador: Disposición para resolver dudas**

Gráfico N° 4.21: Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El grado de satisfacción alcanzado (62,5%) se respalda en los datos obtenidos de la subdimensión de accesibilidad en donde se hace presente que se utilizan las diversas vías de acceso, por las cuales los consejeros técnicos logran esclarecer las dudas que surgen de los informes de casos. Es importante mencionar que el porcentaje de insatisfacción (36,5%) explica la percepción sobre la no entrega de los informes correspondientes a la periodicidad que corresponde, el cual debe ser enviado cada 3 meses según se estipula en el Art. 76° de Ley 19.968.

Independiente el grado de satisfacción alcanzado por los consejeros técnicos, éstos en su totalidad reconocen la preocupación que tiene la Unidad Infanto Juvenil de mantener una actitud de apertura y coordinación permanente con la red en búsqueda de un trabajo colaborativo, tal como lo señalan en los valores que rigen su desempeño.

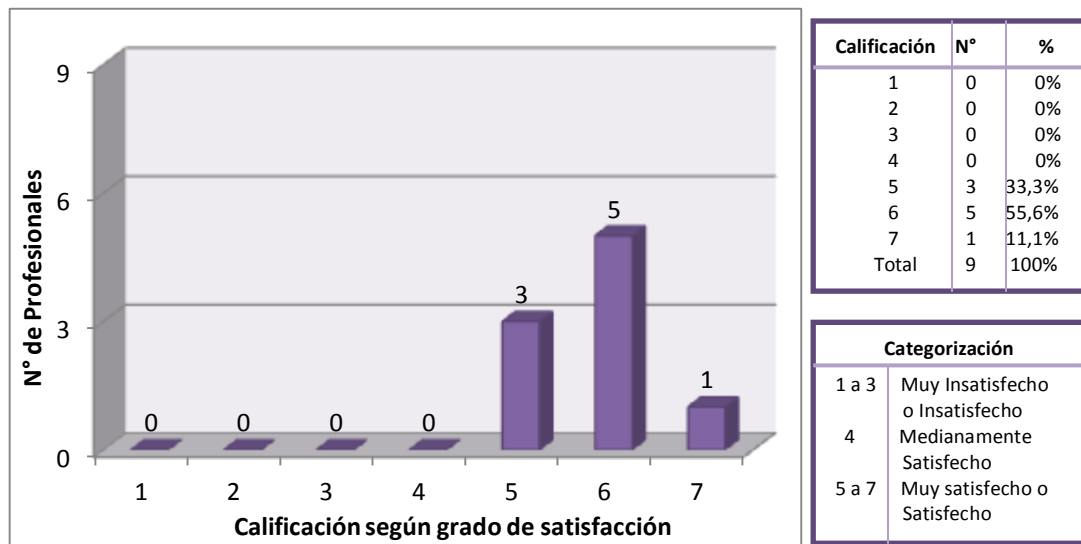
Asimismo destacan la presencia de algún profesional de la Unidad Infanto Juvenil a las audiencias en las cuales es necesario de su experticia, instancia en que se cuenta con la disponibilidad del profesional para la resolución de dudas existentes en relación a algún otro caso, tal como se hace mención a continuación:

“...hay un compromiso que se ve desde los profesionales, eso de venir a la audiencia es un recurso bastante valorado por el tribunal, por el mismo juez, hay una claridad al respecto de que lo que está pasando con este niño, cuestión que no es tan posible de ver en un informe...”

(Profesional N° 3)

✓ **Indicador: Proceso de derivación**

Gráfico N° 4.22: Percepción sobre proceso de derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La tendencia que se observa claramente es que del 100% de los consultados que equivale a los 9 consejeros técnicos, perciben estar muy satisfecho o satisfechos con el proceso de derivación.

Los consejeros técnicos consideran que el proceso de derivación es expedito y cómodo, del cual se poseen requerimientos claros para poder derivar, obteniendo respuesta oportuna a la necesidad del paciente.

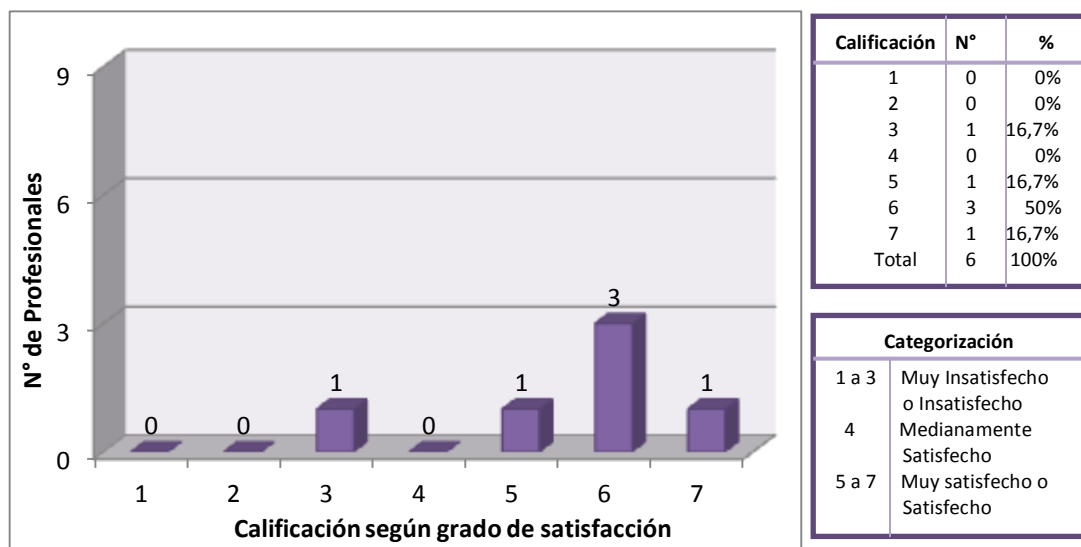
Destacan que favorece al proceso de derivación el hecho de que en la actualidad las derivaciones que emitan desde los Tribunales de Familia o de Garantía deben llegar a la Unidad Infanto Juvenil por medio de la Unidad de Psiquiatría Forense; evitando hacer gestiones intermedias como hacer la derivación por medio de la APS. Situación que se puede observar en la siguiente apreciación:

“...pero ha sido súper bueno el nosotros poder mandar directamente, o sea ya no seguir el canal ese de que primero tiene que pasar a la atención primaria, así es más rápido todo...”

(Profesional N° 1)

✓ **Indicador: Derivación de Tribunal a la Unidad Infanto Juvenil**

Gráfico N° 4.23: Derivación de Tribunal de Familia a la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El alto grado de satisfacción (66,7%) que se logra obtener en el presente ítem se relaciona directamente con el indicador de “Información que se posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil” y “Proceso de derivación”, dado que al reconocer a la Unidad Infanto Juvenil como un opción viable al interior de la red de infancia, los Tribunales de Familia (Consejeros Técnicos)

pueden realizar la derivación directamente a la Unidad Infanto Juvenil, lo que favorece positivamente a acceder a la obtención de la primera hora de atención de los casos en un tiempo acotado a la necesidad de los mismos.

La red de justicia es un contexto obligado para la Unidad Infanto Juvenil dentro de los usuarios que solicitan la prestación de servicios. Cuando desde un Tribunal de Familia o Garantía decide derivar a un infanto juvenil debe cumplir con el flujo establecido, en el cual todos los pacientes derivados deben ingresar por medio de la Unidad de Psiquiatría Forense con la respectiva Acta de Audiencia u Oficio por parte de un Tribunal de Familia o Tribunal de Garantía, a la Unidad Infanto Juvenil para posteriormente asignar la primera hora de atención en donde se evalúa para un posterior tratamiento.

La Unidad Infanto Juvenil trata de otorgar la primera hora de atención dentro de plazos breves en pro del bienestar del menor, priorizando según la urgencia de la situación.

Percepción que se resume en la siguiente apreciación:

“...pero en términos de derivaciones es bastante expedito, es bastante oportuna la respuesta casi en todos los casos, o sea igual la demanda debe der bastante amplia me imagino yo y en esa medida también van atendiendo los casos...”

(Profesional N° 3)

1.1. Satisfacción General Dimensión Proceso

Cuadro N° 4.5: Evaluación de la Dimensión Proceso

Subdimensión	Indicador	Promedio	Promedio final	Nota	Categoría	
Accesibilidad	Atención telefónica a la UIJ	5,5	5,7	5,8–7,0	Muy Satisfecho	
	Atención Vía mail a la UIJ	5,8				
Vinculación con el servicio	Información que posee sobre el proceso de derivación	5,8	5,6	4,6–5,7	Satisfecho	
	Información que posee de la UIJ	5,3				
	Relación con la UIJ	6,1		3,4–4,5	Medianamente Satisfecho	
	Disposición para resolver dudas por parte de la UIJ	5,0				
	Proceso de derivación	5,8		2,2–3,3	Insatisfecho	
	Derivación del APS a la UIJ	5,7				
Promedio final					1,0–2,1	Muy Insatisfecho
			5,7			

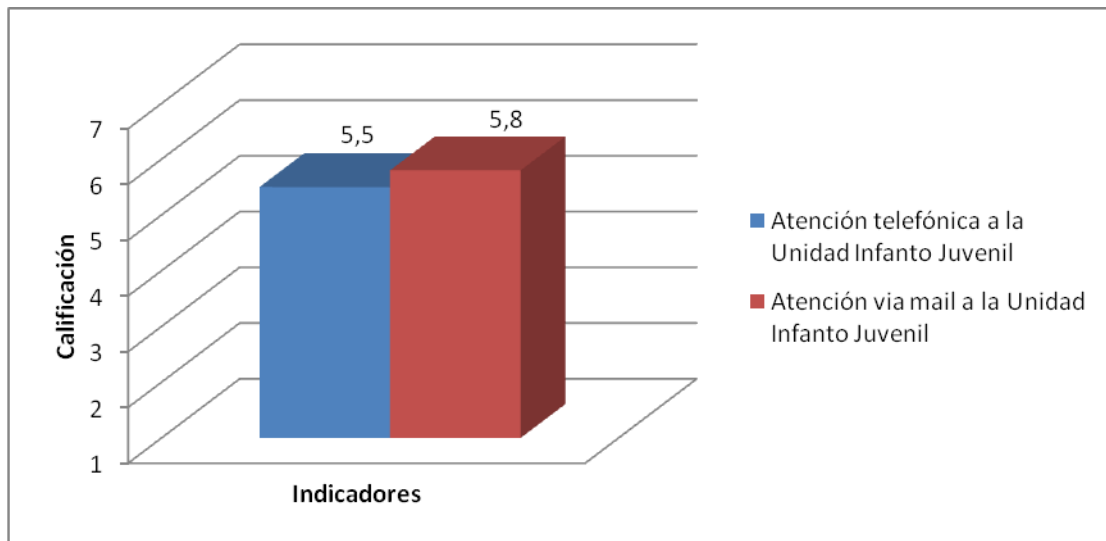
Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Para lograr la evaluación de la Dimensión Proceso establecida en la formulación del diseño de evaluación, se consideraron dos subdimensiones: accesibilidad y vinculación con el servicio. Los Consejeros Técnicos le entregaron una calificación a cada una de estas de las cual se obtiene una nota de 5,7 para la Dimensión, lo que según la categorización planteada indica que los profesionales de la red de derivación en general se encuentran satisfechos con éste proceso, es decir desde el momento en que deciden aconsejar o sugerir al Juez la derivación del niño, niña o adolescente, enviando el oficio a la Unidad Infanto Juvenil, hasta que es aceptado el menor dándose la primera hora de atención o bien es rechazada la solicitud la cual es de vuelta mediante un oficio hacia el tribunal dando las razones pertinentes.

A continuación se expone el detalle de los datos obtenidos en cada una de las subdimensiones evaluadas, para comprender el grado de satisfacción alcanzado por los Consejeros Técnicos, según su percepción de la Dimensión Proceso:

- **Subdimensión: Accesibilidad**

**Gráfico N° 4.24: Calificación de cada indicador de la Subdimensión:
Accesibilidad**



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

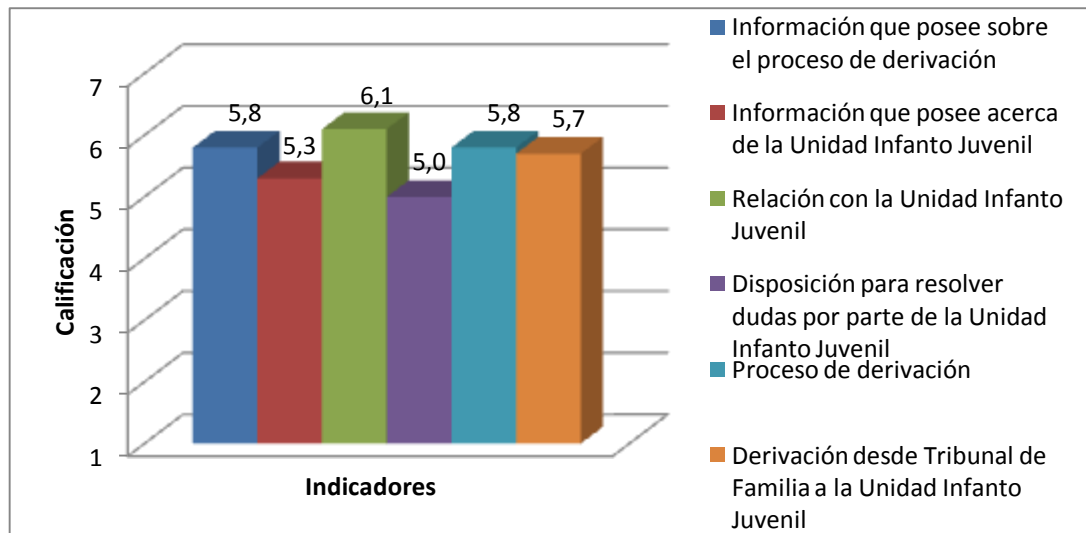
De las notas obtenidas en cada un de los indicadores se obtiene como resultado que los consejeros técnicos se consideran Satisfechos en relación a la Accesibilidad logrando una nota 5,7.

Se puede extraer a modo de conclusión que los Consejeros Técnicos logran percibir una buena accesibilidad a la Unidad infanto Juvenil, puesto que al momento de querer comunicarse con algún profesional de la unidad, ya sea telefónicamente o vía mail no presentan ninguna dificultad pues conocen los detalles para realizar el contacto el cual lo describen como medios lo suficientemente expeditos, destacando que ésta situación potencia el acercamiento a los profesionales.

Queda de manifiesto que al momento de tener alguna duda los consejeros técnicos con algún informe o caso, acceden a la Unidad Infanto Juvenil cumpliendo así a su vez con lo que el equipo de propuso en su manual operativo el cual busca potenciar el trabajo en equipo con la red de trabajo, favoreciendo sin duda la situación actual que aqueja al niño, niña o adolescente.

- **Subdimensión: Vinculación con el Servicio**

Gráfico N° 4.25: Calificación de cada indicador de la Subdimensión: Vinculación con el Servicio



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El grado de Satisfacción que se obtiene como promedio de los indicadores que conforman a la subdimensión presente es de Satisfecho logrando obtener un 5,6.

Como conclusión se obtiene que los Consejeros Técnicos entrevistados perciben una buena Vinculación con la Unidad Infanto Juvenil, reconociendo que poseen información en cuanto a lo relativo al proceso de derivación y a la Unidad, considerando a ésta como un recurso positivo dentro de la red de infancia, existiendo actualmente dudas en cuanto al perfil de atención de los pacientes (niños, niñas y/o adolescentes) que pueden acceder a la prestación de servicios.

Con respecto a la relación que poseen los Consejeros Técnicos con la Unidad Infanto Juvenil es positiva, puesto que si bien no conocen a todos los profesionales en persona destacan la disponibilidad que tienen estos al momento de responder las dudas o solicitar algún informe. A su vez destacan que un profesional, en este caso la Asistente Social de la Unidad, acuda a las audiencias en los Tribunales de Familia colaborando en explicar y defender la postura de los informes realizados por el equipo; situación que denota un compromiso por el bienestar de los infante juveniles.

Finalmente en relación a la subdimensión, los Consejeros Técnicos declaran tener la disponibilidad para asistir a actividades o capacitaciones que realiza la Unidad Infanto Juvenil, considerando que es una instancia de acercamiento con los profesionales de la Unidad.

2. Análisis Objetivo Especifico n° 2

“Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el **resultado** (solución de la problemática, cumplimiento de las expectativas) de las prestaciones”

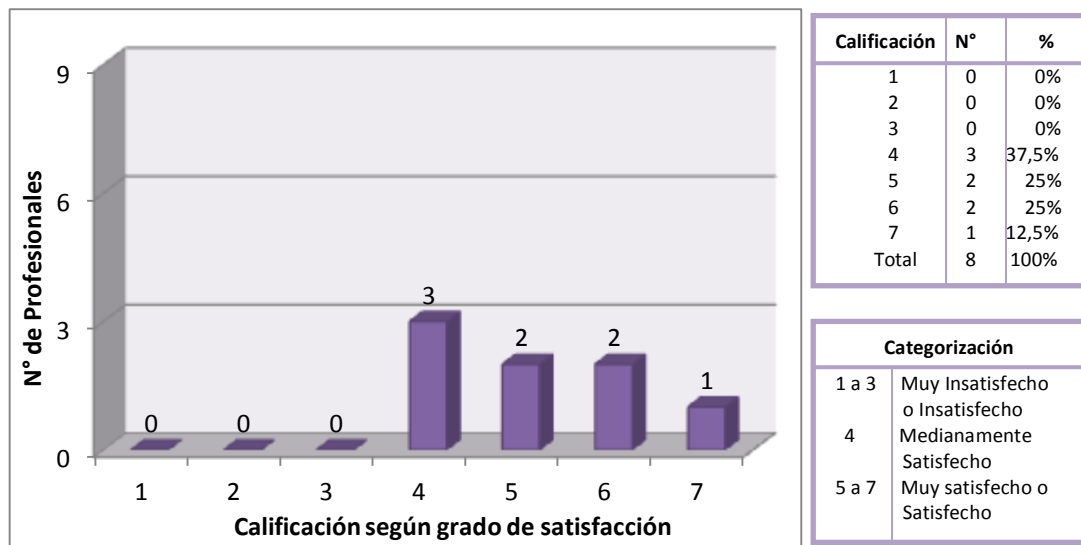
Para lograr evaluar la presente dimensión se establecieron dos subdimensiones (solución de la problemática y cumplimiento de las expectativas), a continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de ellas.

Dimensión Resultado

A) Subdimensión: Solución de la problemática

✓ **Indicador: Respuesta Recibida**

Gráfico N° 4.26: Respuesta Recibida de la derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El 62,5% de los consejeros técnicos que asegura estar muy satisfecho o satisfecho con la respuesta recibida, lo fundamenta en las ocasiones en que ha sido necesario o relevante la presencia de algún profesional del equipo de la Unidad Infanto Juvenil, ellos han acudido a la audiencia colaborando en la explicación y aclaración de los informes realizados por el equipo; favoreciendo al proceso judicial de vulneración del niño, niña o adolescente. Situación que establece, se cumple con la dimensión de Eficiencia (H. Palmer, 1983) que se debe considerar para la evaluación de un servicio de calidad.

El grupo plantea estar medianamente satisfecho se basa principalmente en el aspecto de que la Unidad Infanto Juvenil no cumple con el envío de los avances de los casos a la periodicidad que corresponde, la cual esta regulado por el Art. 76 de la Ley 19968 donde se obliga a informar en un periodo de 3 meses el desarrollo de la medida adoptada; teniendo los

consejeros técnicos que solicitar en varias ocasiones el envío de la misma. Estos informes son de suma importancia para las audiencias, puesto que depende de la información que proporcione el informe la decisión que determinará el juez influyendo en la situación de vulnerabilidad que afecta al infanto juvenil, razón por la cual es relevante que los consejeros técnicos puedan contar con los informes con días de anticipación a la audiencia para alcanzar a analizarlos e interpretarlos correctamente.

Aún existiendo grados de satisfacción posicionados en diferentes categorías, los Consejeros Técnicos concuerdan en reconocer el compromiso que adopta el equipo de la Unidad Infanto Juvenil tanto con el paciente como con la familia de éste, dejándolo en evidencia:

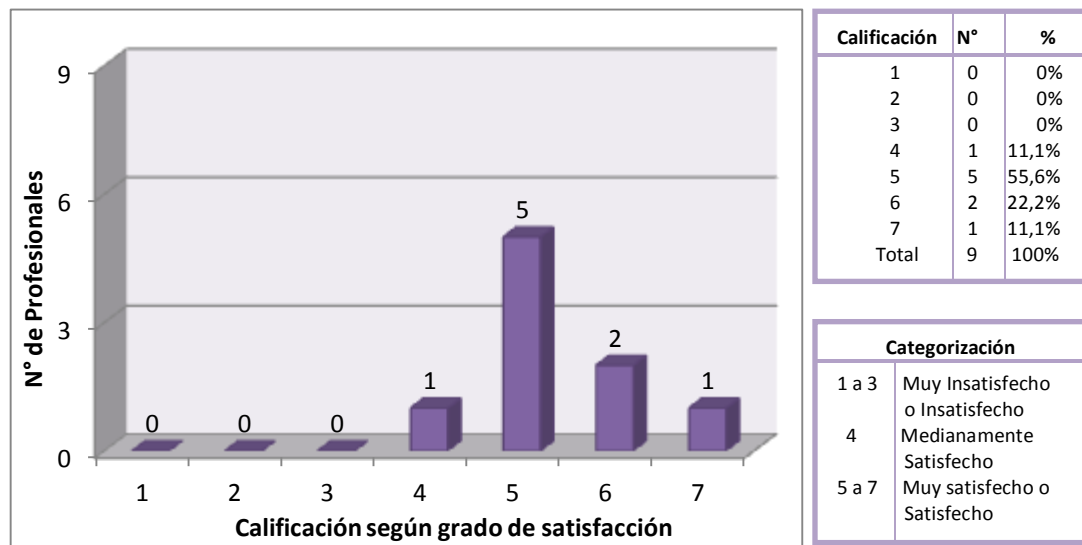
“...claramente el que venga un profesional ahí se nota el compromiso que hay con esa familia, con esa situación que está pasando y como la están enfrentando, creo que eso también ha marcado una distinción...”

(Profesional N° 3)

B) Subdimensión: Cumplimiento de las Expectativas

✓ Indicador: Resultados Esperados

Gráfico N° 4.27: Resultados Esperados de la Derivación



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En relación a los datos obtenidos se observa que los Consejeros Técnicos se declaran muy satisfechos o satisfechos en relación a los resultados que esperan de las derivaciones que realizan y envían a la Unidad Infanto juvenil, reconociendo la Efectividad (H. Palmer, 1983) existente en la prestación de servicios. Percepción que se basa en que el tiempo que existe actualmente entre que es enviada una derivación y se obtiene la primera hora de atención al infante juvenil, es oportuna en cuanto a la necesidad que afecta al paciente, favoreciendo al proceso judicial en el cual se ve involucrado con su familia.

La Unidad Infanto Juvenil no tiene la obligación de dar respuesta a todas las derivaciones recibidas desde los tribunales, si no corresponde al perfil de atención que posee la Unidad se debe formular un oficio de respuesta al Tribunal derivador, el cual es enviado por la Unidad de Psiquiatría Forense.

En las ocasiones en las que se han derivado niños, niñas o adolescente que no concuerdan con el perfil de usuario (paciente) con el cual se trabaja en la Unidad, los profesionales de la Unidad Infanto Juvenil,

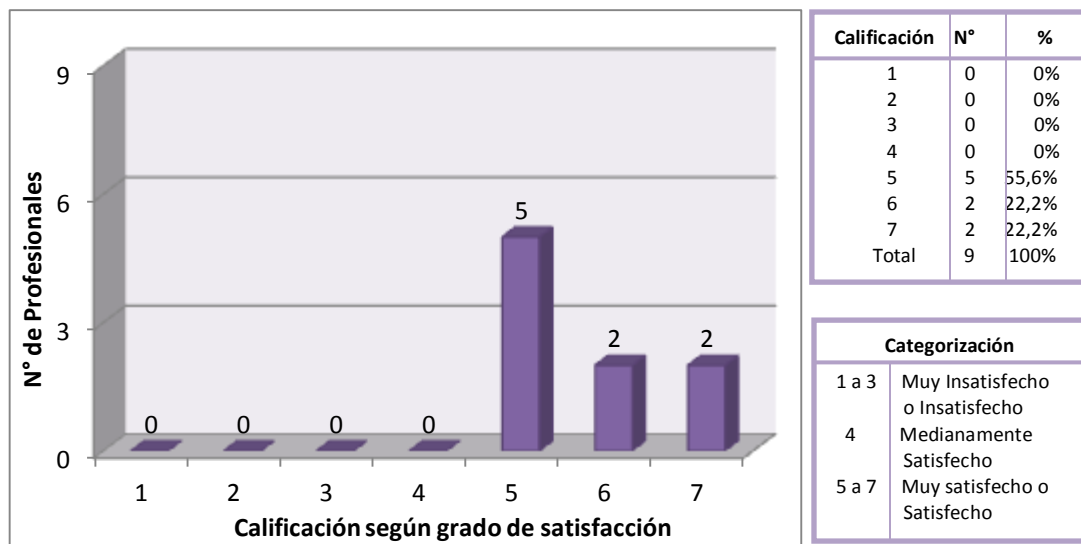
comprendiendo la situación de vulnerabilidad y proceso judicial en la cual se ve inmerso el paciente, intenta dar respuesta a lo solicitado por el Tribunal derivador. Por esta razón los Consejeros Técnicos se sienten Satisfechos y lo dan a conocer en la siguiente apreciación:

“...respecto del resultado de la derivación, creemos que ha sido bastante buena, en especial tengo que decir que mi opinión es bastante beneficiosa porque a pesar de que se y estoy en conocimiento por lo que me informo la asistente social que ha habido derivaciones que no han sido de la pertinencia que los profesionales consideran, igual las han acogido, igual han dado respuesta...”

(Profesional N° 1)

✓ **Indicador: Calidad del Servicio**

Gráfico N° 4.28: Percepción de la Calidad del Servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría Julio-Agosto 2012

Es un precedente importante de destacar que el 100% de los consultados tenga la percepción de sentirse satisfecho o muy satisfecho frente a la calidad del servicio que se otorga en la Unidad Infanto Juvenil destacando ampliamente la calidad y compromiso de los profesionales que conforman el equipo, considerando las intervenciones que realizan, la calidad de los informes que remiten, y la preocupación que demuestran frente a los

casos derivados asistiendo en ocasiones a las audiencias para esclarecer la situación del menor. Además, expresan que la resolución de las problemáticas que afectan a los niños, niñas y/o adolescentes es resuelta, los diagnósticos son claros y los tratamientos efectivos, logran observar los cambios en el comportamiento de los casos.

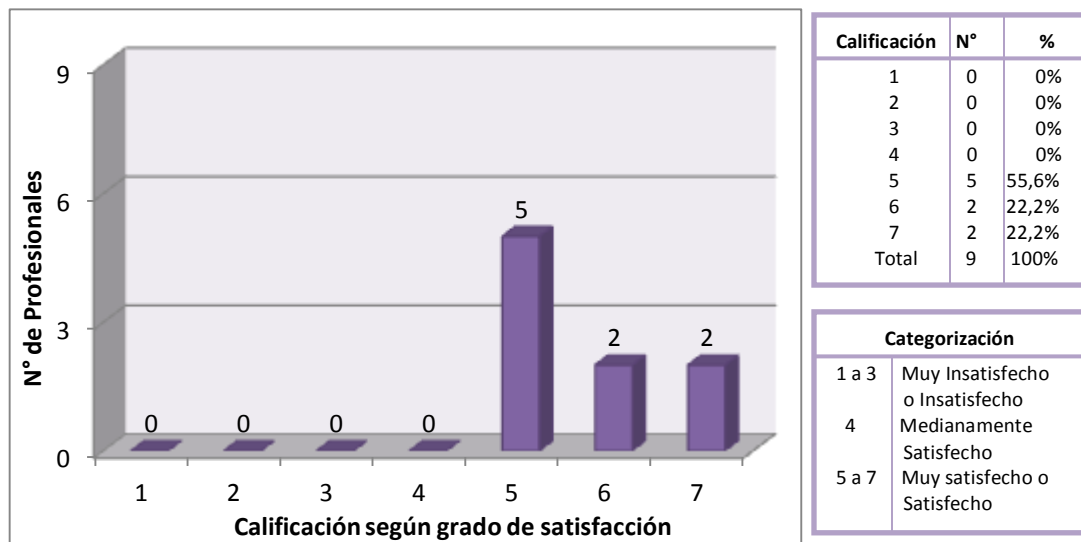
La percepción sobre la calidad del servicio de la Unidad Infanto Juvenil que poseen los Consejeros Técnicos, en base a las Competencias Profesionales (H. Palmer, 1983), se logra apreciar en el siguiente comentario:

“...hay un compromiso que se ve desde los profesionales, eso de venir a la audiencia es un recurso bastante valorado por el tribunal, por el mismo juez, hay una claridad al respecto de que lo que está pasando con este niño...”

(Profesional N° 3)

✓ **Indicador: Satisfacción con el Servicio**

Gráfico N° 4.29: Grado de Satisfacción con el servicio que brinda la Unidad Infanto Juvenil



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría Julio-Agosto 2012

El indicador de Satisfacción con el servicio es una síntesis evaluativa de los indicadores previos, pues se espera que el consejero técnico pueda realizar un balance de entre los resultados esperados y los resultados obtenidos, considerando las pérdidas y ganancias de estos.

El 100% de los consultados se consideran satisfechos respaldándolo en la buena percepción que poseen los consultados en relación a la prestación de servicios que brinda la Unidad Infanto Juvenil, en la accesibilidad que existe hacia la Unidad, la vinculación con el equipo, la solución a las derivaciones enviadas y el cumplimiento de expectativas en torno al caso. Esta situación indica que existe la Aceptatibilidad (H. Palmer, 1983) para considerar la evaluación de los servicios basados en el concepto de Calidad.

La apreciación de los Consejeros Técnicos en relación a la Satisfacción con el servicio se representa en la siguiente opinión:

“...pero en términos de respuesta si nos tiene bastante bien pero no hay que desconocer que evidentemente es un sistema público, el colapso el no generar de repente oportunidad, y va a tener un tiempo de espera, pero insisto que es lo que tenemos en nuestra jurisdicción y nos ha venido muy bien...”

(Profesional N° 2)

2.1. Satisfacción General Dimensión Resultado

Cuadro N° 4.6: Evaluación de la Dimensión Resultado

Subdimensión	Indicador	Promedio	Promedio Final	Nota	Categoría
Solución de la problemática	Respuesta Recibida	5,1	5,1	5,8–7,0	Muy Satisfecho
Cumplimiento de las expectativas	Resultados Esperados	5,3	5,6	4,6–5,7	Satisfecho
	Calidad del servicio	5,7		3,4–4,5	Medianamente Satisfecho
	Satisfacción con el servicio	5,7		2,2–3,3	Insatisfecho
Promedio Final			5,4	1,0–2,1	Muy Insatisfecho

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

La dimensión Resultado evaluada obtiene según los Consejeros Técnicos un 5,4 lo que indica que se encuentran Satisfechos con la calidad de las respuestas que se obtienen en las derivaciones a la Unidad Infanto Juvenil.

Como se pudo observar en el análisis de cada indicador de medición que se establecieron para esta dimensión, éste resultado tiene justificación en la percepción que poseen los consejeros técnicos de los Tribunales de Familia con las respuestas recibidas por parte de la Unidad Infanto Juvenil, los cuales dan respuesta oportuna a los casos derivados existiendo ocasiones en las cuales alguno de ellos no corresponden al perfil de atención. A su vez, los consultados consideran que los profesionales que conforman el equipo de la Unidad son comprometidos con su labor, son idóneos para el cargo que desempeñan y especializados en la materia, caracterizando así la calidad técnica de éstos.

Para comprender de donde surge el presente Grado de Satisfacción, es que a continuación se presenta el resultado obtenido en cada subdimensión de evaluación:

- **Subdimensión: Solución de la Problemática**

Como se puede observar la medición de la presente subdimensión se estableció solo un indicador el cual nos indica desde el levantamiento de

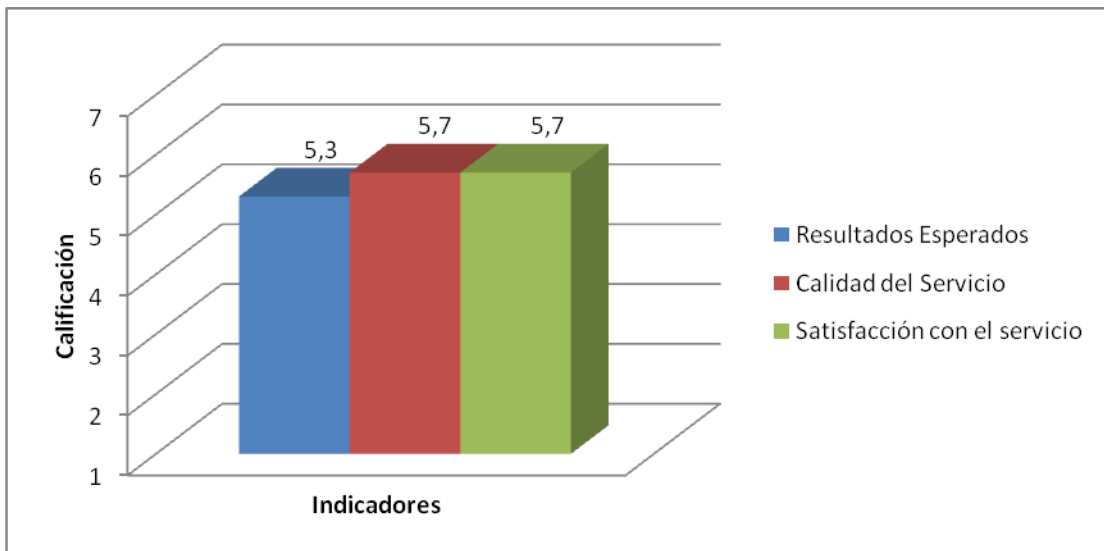
información cuantitativa, que los consejeros técnicos en relación a la solución de la problemática se encuentran satisfechos con una calificación de 5,1.

Los Consejeros Técnicos explican su grado de satisfacción describiendo que la Unidad Infanto Juvenil es una opción viable y efectiva para la resolución de los casos que requieren alguna intervención especializada, otorgando siempre una respuesta a las derivaciones que ellos envían. Sin embargo, ocurre que no se envía el informe de avance en la mayoría de los casos que derivan, siendo que el Art. N° 76 de la Ley de Tribunales de Familia estipula que el responsable del programa en donde se cumple con lo que se solicita en la medida adoptada (derivación) tiene la obligación de informar cada tres meses acerca del desarrollo del proceso y de la situación en la que se encuentra el niño, niña o adolescente.

A pesar de no informar el avance de los tratamientos como establece la ley 19968, los Consejeros Técnicos reconocen que la Unidad es un apoyo fundamental a la gestión que desempeñan los Consejeros Técnicos puesto que la sugerencia o consejo que otorgue al juez que llega alguna causa debe ser una opción real de mejora a la situación actual que afecta al niño, niña o adolescente.

- **Subdimensión: Cumplimiento de las Expectativas**

**Gráfico N° 4.30: Calificación de cada indicador de la Subdimensión:
Cumplimiento de Expectativas**



Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Al consultar sobre el cumplimiento de las expectativas, los consejeros técnicos que conforman el consejo técnico de los tribunales de familia de San Antonio, Casablanca y Valparaíso manifiestan estar Satisfechos calificando con promedio 5,6 a esta subdimensión.

Los datos obtenidos cuantitativamente se logran ver respaldados en los datos levantados cualitativamente, en los cuales los consejeros técnicos aseguran recibir resultados cumpliendo con las expectativas que ellos poseen, con una atención de calidad basada principalmente en la calidad de los profesionales de la Unidad Infanto Juvenil, por estos motivos sienten estar Satisfechos con el servicio que brinda la Unidad destacando que es una opción confiable dentro de la red de infancia.

3. Análisis del Objetivo General

“Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la UIJ, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda”.

La medición del logro del objetivo general se limita por el grado de cumplimiento de los objetivos específicos establecidos en la planificación metodológica de la evaluación realizada.

Los datos obtenidos como resultado del levantamiento de información luego de ser saturados se posicionaron en una matriz segmentada en dos categorías: Fortalezas y Debilidades, las que se relacionan en función de las dimensiones planteadas.

A continuación se presenta la matriz de debilidades y fortalezas del modelo de derivación:

Cuadro N° 4.7: Fortalezas y Debilidades del Modelo de Derivación

OBJETIVOS ESPECIFICOS	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<i>“Describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el proceso en el que se desarrollan las prestaciones”</i>	Proceso	Accesibilidad	- El proceso de derivación es bastante expedito a través de correo electrónico y también mediante el telefónico ya que se puede conversar directamente con el profesional y pedir mayor información u orientación respecto algún caso.	
		Vinculación con el servicio	- Existe una buena coordinación con los profesionales de la red. - Buena recepción de los casos por parte del equipo de la Unidad Infanto Juvenil.	- Escaso conocimiento de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil.
<i>“Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la UIJ, sobre el resultado de las prestaciones”</i>	Resultado	Solución de la problemática	- Se logra obtener la primera hora médica en forma oportuna para el paciente. -Se ha logrado obtener buenos resultados de las derivaciones enviadas.	- Existen algunos casos en los cuales no llegan informes de avances de los casos derivados. .
		Cumplimiento de expectativas	- Existe la disposición para participar de charlas, capacitaciones o seminarios para potenciar la retroalimentación.	- Falta información sobre la recepción de la derivación o ingreso del caso

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Conociendo las percepciones de los Consejeros Técnicos en torno al proceso en el que se desarrollan las derivaciones realizadas a la Unidad Infanto Juvenil es que se puede hacer mención de la manera en la que describen éste **proceso**:

“Cuando se decide aconsejar sobre una derivación se considera como una opción confiable a la Unidad Infanto Juvenil, aun cuando exista un escaso conocimiento sobre las prestaciones que ofrece, sin embargo el equipo de la Unidad otorga una buena recepción a los casos derivados. Cuando es aceptado el caso existe durante el desarrollo de la atención al infanto juvenil, una buena coordinación con los profesionales que intervienen, por lo que sin duda favorece a que el proceso sea expedito”.

Conociendo la percepción que poseen los Consejeros Técnicos del proceso de las derivaciones, se concluye que el objetivo específico N° 1 establecido en la presente evaluación, se cumple de manera satisfactoria puesto que se logra describir la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, sobre el proceso en el que se desarrollan las prestaciones.

En relación a las percepciones que poseen sobre el **resultado** de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil, los Consejeros Técnicos la caracterizan de la siguiente forma:

- Cuando se deriva se logra obtener la primera hora médica en forma oportuna para el infantojuvenil
- Se ha logrado buenos resultados de las derivaciones que se envían a la Unidad
- Los Consejeros Técnicos poseen la disposición de participar en charlas, capacitaciones o seminarios que realice la Unidad Infanto Juvenil
- Actualmente existen casos de los cuales no se reportan los avances en el tratamiento
- Se requiere información sobre la recepción de el ingreso del caso derivado

La presente caracterización de la percepción de los Consejeros Técnicos sobre el resultado de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil, demuestra que la investigación evaluativa cumple satisfactoriamente con lo que se establece en el objetivo específico N° 2 “Caracterizar la percepción que poseen los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, sobre el resultado de las prestaciones”.

Conociendo el logro de cada objetivo específico se puede establecer en relación al objetivo general que:

Cuadro N° 4.8: Grado de Satisfacción obtenido según objetivos planteados

Dimensión	Promedio	Grado de satisfacción	Objetivos
Proceso	5,7	Satisfechos	Objetivo Específico n°1: Logrado
Resultado	5,4	Satisfechos	Objetivo Específico n°2: Logrado
Final	5,6	Satisfechos	Objetivo General: Logrado

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

El promedio final de Satisfacción (5,6) que se obtiene de los promedios de las dimensiones establecidas (Proceso y Resultado), indica que los Consejeros Técnicos que participan de la red de derivación, se encuentran satisfechos con la calidad de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil. Quedando de manifiesto el cumplimiento satisfactorio del objetivo general el que buscaba conocer el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda.

CAPÍTULO V

Plan de Mejoramiento

*“Si quieres lograr resultados diferentes,
tienes que hacer cosas diferentes”
(Albert Einstein)*

Presentación

A partir de los resultados obtenidos en el proceso de recolección de datos y posterior análisis de estos, se evidencian determinados aspectos a mejorar, los cuales se basaran en las debilidades encontradas en los principales hallazgos de la investigación de satisfacción usuaria.

Se realizaran dos planes de mejoramiento, el primero para dar respuesta a las debilidades de APS y el segundo para dar respuesta a las debilidades reconocidas por los Consejeros Técnicos de los Tribunales de Familia. Es importante mencionar que los presentes planes de mejora fueron elaborados con participación del equipo de la Unidad Infanto Juvenil logrando dar así respuesta concreta y con un compromiso por parte de los profesionales de la Unidad.

1. Planes de Mejoramiento: APS – Tribunales de Familia

Posterior a la revisión de los análisis e interpretación de los datos obtenidos en esta investigación evaluativa, es trascendental la planificación de una mejora basada en acciones concretas que busquen dar respuesta a las debilidades identificadas por los usuarios de la Unidad Infanto Juvenil, las que tienen principal relación con los sistemas de coordinación e información.

Las debilidades reconocidas por los dos tipos de usuarios partícipes de esta evaluación a la Unidad Infanto Juvenil, como se mencionó anteriormente tienen relación con las mismas áreas, sin embargo los orígenes son distintos por las áreas de desarrollo de sus funciones, razón por la cual se presentan planes de mejoramiento individualizados para cada actor.

Es importante mencionar que los presentes planes de mejoramiento se formulan con la participación activa del equipo de profesionales de la Unidad Infanto Juvenil fundamentándose en los valores que la rigen, en donde se plantea que se trabaja en coordinación con la red de infancia para obtener un trabajo colaborativo mejorando la calidad del servicio; también se plantea desde la equidad entregar una atención en igualdad de condiciones y oportunidades para todos los usuarios de nuestro servicio (internos y externos); y trabajar proporcionando la participación basado en un trabajo en equipo interdisciplinario tanto dentro como fuera de la Unidad.

1.1 Plan de Mejoramiento APS

Cuadro 5.1: Matriz de Plan de Mejoramiento APS

Objetivo	Acciones	Metas	Fechas		Recursos	Responsables	Medio de verificación
			Inicio	Final			
“Fortalecer la relación profesional entre los equipos de salud mental de APS y la Unidad Infanto Juvenil”	1.- Crear y ejecutar un sistema de coordinación telefónica entre médicos de APS y los Psiquiatras de la Unidad Infanto Juvenil	A mediados del 2013 se espera que en el sistema de coordinación participe el 100% de los médicos de la APS.	Enero del 2013	Indefinido	Psq. Beatriz Ortega Psq. Carolina Garcés Línea Telefónica Computador	Psq. Beatriz Ortega Psq. Carolina Garcés	Registro de llamados de médicos de APS a Psiquiatras de la Unidad Infanto Juvenil. Encuesta de participación de los médicos de APS en el sistema de coordinación.
	2.- Crear una página web de la Unidad Infanto Juvenil.	Propender que a Enero del 2013 este creada la página web	Noviembre del 2012	Enero 2013	Informático UIJ Periodista UIJ Recursos monetario de la UIJ Equipo de UIJ	Equipo de Unidad Infanto Juvenil	Visitar la página web www.saludmentalinfantil.cl (nombre tentativo por definir)

	<p>3.-Realizar reuniones mensuales con equipos de salud mental de la APS.</p>	<p>A Diciembre de 2012 se estén realizando las reuniones mensuales</p>	<p>Diciembre 2012</p>	<p>Indefinido</p>	<p>Equipo UIJ Dependencias UIJ Equipo de salud mental de APS</p>	<p>Equipo de UIJ</p>	<p>Planificación de las reuniones Registro de asistencia</p>
	<p>4.- Organizar y realizar jornada para presentación de manual operativo de la Unidad Infanto Juvenil</p>	<p>A Diciembre de 2012 tener presentado Manual Operativo de la Unidad Infanto Juvenil</p>	<p>Noviembre 2012</p>	<p>Diciembre 2012</p>	<p>Equipo Unidad Infanto Juvenil Computador Retroproyector Equipo de salud mental de APS</p>	<p>Asistente Social Psicólogo</p>	<p>Registro de asistencia de los profesionales de APS a la jornada.</p>
<p>“Clarificar las vías de notificación de las atenciones de los pacientes desde la Unidad Infanto Juvenil a la APS”</p>	<p>1.- Averiguar el flujo en que se mueven la información de las derivaciones desde APS a Unidad Infanto Juvenil</p>	<p>A Mayo de 2013 conocer el flujo de las derivaciones entre APS y la Unidad Infanto Juvenil</p>	<p>Enero 2013</p>	<p>Julio 2013</p>	<p>Asistente Social Alumnos en práctica de trabajo social Recurso monetario</p>	<p>Asistente Social</p>	<p>Informe de resultado del flujo de derivación de APS a la Unidad Infanto Juvenil</p>

Estudio sobre la Satisfacción Usuaría en la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Del Salvador;
una oportunidad de mejora

	2.- Enviar vía mail al coordinador de salud mental de APS la información de la primera hora de atención del paciente derivado.	A Diciembre 2012 esté en funcionamiento el envío de información por mail a los coordinadores de salud mental de APS	Noviembre 2012	Diciembre 2012	Internet Computador Secretaria	Secretaria de la UIJ	Registro de los mail enviados a los coordinadores de salud mental de APS.
--	--	---	----------------	----------------	--------------------------------------	----------------------	---

A continuación se muestra la relación existente entre las actividades anteriormente presentadas en la matriz y las debilidades reconocidas por los Profesionales de los equipos de salud mental de la APS. Es necesario señalar que algunas debilidades se repiten puesto que las actividades planteadas tienden a dar respuesta a más de una debilidad.

Cuadro N° 5.2: Relación entre: Actividades del plan de mejoramiento y debilidades identificadas por APS

OBJETIVOS DE PLAN DE MEJORAMIENTO	ACTIVIDADES	DEBILIDADES
<p><i>“Fortalecer la relación profesional entre los equipos de salud mental de APS y la Unidad Infanto Juvenil”</i></p>	<p>1.- Las becas de Psiquiatría que se encuentran en la UIJ crearán y ejecutarán un sistema de coordinación entre los Psiquiatras de la Unidad Infanto Juvenil con los médicos de APS, la cual será vía telefónica en donde podrán presentar sus dudas y están tendrán asesoría y un apoyo técnico según la necesidad del profesional; la resolutivez a las dudas deberán tener un plazo de tiempo de 1 hora.</p>	<p>- No se cuenta con apoyo técnico de algún profesional de la Unidad Infanto Juvenil, en las consultorías de salud mental que se realizan</p>
	<p>2.- Se creará una página web de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico del Salvador en donde se encontrará información general de la Unidad, videos informativos de patologías de salud mental infantil, y a su vez información específica del perfil de cada profesional que conforma el equipo.</p>	<p>- Se conoce de forma general las prestaciones de la UIJ (Psicometría, atención familiar), sin saber la función de cada profesional.</p>
	<p>3.- Se realizarán reuniones mensuales con APS en donde podrán presentar casos y recibir apoyo técnico de los profesionales del equipo de la Unidad Infanto Juvenil, favoreciendo la relación profesional entre ambos equipos. Se logra dar respuesta a dos de las debilidades reconocidas por los profesionales</p>	<p>- Hace falta estrechar más las relaciones profesionales, lo que provoca que existan altas expectativas desde ambos lados.</p> <p>- No se cuenta con apoyo técnico de algún profesional de la Unidad Infanto Juvenil, en las consultorías de salud mental que se realizan.</p>

	<p>4.- El equipo de la Unidad Infanto Juvenil al haber terminado la realización del manual operativo busca darlo a conocer mediante la realización de una jornada, a donde se invitara tanto a los equipos de salud mental de APS como a los consejeros técnicos de Tribunales de Familia, instancia que brinda la opción de poder explicar la presentación de las derivaciones. Así se da respuesta a dos debilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Unidad Infanto Juvenil solicita demasiados antecedentes al minuto de derivar, aparte de llenar la ficha de derivación. - Se conoce de forma general las prestaciones de la UIJ (Psicometría, atención familiar), sin saber la función de cada profesional.
<p>“Clarificar las vías de notificación de las atenciones de los pacientes desde la Unidad Infanto Juvenil a la APS”</p>	<p>1.- Se averiguará el flujo por el cual se mueven las derivaciones entre APS y Unidad Infanto Juvenil, con el objetivo de ubicar la zona donde se provoca la demora o pérdida de las contrarreferencias, dado que al no llegar la información que se envía por la contrarreferencia a los centros de salud, el trabajo del equipo de la Unidad Infanto Juvenil no es conocido. Esta actividad logra dar respuesta a dos debilidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No llegan a la APS las contrarreferencias de los casos derivados y cuando llegan son poco claras. - Se considera que es poco el tiempo que están los pacientes en la Unidad Infanto Juvenil en tratamiento o evaluación.
	<p>2.- El equipo de la Unidad Infanto Juvenil dispone que la secretaria de la Unidad mediante mail informe al coordinador de los equipos de salud mental el ingreso de un paciente derivado, como una medida paralela a la contrarreferencia que se debe enviar por conducto regular logrando así agilizar la información a la APS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta mayor retroalimentación con el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, para que no se pierda la información sobre los pacientes. - No se sabe si ya obtuvieron la primera hora de atención y tampoco sobre los avances del tratamiento o evaluación.

1.2 Plan de Mejoramiento Tribunales de Familia

Cuadro 5.3: Matriz de Plan de Mejoramiento Tribunales de Familia

Objetivo	Acciones	Metas	Fechas		Recursos	Responsables	Medio de verificación
			Inicio	Final			
“Esclarecer el sistema de derivación desde la Unidad Infanto Juvenil hacia los Tribunales de Familia”	1.-Coordinar y realizar una reunión con los coordinadores de los consejeros técnicos de los tribunales de Familia. (San Antonio, Casablanca y Valparaíso)	A Marzo de 2013 haber realizado la reunión	Enero 2013	Marzo 2013	Dependencias de la Unidad Infanto Juvenil Equipo UIJ Coordinadores de consejeros técnicos	Asistente Social	Registro de asistencia
	2.- Crear una página web de la Unidad Infanto Juvenil.	Propender que a Enero del 2013 este creada la página web	Noviembre del 2012	Enero 2013	Informático UIJ Periodista UIJ Recursos monetario de la UIJ Equipo de UIJ	Equipo de UIJ	Visitar la página web www.saludmentalinfantil.cl (nombre tentativo por definir)

	<p>3.- Enviar vía mail al coordinador de Consejeros técnicos la información de la primera hora de atención del paciente derivado.</p>	<p>A Diciembre 2012 esté en funcionamiento el envío de información por mail a los coordinadores de consejeros técnicos</p>	<p>Noviembre 2012</p>	<p>Diciembre 2012</p>	<p>Internet Computador Secretaria</p>	<p>Secretaria de la UIJ</p>	<p>Registro de los mail enviados a los coordinadores de consejeros técnicos.</p>
	<p>4.- Organizar y realizar jornada para presentación de manual operativo de la Unidad Infanto Juvenil</p>	<p>A Diciembre de 2012 tener presentado Manual Operativo de la UIJ</p>	<p>Noviembre 2012</p>	<p>Diciembre 2012</p>	<p>Equipo Unidad Infanto Juvenil Computador Retroproyector Consejeros técnicos de los tribunales de familia.</p>	<p>Asistente Social Psicólogo</p>	<p>Registro de asistencia de los consejeros técnicos a la jornada.</p>

Es necesario conocer la relación existente entre las actividades anteriormente presentadas en la matriz y las debilidades reconocidas por los Consejeros Técnicos para comprender la oportunidad de mejora que surge de este trabajo:

Cuadro N° 5.4: Relación entre: Actividades del plan de mejoramiento y debilidades identificadas por Consejeros Técnicos

OBJETIVOS PLAN DE MEJORAMIENTO	ACTIVIDADES	DEBILIDADES
<p><i>“Esclarecer el sistema de derivación desde la Unidad Infanto Juvenil hacia los Tribunales de Familia”</i></p>	<p>1.- Reunir a los coordinadores de los consejeros técnicos con el equipo de la Unidad Infanto Juvenil, con el fin de esclarecer que para la Unidad el envío de los informes de avances que deben ser cada 3 meses como estipula la ley 19968, es difícil de cumplir dado que la demanda de usuarios que existe en la Unidad Infanto Juvenil en la actualidad es alta.</p>	<p>- Existen algunos casos en los cuales no llegan informes de avances de los casos derivados. .</p>
	<p>2.- Se creará una página web de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico del Salvador en donde se encontrará información general de la Unidad, videos informativos de patologías de salud mental infantil, y a su vez información específica del perfil de cada profesional que conforma el equipo.</p>	<p>- Escaso conocimiento de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil.</p>
	<p>3.- El equipo de la Unidad Infanto Juvenil dispone que la secretaria de la Unidad mediante mail informe al coordinador de los consejeros técnicos el ingreso de un paciente derivado, como una medida paralela al oficio que se debe enviar por conducto regular logrando así agilizar la información a tribunales.</p>	<p>- Falta información sobre la recepción de la derivación o ingreso del caso</p>
	<p>4.- El equipo de la Unidad Infanto Juvenil al haber terminado la realización del manual operativo busca darlo a conocer mediante la realización de una jornada, a donde se invitara tanto a los equipos de salud mental de APS como a los consejeros técnicos de Tribunales de Familia.</p>	<p>- Escaso conocimiento de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil.</p>

CAPÍTULO VI

Conclusiones y Aprendizajes

*“Honremos pues a nuestros predecesores
y alegrémonos con los que nos seguirán.
Sin duda, ese es el secreto
de nuestra satisfacción” (Donabedian)*

1. Conclusiones del estudio

En relación al estudio realizado el cual tenía como fin lograr conocer el grado satisfacción que poseen los profesionales de la red de derivación basado en la calidad de las prestaciones que brinda la Unidad Infanto Juvenil, se puede concluir que tanto los centros de salud como los tribunales de familia se encuentran Satisfechos.

La percepción sobre el grado de satisfacción que se perciben en ambos casos se fundamentan en aspectos discordantes, por un lado la Atención Primaria de Salud justifica su grado de satisfacción principalmente en la calidad del servicio, considerándolo como las capacidades profesionales y técnicas que poseen los trabajadores de la Unidad, confiando plenamente en la atención que se le otorgará a un niño, niña o adolescente al momento de aceptar lo solicitado en la derivación. Por otra parte los Consejeros Técnicos explican su grado de satisfacción basado principalmente en la relación que tienen los Consejeros Técnicos de los Tribunales de Familia con los profesionales de la Unidad Infanto juvenil, entendiéndola como una comunicación fluida y expedita al momento de derivar o tener alguna duda en relación al caso.

Paralelamente al obtener el grado de satisfacción de los usuarios de la red de derivación, se obtuvieron las apreciaciones en relación a las debilidades del modelo de derivación existente en la Unidad Infanto Juvenil, señalando las deficiencias de la prestación de servicios de la misma. Lo que permitió identificar las demandas de los usuarios, para posteriormente posicionarse desde la mirada de gestión de calidad con la finalidad de formular un conjunto de acciones planificadas para una mejora en la entrega del servicio. Siendo una oportunidad para la Unidad Infanto Juvenil de trabajar con una mirada de gestión de calidad basada en la mejora continua.

El objetivo para la Unidad Infanto Juvenil de aplicar el plan de mejora debe ser, proporcionar la confianza adecuada de que la prestación de sus servicios va a satisfacer los requisitos de sus usuarios desde la calidad de la atención. El logro de este objetivo conlleva a que los profesionales participes de la red de derivación quienes pertenecen a la red de salud mental, puedan

proporcionar sus servicios al usuario (paciente) basados en una confianza y respaldo desde la atención especializada de infanto juvenil, cumpliendo así con la finalidad del sistema de red de salud mental quien ofrece una atención integral basada en la coordinación continua y colaboración entre los niveles de atención de salud.

En base a lo anterior es que se considera que el estudio de investigación evaluativa realizado proporciona antecedentes relevantes que colaboran con mejorar el funcionamiento de la red de salud mental de la región de Valparaíso en donde se posiciona la Unidad Infanto Juvenil, siendo a su vez considerado un estudio con estándares de medición de la calidad, posible de ser aplicado a la evaluación del sistema de salud publico.

Se debe tener en consideración que para que exista una mejora continua en el sistema de salud mental de la región se debe evaluar constantemente el grado de satisfacción de los intervinientes del sistema pudiendo así mejorar la calidad de la entrega de los servicios.

2. Conclusiones metodológicas

Para dar respuesta a la pregunta de investigación trazada por el Seminario de Título, la cual plantea la interrogante sobre cuál es el grado de satisfacción de los profesionales de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil, en base a la percepción que atribuyen a la calidad de las prestaciones que esta brinda, el estudio se construyo a través de la utilización de la metodología de investigación evaluativa bajo el modelo de referentes específicos, que analiza el contexto, los objetivos, los recursos, el funcionamiento, la población, y los resultados de un programa con el fin de proporcionar información de la cual se puedan derivar criterios útiles para la toma de decisiones para diversos niveles del programa.

Las técnicas utilizadas para el cumplimiento del método fueron desde el aspecto cuantitativo una encuesta de carácter mixta en donde en la primera parte se encontraban preguntas cerradas y en la segunda preguntas semi abiertas y desde al aspecto cualitativo una entrevista con preguntas

abiertas. Las cuales proporcionaron a tener una visión amplia de los temas a evaluar, obteniendo la información necesaria para realizar el análisis de las dimensiones establecidas en la planificación del estudio. Con esto podemos afirmar que las técnicas seleccionadas para esta investigación evaluativa fueron las pertinentes.

En la planificación de la unidad de análisis se consideró la red de derivación en su totalidad, sin embargo por razones de fuerza mayor no ligadas a la Unidad Infanto Juvenil, se determinó trabajar con una selección de usuarios de esta red los que corresponden a: los equipo de salud mental de los Centros de Salud (SSVSA y CORMUVAL) y los consejeros técnicos de los Tribunales de Familia (San Antonio, Casablanca y Valparaíso). Con la unidad de análisis con la que se trabajo resultó ser pertinente para la finalidad del estudio dado que son los principales usuarios derivadores de la Unidad Infanto Juvenil; proporcionando datos representativos del funcionamiento del trabajo de la red de derivación.

El equipo seminarista puede concluir que el método seleccionado para la finalidad del estudio fue el indicado, ya que logró proporcionar la información necesaria para conocer la percepción sobre la calidad de las prestaciones otorgadas por la Unidad Infanto Juvenil, y de esta forma resolver tanto los objetivos como la pregunta de investigación planteada en el diseño metodológico.

3. Conclusiones desde Trabajo Social

Durante años el Sistema público fue desarrollado bajo una cierta concepción de que al ser la mayoría gratuitos, con pocos recursos y para personas poco exigentes; al ser servicios públicos no se les podía pedir un esfuerzo, "una calidad" como la exigida a las empresas privadas de bienes y servicios de consumo, en donde el usuario paga por lo que compra. Sin embargo, esta concepción en las últimas décadas de a poco ha ido variando y los Servicios públicos han empezado a desarrollarse para atender tipos de personas con problemáticas diferenciadas, y a usuarios exigentes y conscientes de sus derechos, quienes reclaman a los centros y programas

de servicios sociales el mismo esfuerzo que a los otros tipos de servicios, así como una mayor participación en sus planes de mejora.

Es así como los Servicios públicos cada vez con mayor auge han ido integrándose lentamente en el mundo real de la gestión de calidad, es aquí donde Trabajo Social ha cobrado un rol importante y se ha visto beneficiado tomando un protagonismo en la administración de la gestión de calidad, esto dadas las competencias y habilidades que posee el Trabajador Social desde su formación profesional a diferencias de otras carreras del área social e incluso otras carreras ligadas a la administración o a la ingeniería. Esto debido a la visión macro-sistémica que tiene la profesión, pudiendo observar más allá de lo observable, lo cual permite llevar a cabo de mejor manera el desarrollo de la gestión de calidad en los servicios públicos.

En la práctica este desarrollo y protagonismo también se ha visto manifestado en que cada vez son más los Trabajadores Sociales que asumen cargos directivos en los servicios públicos, específicamente en el área de salud. Lo cual pudo ser evidenciado en terreno en el presente estudio realizado, al momento de la aplicación de los instrumentos en donde se observó que los profesionales de Trabajo Social asumen el cargo de la dirección de los Centro de salud o la jefatura de SOME, teniendo que dividir su trabajo en horas de atención y horas administrativas, lo cual sin duda a provocado indirectamente que los pacientes se vean perjudicados al existir un menor número de atenciones desde la profesión.

Para finalizar es importante tener en cuenta la proyección que tiene la carrera en este ámbito de la Gestión de Calidad, en el cual debe aprovechar la profesión de empoderarse demostrando la capacidad de adaptarse a los nuevos requerimientos de la salud actual. Lo que conlleva a que la profesión cada vez vaya adquiriendo un mayor prestigio y valoración en el área de la Salud pública, abriendo oportunidades al aumento de nuevas contrataciones de Trabajadores Sociales.

4. Conclusiones respecto a los aprendizajes del equipo seminarista

El equipo seminarista con el presente estudio logro desarrollar mayor conocimiento y experiencia en cuanto a la labor de trabajo social. Estas serán abordadas desde las competencias profesionales. Según Astudillo y Cofré (2005) es la capacidad de desempeñar efectivamente una actividad o trabajo, movilizandolos conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios para lograr los objetivos de que tal actividad supone. Las competencias al igual que las actitudes, no son potencialidades a desarrollar, por que no son dadas por la herencia ni se originan de manera congénita, sino que forman parte de la construcción persistente de cada persona. Dentro de este contexto el equipo seminarista logró desarrollar cuatro competencias fundamentales el estudio que se realizó, las cuales se presentan a continuación:

1.- Competencias Técnicas: La competencia técnica tiene relación con utilizar los conocimientos y destrezas que se han aprendido durante el periodo de formación, es decir el “saber”.

Por lo tanto esta competencia vincula los conocimientos adquiridos en el proceso de formación, con el trabajo investigativo que se desarrolló; puesto que la formación teórica y práctica adquirida durante los años de estudio colaboró a la realización y cumplimiento de los requerimientos institucionales del Seminario de Título.

2.- Competencias Metodológicas: Esta competencia tiene como propósito aplicar los conocimientos a diversas situaciones profesionales y adaptarlos en función de los requerimientos del trabajo que se debe realizar; es decir la conjugación del “saber hacer”.

En base a lo anterior, uno de los puntos más importantes fue la coherencia entre lo que se busca y como se busca. Es por eso que se construyo una encuesta y entrevista acorde y pertinente a la institución de tal manera de consultar incisivamente datos relevantes, puntuales y a su vez dar el espacio para que de los profesionales emanara la información que ellos

consideran importante y que se transforma en un insumo relevante a la hora de analizar globalmente la situación actual de la red de derivación.

3.- Competencias Participativas: esta competencia significa saber participar en la organización y/o el entorno, de manera tal que se es capaz de decidir y asumir responsabilidades, sobretodo cuando se es ajeno ha dicho grupo. Esto producido en el “saber estar”.

Esta competencia ayudo a que el equipo seminarista pudiera integrarse de manera adecuada a la labor que desarrollan los profesionales en la Unidad, lo que posibilitó la recolección de información general de la institución y la planificación del estudio realizado; como también asumir la responsabilidad de realizar en conjunto el plan de mejora que da respuesta a las debilidades reconocidas por los usuarios de la red de derivación.

4.- Competencias Sociales (personales): tener una imagen realista de sí mismo, actuar conforme a las propias convicciones, asumir responsabilidades, tomar decisiones y relativizar las posibles frustraciones. Es decir “saber ser”.

Como equipo seminarista en el desarrollo del proceso de seminario de titulo se vieron enfrentadas a diversas situaciones que provocaron el desarrollo o fortalecimiento de 3 principales competencias sociales:

- La primera de ellas es la asertividad que se desarrolló durante todo el proceso de seminario de titulo destacando principalmente al inicio de éste, en donde las alumnas decidieron trabajar el tema de satisfacción usuaria desde una perspectiva distinta a las investigaciones ya existentes en la escuela de trabajo social, sintiendo en esta instancia final que fue una decisión adecuada.
- Otra de ellas es la toma de decisiones que estuvo presente y se fortaleció durante todo el desarrollo del presente trabajo, puesto que en diversas situaciones este proceso requirió el tomar decisiones que en ocasiones fueron para solucionar problemas emanados desde el contexto donde se posicionó este trabajo de investigación.

- La última de ellas es el control personal de las emociones esta competencia se desarrolló y fortaleció principalmente en aquellas situaciones en donde el trabajo de investigación fue cuestionado y criticado en alguno de sus aspectos, teniendo las seminaristas que actuar defendiendo y argumentando las decisiones tomadas, evitando que situaciones conflictivas con personas externas afectaran el desarrollo normal del proceso de investigación.

Bibliografía

1. Libros

- Baptista, L. P., Fernández, C. C., y Hernández, S. R. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Briones, G. (2002). *Evaluación de programas sociales*. México: Trillas.
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires: Espacio.
- Ervin, G. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de salud mental y psiquiatría*. Chile.
- Quintero, A. (1999). *Trabajo social y procesos familiares*. Buenos Aires: Lumen.
- Weiss, C. (1978). *Investigación Evaluativa: métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. Editorial Trillas.

2. Seminarios de Título

- Balladares, D. A., Castro, M. C., Figueroa, G. C. y Jorquera, A. J. (2011). *Trabajo Social, Gobierno Electrónico y Gestión Social: Evaluación de satisfacción usuario online en oficina de información, reclamos y sugerencias de la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Valparaíso*. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- Comú, G. J., Donoso, A. N., Gallardo, G. M. y López, M. K. (2007). *Estudio sobre la satisfacción usuaria en el Servicio de Asistencia Social del Departamento de Bienestar de la 1° Zona Naval de la Armada de Chile, una oportunidad de mejora*. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- Gálvez, S. P. (2004). *Trabajo en redes en los departamentos sociales de gobernaciones provinciales e intendencia Región de Valparaíso*:

una mirada desde trabajo social. Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

- Godoy, P. C. (2007). *Significados contruidos por las familias de pacientes psiquiátricos en torno a la enfermedad.* Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- González, B. K. (2011). *Satisfacción Usuaría del Modelo de Salud Integral para Sistema cerrado de ISAPRE.* Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- Poblete, B. N. y Silva, M. H. (2009). *Enfoque de redes sociales para el análisis del sistema de protección integral a la primera infancia en la comuna de viña del mar, de la provincia de Valparaíso.* Escuela de Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

3. Revistas Electrónicas

- Chang, M. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención medica. *Revista Cubana Medica*, 15, 7. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm
- Federico de la Rúa (de), A. (2008). Análisis de redes sociales y trabajo social. *Portularia*, Vol. 8, nº 1, 9-21. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2797187.pdf>
- Frenk, J. (2000). IN MEMORIAM. Avedis Donabedian, 1919-2000. *Revista salud pública de México*, 42, 556-557. Descargado el 08 de Mayo de 2012 desde:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342000000600015&script=sci_arttext
- Humet, C., y Suñol, R. (2001). *Revista calidad asistencial*, 16. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde:
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/251.pdf>

- Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales, *Papers, Revista de sociología*, 48, 103-126. Descargado el 12 de Abril de 2012 desde:
<http://alejandrogg.com.mx/temario3/Carlos-redes%20sociales.pdf>
- Ordoñez, M. J. et al. (2010). Validación de una encuesta para evaluar la satisfacción del paciente en la consulta externa. *Revista CES Salud Pública*, 1, 49-64. Descargado el 15 de Mayo de 2012 desde:
http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/.../822
- Picado, G. X. (2002). Criterios para realizar evaluaciones de calidad. *Revista de ciencias sociales*, 03, 9-16. Descargado el 09 de Junio de 2012 desde:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/153/15309702.pdf>
- Rey, M. C. (2000). La Satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 003, 139-153. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63500309>
- Riveros, J. et al. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Percepciones de funcionarios y usuarios. *Revista Médica de Chile*, 138, 630-638. Descargado el 08 de Mayo de 2012 desde:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500015
- Temes, M. J. (2001). Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. *Revista Arbor*, 670, 363-370. Descargado el 25 de Mayo de 2012 desde:
<http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/download/931/938>
- Uvalle, B. R. (2009). Gestión de redes institucionales. *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, Núm. Esp. 41-72. Descargado el 16 de Abril de 2012 desde:
<http://convergencia.uaemex.mx/revespecial/pdf/07-RicardoUvalle-p41-p72.pdf>

4. Documentos Electrónicos

- Arias, M. (). *La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones*. Descargado el 29 de Abril de 2012 desde:
<http://members.fortunecity.es/robertexto/archivo9/triangul.htm>

- Asociación Nacional de Consejeros Técnicos del Poder Judicial- Chile. (s.f). *Funciones del Consejero Técnico definidas por ley*. Descargado el 20 de Abril de 2012 desde:
<http://www.consejerostecnicos.cl/funcionesCT.ppt>
- Baeza, C.J., y Robledo, H. P. (2008). *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes*. Descargado el 08 de Mayo de 2012 desde:
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/253/85_POLITICAS_JOVENES.pdf?sequence=1
- Comisión de verificación de condiciones institucionales de calidad de la UPTC. (2010). *Guía para la formulación del plan de mejoramiento*. Descargado el 16 de Mayo de 2012 desde:
http://virtual.uptc.edu.co/acreditacion/MODELO/ANEXOS/GUIASYFORMATOS/GUIAS/GUIA_05_PLAN%20DE%20MEJORAMIENTO.pdf
- Fernández, B. N. (s. f.). *Calidad de la atención médica*. Descargado el 16 de Mayo de 2012 desde:
<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf>
- Gobierno de Chile. (1980). *Constitución Política de la Republica de Chile*. Descargado el 21 de Abril de 2012 desde:
http://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica_2009.pdf
- Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Descargado el 15 de Mayo de 2012 desde:
http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/documentos/Manual_Implementacion.pdf
- Hidalgo, C. (2002). *Salud familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. . Descargado el 11 de Mayo de 2012 desde:
<http://psicologia.uc.cl/es/libros/salud-familiar-un-modelo-de-atencion-integral-primaria>
- Instituto Nacional de la Salud de Madrid. (2001). *Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria 2000*. Descargado el 15 de Mayo de 2012 desde:
<http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/encuesta2000.pdf>

- Lopez, H. (2011). *El Análisis FODA ¿Por qué es importante?*. Descargado el 25 de Mayo de 2012 desde:
<http://axeleratum.com/2011/analisis-foda-%C2%BFpor-que-es-importante/>
- Losada, O. M., y Rodriguez, O. A. (2007). *Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing*. Descargado el 15 de Mayo de 2012 desde:
http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf
- Mas Consultores®. (s. f.). *Estructura y Cargos de los Tribunales del País*. Descargado el 22 de Abril de 2012 desde:
http://www.poderjudicial.cl/PDF/InfoInstitucional/JUZGADO_DE_LETRAS_COMPETENCIA_CIVIL.pdf
- Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. (1943, 15 de Junio). *Código Orgánico de Tribunales*. Descargado el 21 de Abril de 2012 desde:
http://www.oas.org/juridico/spanish/chi_res9.pdf
- Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. (2004, 25 de Agosto). *Ley 19.968 Crea los Tribunales Familia*. Descargado el 20 de Abril de 2012 desde:
<http://www.leychile.cl/N?i=229557&f=2010-12-18&p=>
- Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. (2007, 07 de Junio). *Acta N° 91-2007*. Descargado el 23 de Mayo de 2012 desde:
<http://www.cajbiobio.cl/Docs/Editor/4/Documentos/AUTO-ACORDADO-ACTA-91-2007.pdf>
- Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile. (2009, 20 de Mayo). *Acta N° 98-2009*. Descargado el 23 de Mayo de 2012 desde:
<http://ebookbrowse.com/auto-acordado-acta-98-2009-pdf-d86799595>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2007, Octubre). *Orientaciones Técnicas. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, Usuarios del Servicio Nacional de Menores*. Descargado el 17 de Mayo de 2012 desde:
http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/MINSALCL/G_PROTECCION/G_SALUD_MENTAL/AREASPRIORITARIAS/SENAME.PDF

- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (s.f). *Estudio Nacional sobre satisfacción y gasto en salud*. Descargado el 15 de Mayo de 2012 desde:
http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf
- Pérez, C. M. (2008). *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*. Descargado el 05 de Junio 2012 desde:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
- Rivoir, A. (s.f.). *Redes Sociales: ¿Instrumento Metodológico o Categoría Sociológica?*. Descargado el 17 Abril de 2012 desde:
http://www.lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/articulo_redes.pdf
- Ruiz-Olalla, C. (2001). *Gestión de la calidad del servicio*. Descargado el 27 Abril de 2012 desde:
<http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>
- Servicio de Salud de Arauco. (s.f). *Satisfacción usuaria*. Descargado el 26 de Abril de 2012 desde:
http://www.ssarauco.cl/transparencia/participacion_social/encuesta%20satisfaccion%20usuaria_doc.pdf
- Servicio de Salud de O'Higgins. (2012, 30 de Diciembre). *Protocolo de referencia de personas derivadas por justicia con sospecha de problema de salud mental*. Descargado el 06 de Mayo de 2012 desde:
http://www.saludhiggins.cl/attachments/1056_Salud%20Mental%20Protocolo%20de%20R%20y%20Cr%20de%20personas%20derivadas%20por%20Justicia%20a%20Salud%20Mental.pdf
- Suñol, R. (s. f). *La calidad de la atención*. Descargado el 22 Mayo de 2012 desde:
http://www.salud.gob.do/Documentos/Publicaciones/PUB_LaCalidadDeLaAtencionSunol_20120813.pdf
- Zas, R. B. (2011). *Experiencias en psicología hospitalarias*. Descargado el 2 Mayo de 2012 desde:
www.alfepsi.org/.../barbara-zas-ros-experiencias-en-psicologia-hospitalaraia.pdf

5. Documentos Institucionales

- Corporación municipal de Valparaíso. (2012). *Tu Opinión vale*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.
- Equipo Unidad Infanto Juvenil. (2012) *Manual Operativo. Unidad Infanto juvenil*. Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, Hospital Psiquiátrico del Salvador.

6. Apuntes Cátedras Trabajo Social

- Castañeda, P. (2008). *Cátedra de Investigación Social aplicada*. Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- Fernández, J. (2011). *Trabajo social y Gestión de Calidad*. Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.
- Lillo, L. (2009). *Cátedra de Administración en recursos humanos*. Trabajo social, Universidad de Valparaíso.
- Sánchez, M. (2010). *Cátedra de Trabajo Social con Familia*. Trabajo Social, Universidad de Valparaíso.

7. Páginas Web

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: www.bcn.cl
- Corporación Municipal de Valparaíso: www.cormuval.cl
- Hospital Psiquiátrico del Salvador: www.hdsalvador.cl
- Ministerio de Salud: www.minsal.cl
- Servicio de Salud Valparaíso San Antonio:
<http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/>
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int

Anexos

Anexo 1: Encuesta

FOLIO: _____

FECHA: _____

Consulta de Satisfacción Usuaría

Las alumnas seminaristas Bárbara Canales y Nancy Muñoz, de la Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, están realizando una consulta acerca de la satisfacción usuaria de las instituciones que participan de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

El cuestionario es carácter anónimo puesto que así se asegura la confidencialidad de los datos.

De antemano se agradece su colaboración.

El cuestionario consta de 12 preguntas que poseen opciones donde deberá marcar con una "X" en el casillero la nota que más le represente, y 4 preguntas en donde debe responder brevemente.

Parte I:

Evalué con nota de 1 a 7 cada uno de los siguientes ítems, considerando que: 1 es la puntuación más baja y 7 la más alta. Y donde 0 corresponde a una puntuación neutra en la cual no corresponde, no se sabe, no se conoce o no se tiene información acerca de la pregunta.

		0	1	2	3	4	5	6	7
Accesibilidad	Acceso telefónico a la UIJ								
	Atención telefónica a la UIJ								
Vinculación con el servicio	Información que posee sobre proceso de derivación								
	Información que posee de la UIJ								
	Relación con la UIJ								
	Disposición para resolver dudas por parte de la UIJ (Video conferencias, Consultorías)								
	Proceso de derivación								
	Derivación del APS a la UIJ								

Solución de la problemática	Respuesta recibida								
Cumplimiento de las expectativas	Resultados esperados								
	Calidad del servicio								
	Satisfacción con el servicio								

Parte II:

Responda brevemente en el espacio que se le indica.

1. ¿Qué fortalezas identifica Ud. En el proceso de derivación a la UIJ?

.....

.....

.....

2. ¿Qué debilidades identifica Ud. En el proceso de derivación a la UIJ?

.....

.....

.....

3. ¿Cuál es su opinión en relación al proceso de derivación a la UIJ?

.....

.....

.....

4. ¿Qué apoyo desde la UIJ considera sería un aporte en su gestión (capacitaciones, asesorías, revisiones de casos, etc.)?

.....

.....

.....

¡Gracias por su Tiempo!

Anexo 2: Entrevista

FOLIO: _____
FECHA: _____

Entrevista de Satisfacción Usuaría

Las alumnas seminaristas Bárbara Canales y Nancy Muñoz, de la Universidad de Valparaíso, Escuela de Trabajo Social, están realizando una entrevista acerca de la satisfacción usuaria de las instituciones que participan de la red de derivación de la Unidad Infanto Juvenil del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

La entrevista es carácter anónimo puesto que así se asegura la confidencialidad de los datos.

De antemano se agradece su colaboración.

- 1.- Refiérase al proceso de derivación desde el APS o Tribunal a la UIJ.
- 2.- Refiérase al resultado del proceso de derivación a la UIJ.
- 3.- Refiérase a la UIJ.

¡Gracias por su Tiempo!

Anexo 3: Matriz Análisis de contenido

PROCESO	Accesibilidad	Vinculación con el servicio
Atención telefónica Y Atención mail		
Información del proceso		
Información de la UIJ		
Relación con la UIJ		
Disposición dudas		
Proceso derivación		
Derivación tribunales a la UIJ		

RESULTADO	Solución de la Problemática	Cumplimiento de las expectativas
Respuesta Recibida		
Resultados esperados		
Calidad del servicio		
Satisfacción con el servicio		

Anexo 4: Antecedentes generales del levantamiento de información en Atención Primaria de Salud

1.1 Tipificación de Consulta de Satisfacción

- ✓ **Responden:** Profesionales que responden la consulta de satisfacción usuaria dentro del plazo estimado.
- ✓ **Nunca han derivado:** Profesionales que no han realizado derivaciones a la Unidad Infanto Juvenil.
- ✓ **No atienden Infanto Juvenil:** Profesionales que no atienden población Infanto Juvenil.
- ✓ **No responden:** Profesionales que no alcanzan a responder la consulta de satisfacción en el tiempo establecido; ya sea por licencias médicas, como también por motivos de tiempo.

Cuadro: Estadística de Tipificación Consulta de Satisfacción

	N° Consultas	Porcentaje
Responden	113	73%
Nunca han derivado	9	6%
No atienden Infanto Juvenil	5	3%
No responden	28	18%
Total	155	100%

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En la aplicación de la Consulta de satisfacción usuaria se logra obtener la percepción de un 73% de los profesionales que participan de los equipos de salud mental de los APS que se encuentran conformados tanto por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, como la Corporación Municipal de Valparaíso; teniendo un 9% restante con justificación válida por no trabajar con Infanto Juvenil como también no conocer el proceso de derivación por no tener la necesidad de hacerlo. Sólo 28 de las consultas restantes no se pudieron obtener por razones de tiempo de aplicación, que en contraste con lo obtenido es un número bajo no influyendo negativamente a los resultados obtenidos que se presentan a continuación.

1.2 Registro del número de profesionales que responde a cada indicador

El número de usuarios consultados en el presente estudio suman 113 profesionales pertenecientes a la red de derivación, sin embargo este número de profesionales no se considero capacitado para dar calificación a todas las preguntas expuestas en la encuesta realizada, excusándose en la escasa participación en el proceso de derivación y el desconocimiento en profundidad del servicio que ofrece la Unidad Infanto Juvenil. Razón por la cual se hace necesario dar a conocer el número de profesionales que logra efectivamente calificar con una nota entre 1 y 7 a cada indicador utilizado en la encuesta, siendo este el número con el cual se analizarán posteriormente los resultados obtenidos en la investigación.

Cuadro: Número de Profesionales que califica de 1 a 7 cada indicador

Indicador	N° de profesionales
Atención Telefónica	44
Atención Vía Mail	57
Información que posee sobre proceso de derivación	104
Información que posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil	101
Relación con la Unidad Infanto Juvenil	86
Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil	74
Proceso de derivación	95
Derivación de la APS a la Unidad Infanto Juvenil	99
Respuesta Recibida	78
Resultados Esperados	78
Calidad del Servicio	80
Satisfacción con el servicio	84

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Como se puede observar el número de encuestados que contestó en cada uno de los indicadores utilizados fue de un promedio de 82 profesionales, siendo el indicador de Atención Telefónica el más bajo en donde solo 44 profesionales de la red de derivación contestaron y la pregunta que tiene que ver con el indicador de Información que posee sobre proceso de derivación fue el más alto con 104 respuestas.

Anexo 5: Antecedentes generales del levantamiento de información en Tribunales de Familia

1.1 Tipificación de Consulta de Satisfacción

- ✓ **Responden:** Consejeros Técnicos que responden la consulta de satisfacción usuaria dentro del plazo estimado.
- ✓ **No responden:** Consejeros Técnicos que no responden la consulta de satisfacción por no disponer de tiempo.

Cuadro: Estadística de Tipificación Consulta de Satisfacción

	N° Consultas	Porcentaje
Responden	9	64%
No responden	5	36%
Total	14	100%

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

En la aplicación de la Consulta de satisfacción usuaria se logra obtener la percepción de un 64% de los Consejeros Técnicos que conforman los Consejos Técnicos de los Tribunales de Familia de San Antonio, Casablanca y Valparaíso; quienes participan de la red de derivación a la Unidad Infanto Juvenil. A su vez el 36% de los Consejeros Técnicos que no respondieron la consulta de Satisfacción se excusaron por razones de tiempo, dado que la demanda del Tribunal de Familia de Valparaíso donde pertenecen ha aumentado el último tiempo.

1.2 Registro del número de profesionales que responde a cada indicador

El número de usuarios consultados en el presente estudio suman 9 Consejeros Técnicos, sin embargo este número no se sintió capacitado para dar calificación a todas las preguntas excusándose en el desconocimiento en profundidad del servicio que ofrece la Unidad Infanto Juvenil, específicamente de los profesionales del equipo. Razón por la cual se hace necesario dar a conocer el número de Consejeros Técnicos que logra calificar de 1 a 7 cada indicador, siendo el número con el cual se analizarán posteriormente los resultados obtenidos.

Cuadro: Número de Profesionales que califica de 1 a 7 cada indicador

Indicador	N° de profesionales
Atención Telefónica	9
Atención Vía Mail	9
Información que posee sobre proceso de derivación	9
Información que posee acerca de la Unidad Infanto Juvenil	9
Relación con la Unidad Infanto Juvenil	9
Disposición para resolver dudas por parte de la Unidad Infanto Juvenil	8
Proceso de derivación	9
Derivación de la APS a la Unidad Infanto Juvenil	6
Respuesta Recibida	8
Resultados Esperados	9
Calidad del Servicio	9
Satisfacción con el servicio	9

Fuente: Consulta de Satisfacción Usuaría
Julio-Agosto 2012

Como se puede observar el número de encuestados que contestó en cada uno de los indicadores utilizados fue de un promedio de 9 Consejeros Técnicos, siendo el indicador de derivación de la APS a la Unidad Infanto Juvenil el más bajo en donde solo 6 profesionales de la red de derivación de Tribunales contestaron y para la puntuación más alta en la cual 9 Consejeros Técnicos contestaron es para 9 de los 12 indicadores.